



Université du Québec
à Trois-Rivières

8

septembre 2021

Les Cahiers du CEIDF

Vulnérabilités et familles

sous la direction
de Carl Lacharité
et Tristan Milot

Les éditions



CEIDF

LES CAHIERS DU CEIDEF

Vulnérabilités et familles

sous la direction
de Carl Lacharité
et Tristan Milot

septembre 2021

Vulnérabilités et familles

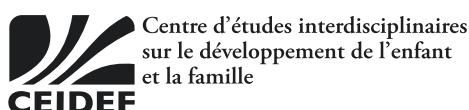
sous la direction de Carl Lacharité et Tristan Milot

© 2021 CEIDEF/UQTR

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à la condition de mentionner la source de la manière suivante :

Lacharité, C., & Milot, T. (2021). Vulnérabilités et familles.
Dans *Les Cahiers du CEIDEF* : Vol. 8. Trois-Rivières, QC: CEIDEF/UQTR.

Nous avons privilégié le masculin
plutôt que l'écriture inclusive afin de faciliter la lecture.



CEIDEF
Université du Québec à Trois-Rivières
C.P. 500
Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7
CANADA

819-376-5156
www.uqtr.ca/ceidef/

Le Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDEF) est un centre de recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) qui regroupe des chercheurs provenant de différents départements. Le centre jouit d'une réputation internationale et développe de nombreux partenariats avec les milieux académiques, institutionnels et communautaires.

ISBN 978-2-924451-27-4 (version imprimée)
ISBN 978-2-924451-28-1 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives du Canada, 2021

Les éditions



**publication réalisée
par Les éditions CEIDEF**

coordination
Marleen Baker

comité de rédaction
Carl Lacharité
Tristan Milot

comité de lecture
Louise Bourassa
Annie Bérubé

**conception graphique
de la couverture**
Marc Ludvik

**révision linguistique
et mise en page**
Marleen Baker
Aurélié Baker-Lacharité

soutien
Ariane Normand
Charlotte Urbain



Le Groupe de recherche
et d'intervention auprès des enfants
vulnérables et négligés (GRIN)
participe financièrement
à la production des Cahiers du CEIDEF.

Les Cahiers du CEIDEF

Les Cahiers du CEIDEF constituent une collection de publications consacrées à des sujets reliés à la vie familiale, l'enfance, l'adolescence, la parentalité, la conjugalité et l'environnement sociopolitique entourant les familles.

Le but des Cahiers est de mettre en valeur les connaissances tirées de la recherche sur ces sujets, notamment en sciences humaines et sociales, en sciences de la santé et en sciences de l'éducation. Cette mise en valeur vise en particulier les travaux des chercheurs, des étudiants et des partenaires de milieux de pratique associés au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDEF). Des travaux provenant de collaborateurs externes peuvent aussi faire l'objet d'un numéro des Cahiers. La mission de transfert de connaissances des Cahiers touche principalement un auditoire composé de professionnels (en formation ou en exercice), de gestionnaires d'établissements ou d'organismes, d'agents de planification et de mise en œuvre de politiques sociales et de décideurs publics.

Après de cet auditoire, les Cahiers visent trois objectifs spécifiques :

- ❖ **Diffuser des connaissances** sous forme de synthèses de la documentation et d'analyses de faits saillants sur un thème particulier, synthèses et analyses pouvant s'avérer pertinentes pour les acteurs de terrain;
- ❖ **Proposer une réflexion**, appuyée sur une argumentation étoffée et portant sur un thème particulier, réflexion qui ouvre de nouvelles perspectives ou explore des perspectives moins connues à propos de ce thème et qui suscite une mise en question ou un regard critique concernant les pratiques sociales actuelles;
- ❖ **Décrire, analyser des pratiques sociales** reliées à un thème particulier de façon à faire apparaître leurs fondements, leurs enjeux et leurs effets. Ces pratiques peuvent relever d'un large spectre d'actions cliniques/thérapeutiques, éducatives, psychosociales, mais aussi d'actions reposant sur une logique de développement des communautés (ou développement social local), de santé publique ou de politique publique.

Les Cahiers du CEIDEF

Sujets traités par les Cahiers du CEIDEF :

- 1** **Participation des parents et services de protection de l'enfance**
Carl Lacharité — janvier 2015
- 2** **Quelques figures de proue du mouvement communautaire famille**
Andrée Rivard — novembre 2015
- 3** **Penser la parentalité au Québec : un modèle théorique et un cadre conceptuel pour l'initiative Perspectives parents**
Carl Lacharité, Tamarha Pierce, Sylvie Calille, Marleen Baker et Maxime Pronovost — décembre 2015
- 4** **La perspective des parents sur leur expérience avec de jeunes enfants : une recherche qualitative reposant sur des groupes de discussion dans le cadre de l'initiative Perspectives parents**
Carl Lacharité, Sylvie Calille, Tamarha Pierce et Marleen Baker — mai 2016
- 5** **L'ethnographie institutionnelle : une approche critique de la recherche sur les rapports entre les personnes et les institutions**
Carl Lacharité — juin 2017
- 6** **« Être une bonne mère » : représentations de la maternité dans deux magazines canadiens sur l'art d'être parent**
Mireille Lalancette et Patricia Germain — mars 2018
- 7** **Point de vue du milieu de garde face aux signalements de la maltraitance**
sous la direction d'*Annie Stipanivic et Carl Lacharité* — juin 2020
- 8** **Vulnérabilités et familles**
sous la direction de *Carl Lacharité et Tristan Milot* — septembre 2021

Table des matières

À propos des éditeurs.....	vii
Préface	viii
Introduction	1
 Section I – Vulnérabilités et enfants.....	 5
 Chapitre 1.....	 7
Confinement et vulnérabilité ordinaire : l’expérience d’enfants et d’adolescents au temps de la COVID-19	7
 Chapitre 2.....	 28
Les réactions psychologiques des enfants à l’hospitalisation : une revue intégrative des écrits	28
 Chapitre 3.....	 60
Où demeurer pour les enfants quand il pleut dans leur vie? Quand le cadre scolaire héberge l’imaginaire de l’enfant	60
 Chapitre 4.....	 79
La méditation de pleine conscience chez des enfants en contexte de vulnérabilité : principes et application	79
 Chapitre 5.....	 94
Lever le voile sur la réalité de jeunes ayant un parent atteint d’un trouble de santé mentale pour mieux intervenir auprès d’eux	94
 Section II – Vulnérabilités et parents.....	 111
 Chapitre 6.....	 113
Mettre au monde un enfant : une période de vie sensible dans un univers fragilisant.....	113
 Chapitre 7.....	 133
Lorsque la paternité rime avec la prématurité.....	133
 Chapitre 8.....	 147
Se bricoler une famille: incursion dans le monde de la recherche en adoption	147
 Chapitre 9.....	 165
Revisiter la vulnérabilité sous l’angle des défis de la conciliation famille- travail.....	165

Chapitre 10.....	186
Quelles formes de vulnérabilité universelle caractérisent l'expérience des pères québécois?.....	186
Chapitre 11.....	212
Entre vulnérabilité et résilience : validation québécoise d'un outil d'évaluation du sentiment de compétence chez des parents québécois ayant des enfants de 5 ans ou moins	212
Chapitre 12.....	227
L'accueil du jeune enfant des parents en situation de pauvreté : quelles vulnérabilités ?	227
Section III – Vulnérabilités et services	243
Chapitre 13.....	245
La double invisibilité des enfants dans les 1000 premiers jours de vie : résultats et défis de l'intervention avec des familles d'enfants de 0 à 2 ans impliquées dans le programme P.I.P.P.I. en Italie	245
Chapitre 14.....	270
Soutenir les parents en attente d'un enfant ayant vécu des traumatismes développementaux: état des connaissances, obstacles à l'innovation et récents développements.....	270
Chapitre 15.....	298
La difficulté d'écouter les parents dans le cadre de la protection de l'enfance	298
Chapitre 16.....	311
Les compétences parentales dans le processus de réunification familiale à la suite du placement de l'enfant: une approche centrée sur l'écologie de la parentalité	311
Chapitre 17.....	330
Quand l'accumulation conduit à l'itinérance	330
Chapitre 18.....	343
L'expérience parentale lors de la transition à la parentalité : une formation professionnelle centrée sur le soutien à la résilience des parents.....	343
Chapitre 19.....	370
L'exercice du dialogue intersectoriel pour le développement d'une éthique de la vulnérabilité dans l'accompagnement des familles.....	370
Conclusion.....	385
À propos des autrices et auteurs.....	391

À propos des éditeurs

Carl Lacharité, Ph.D.

est psychologue et professeur titulaire au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il est chercheur dans trois unités de recherche : le Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDF), Groupe de recherche et d'intervention auprès des enfants vulnérables et négligés (GRIN - FRQSC) et l'Institut universitaire Jeunes en difficulté (IUJD - FRQSC). Tout au long de sa carrière, il a œuvré à développer des manières respectueuses et éthiques de travailler avec des familles en grande détresse, et ce, à partir de divers cadres institutionnels (protection de l'enfance, prévention psychosociale, action communautaire, etc.). Il est conférencier invité dans plusieurs pays. Ses travaux ont été publiés dans plusieurs revues internationales et servent actuellement de fondements au développement des services intégrés face à la négligence envers les enfants au Québec et en Europe. Il est aussi étroitement impliqué dans le développement d'innovations sociales visant à valoriser la place des pères dans les services auprès des enfants et des familles. Il est notamment coresponsable (avec Michel Boutanquoi) d'un ouvrage collectif (paru en 2020) sur le thème de la vulnérabilité des familles. Ses projets de recherches en cours portent sur l'adaptation des pratiques aux réalités paternelles dans les services en périnatalité, le développement d'une approche participative en protection de l'enfance et les impacts de l'action communautaire auprès des familles.

Tristan Milot, Ph.D.

est professeur titulaire au département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il dirige le Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDF) et est aussi chercheur au Groupe de recherche et d'intervention auprès des enfants vulnérables et négligés (GRIN - FRQSC). Ses travaux portent principalement sur l'adaptation des enfants, des adolescents et d'adultes ayant vécu des situations de violence familiale durant l'enfance. Ces 10 dernières années, il a eu l'opportunité d'accompagner plusieurs milieux de pratique dans leur effort d'implanter et d'évaluer des pratiques attentives aux traumatismes. En 2018, il a codirigé aux Presses de l'Université du Québec le livre *Trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir* (Milot, Collin-Vézina et Godbout, dir.), le premier livre francophone portant spécifiquement sur le trauma complexe chez l'enfant. Il est régulièrement invité par les milieux académiques et de pratique pour donner des conférences sur le trauma complexe, les approches attentives aux traumatismes et l'intervention.

Préface

Pour une écologie familiale forte

Claire Chamberland

En mars 1992, Réjean Tessier et Georges Tarabulsy réunissaient plusieurs chercheurs québécois, canadiens et états-uniens, dont Urie Bronfenbrenner, à un séminaire de recherche dans la ville de Québec. Selon mon souvenir, ce séminaire fut des plus stimulant. Celui-ci avait alors présenté une version modifiée de son modèle écologique du développement humain¹. Rappelons que la publication de son livre en 1979 sur l'écologie du développement humain avait profondément influencé ce domaine de recherche en mettant en évidence les différents systèmes qui affectent la trajectoire de la vie des enfants. On découvrait l'influence proximale, mais aussi distale sur leur vie. Combien d'entre nous alors ont été familiarisés avec les concepts de micro, méso, exo, macro-systèmes. En 1986, il introduisait les concepts d'onto et de chrono-systèmes pour décrire les facteurs personnels et temporels qui affectent le développement du jeune (Bronfenbrenner, 1996). Après avoir attiré notre attention sur l'influence de l'expérience et de l'environnement sur le devenir des enfants², ce qui fut d'après moi un véritable changement paradigmatique, il souhaitait revenir sur l'impact névralgique des facteurs proximaux. Ceux-ci réfèrent à la qualité des relations directes de l'enfant avec son environnement social, cognitif ou physique notamment, la qualité des relations avec ses parents, sa fratrie ou ses amis ou encore la richesse de ses interactions avec différentes sources de stimulations, etc. Le modèle bioécologique revisité se déclinait alors à travers l'équation suivante :

P, PP, C, T → Résultats développementaux de l'enfant.

Le **P** réfère aux caractéristiques de l'enfant; **PP** est associé aux processus proximaux; **C** est relié aux facteurs contextuels; et enfin **T** décrit l'influence du temps. Un des éléments que je retiens de sa présentation et qui heureusement a donné lieu à une publication (Bronfenbrenner, 1996), était que le poids des

¹ Pour une analyse très intéressante de l'évolution de la pensée de Urie Bronfenbrenner qui se décline en trois étapes, voir l'excellent article de Edinete et Tudge (2013).

² Il est à l'origine du programme « Head Start » dont le but était de réduire la pauvreté des enfants par une approche multidisciplinaire, en impliquant la famille et sa communauté pour enrichir l'environnement des enfants vivant dans un contexte vulnérable. Il a contribué à élargir notre compréhension des théories du développement humain qui étaient à l'époque dominées par les facteurs biologiques ou intra-psychiques.

facteurs varie selon l'Écologie de la famille. Pour appuyer son point de vue, il avait alors revisité les résultats de deux recherches. D'abord celle de Drillien (1957,1964 : dans Bronfenbrenner, 1996) : des jeunes nés très prématurément (P) et vivant dans une famille dont le revenu est faible (C), mais qui sont exposée à de bons soins maternels (PP) à 2 ans et 4 ans (T) ont significativement moins de problèmes de comportements à 4 ans (R), comparativement à des enfants âgés de 4 ans ayant reçu de moins bons soins maternels et ayant un niveau de risques personnels et sociaux comparables. Un constat aussi très important : il semble que la qualité des soins maternels ait un impact plus important dans la prévention de problèmes des comportements chez les enfants exposés à des risques personnels et contextuels que chez les enfants moins à risques. Une seconde recherche examinée dans son texte est celle de Small & Luster (1990 : dans Bronfenbrenner, 1996) qui avait mis en évidence que la surveillance des parents (PP) a plus d'impacts positifs dans des contextes sociaux moins favorables (recomposition familiale et scolarité faible des mères) sur les comportements à risque d'adolescents (activité sexuelle) que dans des environnements favorables. En somme, les processus proximaux, soit la surveillance parentale ou encore les soins maternels de qualité, exerceraient une influence plus grande dans des contextes systémiques adverses.

À cette époque, j'avais eu le privilège de réagir au contenu de sa communication (Chamberland, 1996). Cela m'avait inspiré une réflexion sur la prévention et l'écologie des risques. D'abord il y a le cumul des risques (*loi du nombre ou de l'addition des effets*) qui a bien souvent modelé les outils prédictifs pour cibler des populations vulnérables et qui s'inscrit dans une approche particulariste de la vulnérabilité. Puis les recherches de Rutter (1975, dans Chamberland, 1996) ont montré que les facteurs de risque peuvent interagir non seulement de façon additive, mais aussi exponentielle, la présence d'un seul risque ne perturbant pas plus l'enfant que s'il n'y en avait aucun. Toutefois la présence de deux indices de risque fait doubler le taux d'inadaptation et quatre indices et plus le font tripler. En somme, les effets entre les facteurs sont interdépendants, l'un pouvant en entraîner d'autres (*loi de la multiplication des effets*). Les résultats des études revisitées par Bronfenbrenner m'ont alors fait découvrir une troisième loi, celle de *la relativité des effets*, où un facteur de risque ou de protection n'a pas nécessairement le même impact selon la configuration spécifique de l'écologie de la famille. En somme les liens entre les facteurs ne sont pas linéaires alors que certains de nos outils statistiques, notamment la régression linéaire, le supposent dans ses prémisses.

Par la suite les résultats de la recherche doctorale de Marie Christine St-Jacques (1998)³ ont illustré le caractère heuristique de la démonstration de Bronfenbrenner (1996). Différemment cependant. Alors que les processus proximaux examinés (la qualité des relations avec les parents ou du climat familial) ont un impact majeur sur l'adaptation des adolescents dans trois types différents de structure familiale (biparentale, garde partagée, recomposée), ces mêmes processus proximaux ne sont toutefois pas associés à l'adaptation de jeunes dans les familles monoparentales. On peut dès lors supposer que le contexte de monoparentalité comporte un ensemble d'adversités (stress économiques, lourdeur des responsabilités) qui peut plus difficilement être compensé par des processus proximaux positifs (la qualité des relations familiales). Dans ce dernier cas de figure, la structure familiale a un impact plus grand sur le jeune, comparativement à ceux évoluant dans les trois autres milieux familiaux. D'où l'importance d'adopter une vision pluraliste et singulière de l'écologie de la famille et de son éventuelle vulnérabilité.

Dans ce numéro *Les Cahiers du CEIDEF*, vous aurez l'occasion de saisir à quel point la vulnérabilité des familles est un phénomène complexe qui se conjugue au pluriel. Et à quel point le soutien dont elles bénéficient ou pas peut faire une différence. Ce que j'ai apprécié, c'est précisément qu'on y a documenté la diversité des influences positives ou négatives qui contribuent à la vulnérabilité des familles ou qui les protègent. Cette édition aborde en effet plusieurs facteurs de risque et de protection reliés aux caractéristiques des parents ou des enfants, des processus proximaux auxquels sont exposés directement ou indirectement les enfants, du contexte social ou économique ou encore de l'influence du temps et des transitions. Je vous sou mets donc de façon non exhaustive, quelques exemples qui caractérisent certains éléments de l'équation de Bronfenbrenner et qui augmentent ou diminuent les probabilités de vulnérabilité des familles étudiées dans certains chapitres. D'abord le manque de gratifications, de confiance et de repères des pères québécois semble être des facteurs personnels problématiques (P) qui contribuent à la vulnérabilité des familles. À l'inverse, un sentiment d'auto-efficacité et de satisfaction parentale des pères renforce le potentiel familial. La valorisation par leurs enfants constitue un indicateur de relations positives et réciproques (PP) alors qu'être critiqué par sa conjointe fragilise l'équilibre familial. En outre, un parent ayant un trouble de santé mentale (P) expose la famille à une multitude de facteurs de risques contextuels, notamment le manque de soutien social, des déménagements fréquents ou encore à l'insularité des familles (C). On constate

³ J'étais alors la directrice de la thèse de Marie-Christine St-Jacques et la présentation de Bronfenbrenner m'avait à tel point impressionné que je lui avais suggéré de s'inspirer de son modèle dans le cadre de sa recherche.

d'ailleurs que dans ces situations, un facteur de risque entraîne bien souvent une suite d'autres facteurs qui multiplie les risques de vulnérabilité de la famille. Enfin, des expériences parentales traumatiques (T/PP) sont reliés à des sentiments de peur et d'impuissance chez les parents (P), lesquels sont associés à des comportements intrusifs et peu sensibles (PP) et finalement à des styles d'attachement désorganisés chez les enfants (R). Du côté des interventions, le programme italien – P.I.P.I et espagnol – réunification familiale, agissent positivement sur les compétences parentales (P) et la qualité des relations parentales (PP), mais aussi sur les conditions sociales et économiques des familles (C).

En conclusion, cette édition nous amène à méditer sur le sens même du concept de vulnérabilité. Et pour cela (mais aussi pour les raisons évoquées précédemment), il mérite amplement d'être lu. J'ai pu constater qu'une approche universelle, ordinaire et ontologique de la vulnérabilité traverse cet ouvrage. Celle-ci est indissociable de l'expérience humaine et considère l'adversité parfois comme une occasion de développement. Personne n'est invulnérable. J'aimerais ici citer les propos du cinéaste Alejandro González Inárritu à propos de la perception des immigrants qui souhaitent entrer aux États-Unis et qui illustrent tellement bien une vision universelle de leur vulnérabilité :

On se présente si souvent ces immigrants comme des bactéries humaines qui infectent les sociétés occidentales. Sinon, on les dépeint comme des victimes saintes, pauvres et pures. Alors que ces gens sont des êtres humains, ordinaires et complexes, qui ont des besoins comme vous et moi⁴.

À la lecture de cette édition, une expérience transformante dans mon parcours de chercheure est revenue à la surface de ma mémoire. Alors que je dirigeais l'Institut de recherche pour le développement social des jeunes (IRDS), une organisation qu'avait fondée le Centre jeunesse de Montréal, l'objet d'une des équipes de recherche portait sur les phénomènes de gang. Les membres de cette équipe ont décidé d'adopter un paradigme alternatif qui consistait à représenter ces jeunes comme ayant d'abord des besoins de développement tout à fait normaux pour expliquer l'entrée et la sortie dans des gangs. Bref ces jeunes souhaitaient appartenir et s'identifier à d'autres jeunes, opportunités qui n'existaient pas réellement dans leurs milieux de vie normatifs. Ayant été formé en psychologie de l'enfant, je peux vous assurer que mon regard sur ces adolescents a complètement été modifié. J'étais alors mère d'un adolescent qui

⁴ Propos recueillis par Marc Cassivi dans la Presse + du 24 mars 2021, section Arts et Être, p. 2.

avait un gang d'amis non problématiques certes, mais dont les motivations à s'assembler me semblaient étrangement les mêmes. Du coup, ces jeunes dans les gangs dits « à risque » me sont apparus tellement humains.

Malgré le fait que cette posture soit encore minoritaire dans notre paysage scientifique, politique et de l'intervention, espérons que cet ouvrage contribuera à la rendre plus visible et souhaitable. Car l'approche particulière et problématique de la vulnérabilité entraîne son lot de conséquences négatives qui parfois exacerbe la vulnérabilité des familles déjà fragiles, que ce soit parce que cette posture génère des interventions en silo, stigmatise certains groupes dans la population, ou cible bien imparfaitement les populations cibles (faux positifs ou négatifs). Mais surtout parce qu'elle dichotomise la population entre *eux* et *nous*, contribuant à augmenter la distance sociale entre les familles et les intervenants, et menace notre capacité à rendre visible l'immense humanité des parents et des enfants que paradoxalement nous cherchons à aider. Personnellement lire ce numéro *Les Cahiers du CEIDEF* a renforcé ma confiance en une conception universelle de la vulnérabilité. Et vous?

Références

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge : MA : Harvard.
- Bronfenbrenner, U (1996). Le modèle « Processus-Personne-Contexte-Temps » dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implications. Dans R. Tessier & G. M. Tarabulsy (Éds.), *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant* (pp.9-59). Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Bronfenbrenner, U. (1996). Ecology on the family as a Context for Human Development. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Chamberland, C. (1996). Écologie et prévention : pertinence pour la santé communautaire. Dans R. Tessier & G. M. Tarabulsy (Éds.), *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant* (pp.61-79). Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.,
- Edinette, M. R., & Tudge, J. (2013). Urie Bronfenbrenner's theory on human development: its evolution from ecology to bioecology. *Journal of Family Theory & Review*, 5, 243-258.
- St-Jacques, M. C. (1998). *L'ajustement des adolescents dans les familles recomposées : Études des processus familiaux et des représentations es jeunes* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, Québec.

Introduction

Tristan Milot et Carl Lacharité

Voilà plus de 10 ans déjà que les chercheurs du Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille (CEIDEF)¹ travaillent dans une perspective de recherche participative, à l'écoute des préoccupations et des besoins exprimés par les parents et les enfants qui vivent des difficultés, les considérant comme des experts de leurs propres vies, cherchant à faciliter l'expression de leurs savoirs et la valorisation de ceux-ci. Les chercheuses et les chercheurs du CEIDEF se sont intéressés à une diversité de réalités familiales. Ils se sont intéressés à mieux comprendre les situations familiales d'abus et de négligence, les situations où l'un des parents présentait un trouble mental et les situations d'adoption. Ils se sont penchés sur les situations familiales au sein desquelles un enfant était né prématurément ou avait des besoins particuliers, et aux parents ayant eux-mêmes vécu des traumatismes durant l'enfance, ainsi que sur plusieurs autres thématiques. Dans la perspective de contribuer à l'établissement d'une « science de la famille », les chercheuses et les chercheurs du CEIDEF ont aussi porté leur regard sur l'ensemble des acteurs concernés, notamment ceux issus des milieux de pratique et des instances législatives et politiques. À ces fins, tout comme leurs nombreux partenaires issus des milieux de la recherche universitaire, ils se sont dotés d'outils théoriques pertinents (par exemple, la théorie écosystémique du développement humain, la théorie de l'attachement, la psychopathologie du développement) et d'une méthodologie de la recherche cohérente avec les valeurs et objectifs participatifs et inclusifs qu'ils entendaient promouvoir (par exemple, les méthodes observationnelles en laboratoire et en milieu naturel, les méthodes qualitatives et participatives).

Au fil des ans, la notion de vulnérabilité, prise à la fois comme objet d'étude et cadre d'analyse, a constitué l'un des piliers des travaux du Centre. Plus récemment, les chercheurs du CEIDEF ont notamment fait de la vulnérabilité la pierre angulaire de leur plus récente programmation de recherche (2020-2025). La vulnérabilité, si on peut le dire ainsi, est alors scrutée de toute part. Les chercheurs du CEIDEF, tout comme leurs nombreux partenaires et

¹ Le CEIDEF est né en 2009 de la transformation d'un groupe de recherche — le Groupe de recherche sur le développement de l'enfant et la famille (GREDEF) — en un centre d'études interdisciplinaires. Lorsque l'on tient compte de cette transformation, cela fait plus de 30 ans que les chercheurs qui ont composé l'équipe au fil des ans s'intéressent à l'enfance et à la famille.

collaborateurs, s'appuient sur la notion de vulnérabilité pour tenter d'expliquer ce qui se produit sur le plan du développement des enfants lorsque ces derniers sont exposés à des facteurs de risque ou d'adversité au cours de leur vie, ou encore pour comprendre les interactions entre les personnes qui se développent et leur environnement, notamment leurs familles. Ils s'appuient également sur cette notion pour examiner les relations que ces enfants et leurs familles entretiennent avec l'ensemble des institutions sociales qui interviennent dans leurs vies et les structurent.

Pourtant, et malgré une documentation abondante sur la vulnérabilité des enfants et des familles, ses différentes interprétations font débat, et ses usages demeurent souvent imprécis et vagues. Alors que sur le plan de l'étymologie, la vulnérabilité (*vulnerable* et *ité*) renvoie à la *possibilité* d'être blessé, elle n'est pas toujours entendue en ce sens dans les écrits, les pratiques ou les politiques qui concernent l'enfance et la famille. La vulnérabilité apparaît à certains moments comme une fragilité avérée, alors que parfois, elle n'est traitée qu'à titre de simple prédisposition. À certains moments, elle semble caractériser une population entière, à d'autres moments, une étape particulière du développement humain, alors que dans certains cas, elle est présentée comme caractérisant la réalité de certains individus ou populations bien ciblés. La vulnérabilité apparaît parfois comme cause ou un élément explicatif de certains comportements problématiques ou de difficultés d'adaptation, alors que pour certains, elle témoigne aussi positivement de notre profonde humanité. Peut-être alors est-il encore justifié de se demander « Mais qu'est-ce que la vulnérabilité ? », et « Qu'est-ce qu'être vulnérable ? ». Les chercheurs du CEIDEF et leurs partenaires et collaborateurs n'échappent d'ailleurs pas au défi de saisir l'essence même de la vulnérabilité : les travaux y sont variés : leurs conceptions de la vulnérabilité diffèrent par moment, comme les thèmes et des réalités étudiés, les méthodes employées, voire les postures épistémologiques.

C'est avec l'intention de croiser les regards et les réalités concernant les enfants et les familles que le CEIDEF a lancé un appel à textes invitant les personnes qui font partie du large réseau (interne et externe) du CEIDEF à participer à un ouvrage collectif sur le thème « Vulnérabilités et familles ». Il s'agit d'une tentative, si on peut le dire ainsi, de rapprocher le phénomène de la vulnérabilité de ce qui se vit à l'intérieur d'une famille. Avec 19 textes originaux et la participation de 54 auteurs provenant du Canada, de l'Espagne, de la France, de l'Italie et de la Suisse, on peut affirmer que l'appel a été entendu.

Au fur et à mesure que l'on parcourra l'ouvrage, on constatera que certains textes empruntent l'idée d'une vulnérabilité dite « particulière » selon

laquelle la notion de vulnérabilité permet « de cibler et de décrire celles et ceux qui, pour des raisons intrinsèques ou extrinsèques, sont fragilisés, ne savent pas résister à la menace, faire face à l'adversité, passer à travers une épreuve ». Cette conception de la vulnérabilité a pour fonction principale de repérer des groupes de personnes vulnérables et de comprendre leurs souffrances, leurs stratégies adaptatives et leurs trajectoires développementales. Ce repérage peut s'effectuer sur la base de caractéristiques universelles mais transitoires (on reconnaît aisément que les bébés sont plus vulnérables que les adultes, ou que l'accouchement est un moment où les mères peuvent se sentir particulièrement fragiles) ou des caractéristiques particulières à des individus ou des groupes d'individus (les bébés nés prématurément, les enfants hospitalisés, les futurs parents ayant vécu des traumatismes, les enfants dont un parent a un trouble de santé mentale). Certains textes empruntent plutôt une conception dite « problématique » de la vulnérabilité, soit le constat que les personnes sont inégalement soutenues, socialement ou collectivement, ce qui risque d'entraver chez certaines le processus d'individuation, de faire entendre sa voix, d'être autonomes. On peut penser ici aux familles pauvres, isolées socialement, voire ségréguées. Une conception autre de la vulnérabilité que l'on rencontre en parcourant l'ouvrage est celle d'une vulnérabilité « universelle », parfois appelée ordinaire² (Hamrouni, 2016). Les travaux qui s'ancrent dans cette perspective « universelle » permettent ainsi de problématiser l'enfance et la famille et de construire des connaissances sur ces objets d'une manière tout autre. Plutôt que de laisser aux spécialistes (chercheur.e.s, intervenant.e.s, décideuses et gestionnaires) le soin de juger qui est ou n'est pas vulnérable selon des critères extérieurs à la vie quotidienne des personnes, cette vision de la vulnérabilité invite plutôt à s'approcher de ces dernières par l'utilisation de méthodes moins traditionnelles en recherche sociale (comme les communautés de pratiques en tant que sources de données et cadre d'analyse de celles-ci) en donnant la voix aux enfants, aux parents et à leur communauté, et ce, afin de contribuer activement à la production de connaissances. La vulnérabilité n'est plus (ou n'est pas uniquement) considérée comme une caractéristique intrinsèque de certains individus ou systèmes familiaux jugés faibles, fragiles ou déficients. Elle est un phénomène systémique complexe dont l'étude nécessite des regards critiques, croisés et multiples sur une diversité de réalités familiales. On parlera alors de la vulnérabilité des pères, des mères, de la vulnérabilité des familles.

Ce numéro spécial des Cahiers du CEIDEF présente donc une sélection de travaux des membres du CEIDEF, de leurs partenaires et collaborateurs, qui se

² Bien qu'il existe des distinctions entre les conceptions « universelle » et « ordinaire » de la vulnérabilité, nous les avons ici réunies sur la base qu'elles définissent la vulnérabilité comme une condition commune à chacune et chacun, incarné dans notre humanité.

penchent sur différents phénomènes concernant les enfants et les familles, à partir de la lunette de la vulnérabilité. Le Cahier est divisé en trois sections. La première section aborde la vulnérabilité par le biais de différents défis relatifs à la parentalité; la seconde traite de la vulnérabilité telle qu'elle peut se manifester, du moins dans certaines formes, au cours de l'enfance; la troisième section présente diverses approches et programmes d'intervention, ou encore des considérations autres pour la pratique, comme formes de réponses possibles à la vulnérabilité dans la vie des enfants, de leurs parents et de leur famille. L'ouvrage se termine par une conclusion qui cherche à dégager des pistes de réflexion pour l'avancement des connaissances et leurs applications à l'intérieur de l'écosystème de services auprès des familles et des enfants.

Section I – Vulnérabilités et enfants

Chapitre 1

Confinement et vulnérabilité ordinaire : l'expérience d'enfants et d'adolescents au temps de la COVID-19

Vicky Lafantaisie, Christine Gervais, Isabel Côté et Sarah Tourigny

Mise en contexte

Ce chapitre s'attarde à la manière dont certains enfants, adolescents et parents du Québec ont vécu le confinement et les différentes mesures sociosanitaires mises en place au cours des premiers mois de la pandémie de la COVID-19. Ces expériences serviront à illustrer comment se manifeste ce que plusieurs appellent la *vulnérabilité ordinaire*.

Il existe différentes manières de décrire et de comprendre la vulnérabilité. Nous aborderons ici deux grandes conceptions : la *vulnérabilité particulière* et la *vulnérabilité ordinaire* (Gilson, 2014; Lacharité et al., 2020; Milot & Hamrouni, 2020). On parle de vulnérabilité particulière lorsqu'elle est comprise comme une caractéristique individuelle dont les personnes sont porteuses; celle-ci « appartiendrait » à certaines catégories de population qui possèdent différents traits auxquels il faudrait s'attarder (Lacharité et al., 2020; Lafantaisie et al., 2020). Suivant cette vision, on considère que ces personnes doivent recevoir de l'aide pour éviter de vivre les conséquences, perçues comme strictement négatives, associées à la vulnérabilité. Différents programmes et services sont donc mis en place pour ces personnes identifiées comme vulnérables.

La conception ordinaire de la vulnérabilité, quant à elle, ne vise pas à identifier des personnes vulnérables et des personnes invulnérables; elle considère plutôt que la vulnérabilité est universelle et que nous pouvons tous en faire l'expérience. Il est nécessaire, dans cette perspective, de s'attarder au sens et à la signification que les personnes donnent à leur expérience puisque celle-ci n'est probablement pas connotée seulement négativement. La vulnérabilité est ici « un état ambigu – pouvant susciter de l'incertitude, de la confusion et de la douleur – qui ouvre sur diverses possibilités dans la composition de notre vie et de notre développement » (Lacharité et al., 2020, p. 92). Elle « est ce qui à la fois

nous expose aux autres, mais qui également nous ouvre à eux » (Milot & Hamrouni, 2020, p. 47). Cette conception invite ainsi à ne pas vouloir se débarrasser de la vulnérabilité, mais plutôt à l'accueillir – puisqu'on en fera de toute manière tous l'expérience – et à s'intéresser aux différents « effets » (positifs et négatifs) qu'elle provoque. Il s'agit également de s'attarder aux possibilités de développement, d'apprentissage et d'évolution qu'elle suscite.

La conception « particulière » est la plus courante lorsqu'on parle de vulnérabilité, autant dans les sphères politique, scientifique que dans les différents milieux de pratique en santé, services sociaux et en éducation (Gilson, 2014; Lacharité et al., 2020; Milot et Hamrouni, 2020). Il n'est donc pas surprenant de retrouver majoritairement des exemples de cette conception dans les programmes d'intervention, dans le discours des intervenants et dans les différents documents qui soutiennent la pratique des intervenants¹.

À titre d'exemple, les Services intégrés en périnatalité ou pour la petite enfance (SIPPE), implantés dans tous les CI (U) SSS du Québec, sont offerts aux « familles vivant en contexte de vulnérabilité ». Pour être admise dans le programme, la famille doit 1) être sous le seuil de faible revenu et 2) être soit isolée socialement ou sous-scolarisée (MSSS, 2019). Également, le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), mis sur pied par l'Agence de santé publique du Canada, finance des groupes communautaires qui offrent des activités aux « enfants vulnérables et [à leurs] parents ». Les activités rejoignent les familles ayant un faible revenu (revenu inférieur à 15 000 \$ ou un revenu inférieur au seuil de faible revenu publié par Statistique Canada), les familles monoparentales et les familles dont les parents n'ont pas leur diplôme d'études secondaires (Agence de santé publique du Canada, 2020). Ce sont là deux exemples de programmes répandus qui s'appuient sur une vision particulière de la vulnérabilité. Cette conception circule abondamment dans les milieux d'intervention et dans le discours des intervenants. À titre d'exemple, lors d'ateliers offerts dans différents milieux (services de garde, CISSS, organismes communautaires), la première autrice de ce chapitre invite régulièrement les intervenants à identifier les premières choses qui leur viennent en tête lorsqu'ils entendent le mot vulnérabilité. Bien que certains propos marginaux se rapprochent d'une vision ordinaire de la vulnérabilité (par exemple, force, résilience), la très grande majorité des réponses rejoignent la définition particulariste de la vulnérabilité : pauvreté, isolement, négligence, difficultés, etc.

1 Le terme « intervenants » est utilisé au sens large. Il inclut l'ensemble des personnes qui interviennent dans les domaines de la santé, des services sociaux et de l'éducation.

Ainsi, comme il s'agit de la vision la plus répandue, il semble beaucoup plus facile de fournir des exemples de ce qu'est la vulnérabilité particulière. Toutefois, il est plus difficile de mettre un visage sur cette idée de vulnérabilité ordinaire. Ce chapitre souhaite, par le biais de l'étude *Réactions*, illustrer cette deuxième conception moins répandue.

L'étude *Réactions* s'intéresse aux expériences du confinement générées par la Covid-19 chez 197 enfants et adolescents et 215 parents. Elle prend place dans un contexte où l'état d'urgence sanitaire déclaré au Québec le 14 mars 2020 a entraîné la fermeture des écoles et des services de garde, la mise en place de nombreuses mesures de distanciation (physiques et sociales), la suspension des activités jugées non essentielles et le travail à distance pour la majorité des parents. Cette recherche vise notamment à explorer les représentations que se font les enfants, les adolescents et les parents des conséquences positives et négatives des mesures de distanciation imposées pendant la crise de la COVID-19 et à identifier les facteurs qui contribuent et nuisent à leur bien-être en contexte de confinement (Gervais et al., 2020).

Objectifs

Sur la base de l'étude *Réactions*, ce chapitre souhaite 1) montrer le caractère universel de la vulnérabilité, 2) illustrer les difficultés, mais également les éléments positifs et les potentialités créés par un événement extérieur qui est venu bouleverser la vie des familles.

Méthode

Ce chapitre se penche sur les données de la première vague de collecte qui s'est déroulée pendant les deux premières semaines du mois de mai 2020, alors que la première période de confinement tirait à sa fin.

Participants

197 enfants et adolescents de 6 à 17 ans (121 filles et 76 garçons) et 215 parents (16 pères et 199 mères) ont participé à cette étude. Ils proviennent de 15 des 17 régions administratives du Québec; les 2/3 sont répartis dans les régions de l'Outaouais, de Montréal, de la Montérégie et des Laurentides. 80 % des familles rencontrées sont biparentales. Un revenu familial annuel brut supérieur à 120 000 \$ est rapporté par la majorité des participants (46 %) alors que 36 % des familles bénéficient d'un revenu annuel allant de 60 000 \$ à 120 000 \$ et que 18 % reçoivent moins de 60 000 \$ par année.

96 % des parents détiennent un diplôme d'études postsecondaires (76 % ont un diplôme universitaire et 20 % ont un diplôme d'études collégiales). Au moment de la collecte de données, 60 % des parents occupent un emploi et font du télétravail avec des enfants à la maison depuis la mise en place des mesures de confinement. Près du quart des parents œuvrent dans les services essentiels et continuent à travailler à l'extérieur du foyer.

L'analyse présentée ici repose sur les données recueillies dans les questionnaires des 215 parents participants et sur les condensés d'entrevues de 92 enfants âgés de 7 à 17 ans (moyenne : 12 ans).

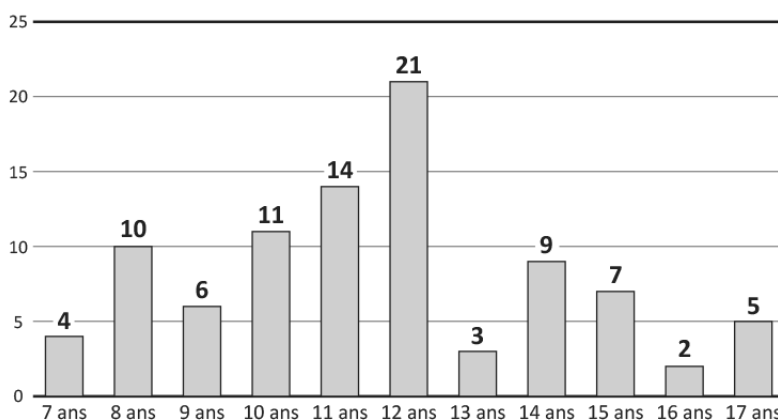


Figure 1 - Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge des enfants (Source : auteurs)

Collecte de données et déroulement

Les parents ont été recrutés par le biais d'un appel publié sur différentes pages Facebook et dans des infolettres électroniques distribuées par des organismes dédiés à la famille. Les parents intéressés ont rempli un questionnaire en ligne comprenant notamment les mesures suivantes :

- ❖ Une adaptation du Posttraumatic Growth Inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996) : pour évaluer les résultats positifs perçus par les parents de la crise de la COVID19;
- ❖ Le Well-Being Index – 5 items (*WHO-5*) (Child Outcomes Research Consortium, n.d.) : pour mesurer leur bien-être psychologique;
- ❖ Le State-Trait Anxiety Inventory- State 6 items (*STAI-S-6*), (Marteau & Bekker, 1992) : pour mesurer leur anxiété;
- ❖ Le PHQ Questionnaire, (Kroenke et al., 2001) : pour évaluer leurs symptômes dépressifs;

- ❖ L'échelle de satisfaction et d'insatisfaction parentale (Morisset Bonapace, 2015);
- ❖ L'échelle Family APGAR (Smilkstein et al., 1982) : pour mesurer le fonctionnement familial;
- ❖ Une sous-échelle de solitude émotionnelle : pour mesurer l'isolement et la solitude (Gierveld & Tilburg, 2006).

Les enfants des parents qui ont rempli le questionnaire ont ensuite participé à un entretien individuel semi-dirigé d'une durée moyenne de 40 minutes via la plateforme Zoom concernant leur expérience de la COVID19 et du confinement. L'ensemble des entretiens ont été enregistrés. À la fin de chacune des rencontres, les assistantes de recherche ont rédigé un condensé d'entrevue résumant les propos des enfants en fonction des grandes thématiques abordées dans l'entretien.

Cadre d'analyse

Les données récoltées dans les questionnaires remplis par les parents ont fait l'objet d'analyses statistiques descriptives afin de dégager un portrait de leur fonctionnement individuel, parental, familial et social pendant le confinement.

Pour ce qui est des entretiens avec les enfants, une première phase de réduction des données s'est opérée par la rédaction de condensés d'entrevues, qu'on pourrait aussi appeler synopsis. La production de ces synopsis constitue ainsi une première étape du travail d'analyse (Falardeau & Simard, 2011). Étant donné le grand nombre d'entretiens réalisés, 92 condensés d'entrevues ont été ciblés pour la présente analyse. Les condensés ont été sélectionnés en fonction de la diversité de situations personnelles des participants (âge, sexe, région, retour à l'école prévu ou non), des expériences racontées par les participants et de la richesse de leur discours. Les synopsis ont ensuite fait l'objet d'une analyse thématique (Paillé & Mucchielli, 2016). Une première lecture des synopsis a permis de dégager trois grands thèmes qui rejoignent des éléments de la définition de la vulnérabilité ordinaire : 1) les expériences négatives générées par la COVID-19 et le confinement, 2) les expériences positives vécues dans ce contexte et 3) les apprentissages réalisés. Les sous-thèmes ont ensuite émergé du discours des enfants; ceux abordés plus fréquemment sont présentés dans la prochaine section. Finalement, des extraits d'entrevue ont été transcrits afin d'illustrer quelques résultats.

Résultats – la COVID-19 et ses contours : une expérience vulnérabilisante

D'entrée de jeu, il est important de souligner que la grande majorité des familles qui ont participé à l'étude ne répondent pas aux critères normatifs habituellement associés à la vulnérabilité particulière. En effet, ce sont des familles biparentales qui sont relativement aisées au plan financier. De plus, les parents ont un emploi et sont éduqués. La pandémie exacerbe les inégalités sociales déjà présentes; certains groupes se retrouvent dans des situations encore plus précaires (par exemple, femmes, personnes racisées, personnes en situation de pauvreté, personnes âgées, personnes de la communauté LGBTQ+ (Bowleg, 2020; Gausman & Langer, 2020; Templeton et al., 2020; Tircheret & Zorn, 2020). Il semble toutefois que la COVID-19 et les mesures de santé publique fragilisent également les familles qui ne sont généralement pas identifiées comme étant vulnérables. Autrement dit, sans être d'emblée identifiées comme étant « à risque », l'ensemble des familles de l'échantillon se retrouve en déséquilibre face au nouveau contexte avec lequel elles doivent composer. Cela rejoint la caractéristique d'universalité propre à la définition de la vulnérabilité ordinaire.

L'ensemble des parents et des enfants rencontrés estime que la COVID-19 a généré des expériences, des sentiments et des situations qui étaient parfois agréables et parfois désagréables. D'ailleurs, 40 % des parents considèrent que la COVID-19 a eu des effets négatifs sur leur famille, 40 % rapportent ne pas avoir perçu de conséquences (neutre) alors que 20 % considèrent que les impacts ont été plutôt positifs pour leur famille. Ces résultats mettent en évidence le caractère ambivalent et changeant des expériences de vulnérabilité propre à une conception ordinaire.

Le négatif, le difficile, le désagréable et le moche

Au moment de la collecte, plusieurs parents de l'échantillon présentaient certaines difficultés sur le plan psychologique. D'abord, 74 % des parents rapportent un score de bien-être psychologique sous la moyenne et la moitié d'entre eux obtiennent un résultat indiquant un risque de dépression. On remarque également la présence de symptômes dépressifs (pour 48 % des parents) et d'anxiété (pour 65 % de l'échantillon) et 20 % affirment souffrir de solitude ou d'isolement. Dans le même sens, quelques enfants rencontrés disent être moins heureux, plus stressés ou plus anxieux depuis le confinement. Il semble 1) qu'il soit difficile de ne pas savoir « *dans quoi on s'en va [puisque] c'est comme un plongeon dans l'inconnu* » [Fille, 14 ans] et 2) qu'il est effrayant de penser que leurs proches pourraient contracter le virus. Sur le plan familial, le

quart des parents rapportent un **fonctionnement familial** dysfonctionnel et pour 18 % le confinement coïncide avec une faible satisfaction parentale.

Le manque de relations et de contacts physiques/en face à face avec des amis et des membres de la famille élargie (cousin, grands-parents) est très difficile pour tous les enfants rencontrés. Bien que plusieurs puissent avoir des échanges par téléphone, courriels, messages textes ou vidéoconférences, il semble que rien ne vaut une rencontre en personne pour se voir, échanger, jouer, etc.

Ben je vois plus mes amis, je peux plus socialiser, pis là je m'ennuie. Pis après ça... je m'ennuie de ma famille aussi. Je suis allé voir mon grand-père à un moment donné, genre je lui parlais avec un téléphone et on se voyait dans sa fenêtre, pis ça m'a vraiment brisé le cœur. [Garçon, 15 ans]

L'annulation de plusieurs activités qui permettent notamment de socialiser, de se changer les idées et d'avoir du plaisir (par exemple, bal de finissants, pièces de théâtre, activités sportives de groupe, spectacles, voyages), représente une grande perte pour la grande majorité des enfants. Certains soulignent également que la disparition d'activités informelles ou spontanées avec d'autres personnes rend leur quotidien plus monotone.

Après l'école, on avait toujours un moment de sortir et marcher en ville parce que mon école est en ville, et on marchait beaucoup beaucoup beaucoup, on marchait peut-être cinq kilomètres ensemble juste pour marcher pour parler ensemble, je manque ces moments comme ça parce qu'en fait ces moments où on n'a vraiment pas d'idées de ce qu'on va faire et qu'on se retrouve dans un bus et qu'on sait pas quel bus et qu'on se retrouve dans un grand parc c'est comme, c'est les meilleurs moments. [Fille, 15 ans]

Cette obligation d'être « enfermé chez toi », le sentiment d'être pris à la maison et de ne pas pouvoir sortir, l'ennui et la solitude font également partie des thématiques les plus présentes dans le discours des jeunes. Plusieurs souhaitent d'ailleurs un retour à l'école parce que l'école en ligne ce n'est pas motivant et qu'il est difficile de se concentrer à la maison, parce qu'ils ont l'impression de prendre du retard dans la matière, mais surtout parce qu'ils ont la possibilité d'y voir leurs amis et leurs enseignants à l'école.

Ben, c'est quand même un peu dur, pour moi. De rester à la maison. Je suis même plus capable de mettre un pied à terre, tellement que je suis plus capable. [Garçon, 11 ans]

Je ne pense pas que je vis de la joie, comme pas du tout. Je ne peux pas voir mes amis et j'ai le temps long. [Garçon, 11 ans]

Le fait d'être en présence constante des autres membres de leur famille alors que ce n'est pas habituellement le cas peut faire en sorte que leurs parents, frère et sœur leur « *tape un peu sur les nerfs* » [Fille, 12 ans]. Quelques enfants reconnaissent également le fait que leurs parents sont plus stressés et préoccupés par la situation, ce qui les rend plus irritables.

Ça doit être difficile parce qu'on est toujours ensemble donc maman doit avoir de la misère à ne pas exploser. Il faut qu'elle donne de l'amour quand même à nous et ses parents. [Fille, 12 ans]

D'ailleurs, certains enfants sont bien conscients de l'augmentation de la charge de travail de leurs parents et des difficultés associées au télétravail.

Ma mère elle fait du télétravail, pis elle travaille quasiment plus que qu'est-ce qu'elle travaillait avant. [Garçon, 11 ans]

On est comme tout en famille. Pis [ma mère] doit comme, gérer. Parce que c'est elle qui s'occupe plus de l'organisation des repas, pis mon père travaille comme dans un bureau fermé pis elle travaille dans la chambre de mon frère un peu. En tout cas elle travaille dans une aire plus ouverte ou on peut tous aller la déranger. Faque elle doit vivre avec ça. [Fille, 14 ans]

Finalement, il semble que le confinement est venu bouleverser leurs habitudes de vie laissant certains avec beaucoup moins de repères et amenant un changement de routine important dans leur quotidien.

Mettons l'école ça me faisait un horaire pis toute faque, là je sais pas quoi faire de mes journées. [Garçon, 14 ans]

Mettons, avant j'avais mon horaire, bin moindrement fixe là, moins fixe que les autres, mais comme tu sais je savais à quelle heure je me levais. Je me levais à six heures moins quart pour me préparer pour aller à l'école. La fin de semaine je dormais

pas plus tard que dix heures d'habitude. Tu sais des fois fallait que je me lève encore plus tôt que quand fallait que j'aille à l'école parce que fallait que j'aille arbitrer. Tout ça. J'avais du hockey quand je faisais du sport organisé. Pis là, tout d'un coup je peux dormir quand est-ce que je veux, là je suis rendu que je me couche à midi le jour d'après là. Je me couche à midi pis là je veux pas trop toute dérégler fait que là bien je me mets une alarme à cinq heures. Pis là j'ai quasiment pas dormis pis je me dis parfait m'a me coucher plus tôt. Fait que là l'autre jour bien c'est ça à place de me coucher le matin, matin, bien je me suis couché à deux heures du matin. Je me suis dit : parfait, je me leverai pas plus tard que midi. J'ai dormi 14 heures, je me suis levé à quatre heures. Pis là bin je sais plus quoi faire. [Garçon, 16 ans]

Le positif, le facile, l'agréable et le beau

Bien que l'expérience apporte son lot de défis et de moments difficiles, certains enfants affirment d'emblée qu'ils vont généralement bien et que l'adaptation se fait plutôt facilement. Un enfant mentionne que « *ce qu'on vit c'est quand même une belle expérience* » [Fille, 10 ans]). Le fait de vivre des moments agréables et de le reconnaître aiderait d'ailleurs à se sentir mieux.

Même si c'est une période difficile, il y a du positif alors [il faut] se concentrer sur le positif. [Fille, 16 ans]

Ce qui apparaît particulièrement positif pour les enfants rencontrés est le fait de retrouver du temps qu'ils n'avaient pas. Ils affirment avoir plus de temps pour eux. Cela leur permet notamment de faire des activités sportives, artistiques, de détente, de loisir qu'ils apprécient et qu'ils choisissent de faire sans en avoir l'obligation². C'est également un temps pour faire des découvertes, « *apprendre de nouvelles choses et faire des trucs [qu'ils n'ont] jamais faits* » [Fille, 14 ans].

Pour certains, il s'agit d'une occasion pour ralentir le rythme. Il est souligné que le confinement permet de prendre une pause, apporte de la tranquillité, fait en sorte que la vie est plus calme et donne l'occasion de profiter de l'instant présent. À ce sujet, un jeune souligne qu'il fait souvent des choses

² Par exemple, jeux de cartes, lecture, peinture, entraînement, vélo, course, marche, prendre soin de sa peau, regarder des séries télévisées ou des films, couture, skate, tennis, soccer, passer du temps en nature, jouer d'un instrument de musique, cuisiner, jardiner.

« *comme un petit vieux* » [Garçon, 16 ans]. Il dit, par exemple, que lorsqu'un ami est passé dans la rue il est sorti dehors et est allé « jaser » avec son ami et que quand il déjeune, il prend plus le temps de regarder par la fenêtre et de remarquer qu'il fait beau. Il porte plus attention aux détails et choisit de se concentrer sur de petites choses sur lesquelles il ne se serait pas habituellement arrêté. Il semble que ce rythme plus lent enlève de la pression et plusieurs apprécient avoir la chance de pouvoir relaxer en ayant un horaire déchargé.

Je dormais mal avant, maintenant, c'est plus facile de dormir. Donc, j'ai plus d'énergie. C'est plus facile de manger; je prends mon temps pour me faire un déjeuner. [Fille, 10 ans]

Cette nouvelle « routine » qui laisse plus d'espace peut être associée à un sentiment de liberté.

C'est sûr que j'ai plus de liberté, par exemple. Le matin, je peux me lever un peu plus tard que d'habitude. J'ai quand même des cours en ligne, ça commence un peu plus tard, j'ai pas de déplacement à faire. Mais sinon, c'est sûr que j'ai comme plus de temps pour moi, par exemple. [Fille, 15 ans]

L'importance que prend cette thématique dans le discours des jeunes laisse entendre que, pour ceux qui avaient un rythme de vie élevé, cet événement est venu leur permettre de ralentir la cadence pour profiter d'instantanés du quotidien qui passaient inaperçus avant la pandémie.

Ce temps retrouvé semble d'ailleurs apporter des **changements dans les habitudes de vie** de plusieurs. Du côté des parents, 41 % affirment faire plus d'exercice physique, 49 % disent s'accorder plus de pauses et 41 % soulignent consacrer plus de temps à des activités ou à des loisirs. Chez les enfants rencontrés, un changement important rapporté par la majorité concerne l'augmentation du temps passé dehors, pour profiter de la nature, faire du sport, relaxer...

Je passe du temps dehors, c'est apaisant être seule. [Fille, 17 ans]

Ironiquement, c'est plus facile de prendre de l'air. On est en confinement, mais on prend plus l'air. [Garçon, 12 ans]

Parmi les autres changements apportés par la COVID-19 et les mesures sociosanitaires dans les habitudes des jeunes on note le fait qu'ils 1) prennent

plus le temps ou apprennent à cuisiner des « repas santé », 2) font davantage d'exercices physiques et de sports, 3) s'offrent davantage de pauses et d'activités agréables et 4) ont un meilleur sommeil (pour quelques enfants). Il est intéressant de constater qu'une proportion des enfants rencontrés disent vouloir garder une ou plusieurs de ces nouvelles habitudes suite au confinement.

Comme j'aime beaucoup le dessin, je me suis mis à faire du dessin sur mon téléphone avec des applications. (...) Je lis beaucoup plus qu'avant. Moi je fais du piano, pis je fais aussi de la musique électronique. (...) J'aimerais ça [continuer] parce que c'est le fun pis ça me permet de faire des choses que je faisais moins avant ou que j'avais moins le temps de faire. Donc c'est sûr j'ai envie de continuer. [Fille, 12 ans]

De manière générale, les enfants soulignent qu'il est agréable de passer plus de temps en famille. Ce temps partagé les a amenés à se rapprocher et à mieux connaître leurs parents, leur(s) frère(s) et leur(s) sœur(s). Par exemple, un enfant mentionne qu'il a appris qu'il pouvait jouer et s'amuser avec ses parents et un autre dit qu'il a découvert de nouvelles facettes de ses parents et de sa fratrie. En outre, il s'agit d'un bon contexte pour se donner de l'amour et de l'affection.

Je pense que je me suis beaucoup rapproché de ma famille, j'étais dans ma crise d'adolescence, vraiment beaucoup en secondaire 4 et 5. Donc j'étais toujours avec mes amis, rarement chez moi, pis là ça été un choc de passer des semaines et des semaines avec ma famille. Ça nous a rapprochés, donc c'est cool. [Garçon, 17 ans]

Et pour ma maman? [Elle] me dit que ça va bien aller, [elle] me donne beaucoup d'amour dans le cœur. Elle me fait des câlins. [Fille, 11 ans]

Dans le même sens, les trois quarts des parents soulignent qu'ils se sentent plus en lien avec leur famille et 81 % affirment que la situation actuelle a eu des effets positifs sur leur satisfaction familiale générale. Cette période a également 1) permis aux parents de se rapprocher de leurs enfants et de renforcer leur relation (71 %), 2) augmenté le niveau d'intimité dans la famille (70 %), 3) favorisé la qualité du soutien offert entre chacun des membres de la famille (76 %), 4) diminué la présence de conflits (25 %) et 5) fait accroître le temps passé et les activités réalisées en famille (87 %).

Paradoxalement, ce contexte de distanciation physique semble avoir favorisé une certaine **mise en lien**, et ce même à l'extérieur des bulles familiales. 30 % des parents indiquent qu'ils sont plus en lien avec des amis et 26 % mentionnent être plus en lien avec leur collectivité. Quelques enfants mentionnent l'importance d'être unis, d'être ensemble, d'être « *tous là pour s'aider* ». Des messages de **solidarité et d'entraide** apparaissent dans le discours des enfants. Le fait d'être tous dans la même situation resserrerait les liens et le sentiment d'interdépendance.

Je vois plus mes voisins, on les connaît plus. C'est comme si on était soudé à deux mètres. [Fille, 10 ans]

J'espère que ça va donner une leçon au monde entier, soit qu'il faut être là les uns pour les autres : c'est ensemble qu'on va réussir. [Fille, 12 ans]

Les enfants ont notamment une pensée pour les travailleurs de la santé, pour les personnes âgées, pour les familles qui sont moins bien nanties et pour les personnes qui ont perdu leur emploi.

Les apprentissages et potentialités créés par la COVID-19

La situation de confinement a permis à tous les enfants rencontrés de développer certaines habiletés, de faire différentes découvertes ou d'approfondir leurs connaissances dans un ou plusieurs domaines. Un enfant mentionne d'ailleurs que « *le confinement peut être une opportunité* » [Garçon, 12 ans]. Comme mentionné plus haut, plusieurs jeunes se sont mis à pratiquer de **nouvelles activités**, certains ont renoué avec des sports ou des loisirs qu'ils avaient délaissés, d'autres se sont découverts des habiletés en jardinage, en musique ou en rénovation.

Cette période de confinement a permis à quelques enfants de se créer de **nouvelles relations** avec des jeunes de leur voisinage, avec d'autres jeunes que leurs amis qui se présentaient pendant des discussions en visioconférence ou avec d'anciens amis avec qui ils ont renoué. De plus, même s'il a été difficile de devoir se distancier de leurs amis il semble que d'autres types de liens ou alors **d'autres manières d'entrer en contact** se soient développés; différentes plateformes sur internet sont devenues un moyen de rester en contact et de connecter avec de nouvelles personnes ou des personnes qu'ils voyaient moins souvent.

Je faisais souvent des vidéoconférences avec mes amis, que je connaissais déjà, et à un moment donné, ils se sont mis à rajouter d'autres personnes qu'eux autres connaissaient, qui habitaient plus loin (...). Je me suis mis à me faire beaucoup d'amis de ce bord-là, mais c'est bon parce que, l'année prochaine, je vais aller à l'école [dans une nouvelle ville], là je suis à l'école [dans ma ville actuelle], mais je m'en vais [dans une nouvelle ville] l'année prochaine. C'est comme bon que je me fasse beaucoup d'amis qui viennent de là. [Garçon, 12 ans]

Il semble que le confinement a été l'occasion pour des enfants d'apprendre à mieux se connaître eux-mêmes. Par exemple, un enfant souligne qu'il croyait être paresseux, mais que le confinement lui a fait réaliser qu'il se sentait moins bien lorsqu'il ne faisait rien et qu'il avait besoin d'être occupé. Un autre souligne qu'il a appris que pour certaines matières (mathématique, histoire et science) il apprend mieux seul alors que pour d'autres matières comme le français c'est beaucoup plus difficile sans professeur. Également, certains ont découvert une passion qu'ils souhaiteraient investir davantage pour en faire un métier (par exemple, ornithologie, cuisine).

Le contexte pandémique semble aussi avoir favorisé l'émergence de nouvelles connaissances relatives à des situations qui dépassent leur quotidien; par exemple, il y a des événements qui se passent ailleurs dans le monde qui peuvent avoir des répercussions dans d'autres régions du globe. De nouvelles connaissances en lien avec la maladie et ses répercussions semblent avoir mené à d'intéressantes prises de conscience chez les parents et les enfants rencontrés. Du côté des parents, 54 % affirment ressentir plus d'empathie envers les personnes dites vulnérables et 76 % se sentent plus reconnaissants ou plus chanceux. À ce sujet, plusieurs enfants ont mentionné qu'ils réalisaient qu'ils avaient la chance d'être bien entourés ce qui rendait leur quotidien plus doux.

Je me trouve quand même chanceuse de bien vivre ça pis d'être bien entourée. Tsé on voit beaucoup de gens que c'est pas ça pour eux, mais moi je trouve que ça va assez bien faque je suis contente. [Fille, 16 ans]

La majorité des jeunes semble conscients que la COVID-19 et les mesures de distanciation n'ont pas les mêmes effets sur l'ensemble des personnes. Plusieurs se rendent compte de leur position privilégiée (« le confinement fait qu'on réalise qu'on a perdu certaines choses » [Fille, 9 ans]) : parce qu'ils sont avec leur famille, parce qu'ils vivent dans un logement ou une maison assez grande, parce que leurs parents travaillent encore, parce qu'ils ont des frères ou

des sœurs avec qui jouer, parce qu'ils ont les moyens financiers de pouvoir faire des activités qui nécessitent du matériel, parce qu'ils n'ont pas de difficultés scolaires particulières, etc.

En vrai, on est quand même assez chanceux. On n'est pas dans des appartements. On a deux maisons. Faque deux cours qu'on peut [être] ensemble. [Garçon, 12 ans]

Cette situation amène plusieurs à **démontrer de l'empathie** pour les personnes qui n'ont pas leur chance. On voit alors poindre des messages relatifs à l'importance de prendre soin des personnes qui n'ont pas les mêmes moyens ou qui ne sont pas dans la même situation qu'eux.

En ce moment, y'a beaucoup de personnes dans les CHSLD qui sont dans des situations atroces. Y'en a beaucoup qui meurent aussi, c'est triste. [Fille, 15 ans]

Surtout moi je n'en suis pas un, avant j'en étais un enfant unique, mais j'aurais pas aimé ça être ça pendant la crise. Parce que là surtout pauvres parents qui ont un enfant unique pis pauvre enfant aussi, parce que là faut toujours que le parent soit là pour jouer avec sinon il n'a pas d'ami lui ou elle. [Garçon, 9 ans]

Les élèves en difficulté, comme ils les appellent à mon école. C'est sûr qu'ils ont plus de difficulté pendant le confinement, parce que leurs enseignants spécialisés sont moins là pis toute. [Garçon, 12 ans]

Certains traduisent ces messages en propositions d'actions pour améliorer la situation de ces personnes. Un enfant souligne d'ailleurs l'importance de prendre soin des gens avant de s'attarder à l'économie : « *Penser plus aux gens, les familles que l'économie. Parce que l'argent, ça revient un jour..., mais les gens non.* » [Fille, 15 ans]

Mais ça aurait peut-être été bien d'envoyer les élèves en difficulté ou que leur année est en péril à l'école. Parce que là bin, ils vont avoir des cours en même temps que tout le monde, pis peut-être qu'ils vont se sentir trop intimidés devant les 90 autres élèves pour poser leurs questions personnelles aux profs. [Fille, 15 ans]

Se rendre compte à quel point les services essentiels sont essentiels, pis de les récompenser en mesure de tout ça, que ça, ça reste en place. Qu'on se rende compte de la chance qu'on a d'avoir des gens dévoués à ce point-là dans les services de la santé pis dans les garderies. [Garçon, 17 ans]

Finalement une proportion des jeunes comprend les effets positifs plus **larges du confinement** comme la diminution de la pollution et de la consommation et souhaite que ces effets perdurent.

Je pense que déjà l'environnement va se porter un peu mieux.
[Fille, 15 ans]

Dans le même sens, les enfants rencontrés ont été invités à partager trois souhaits en lien avec la situation actuelle. Bien que plusieurs souhaits restent très collés à leur situation personnelle, il est intéressant de constater qu'une grande proportion de jeunes réserve un ou plusieurs de leurs souhaits à l'amélioration de la situation de la planète et de personnes moins favorisées. Les jeunes souhaitent notamment que les personnes âgées soient moins touchées, que les conditions soient meilleures dans les CHSLD, que les élèves en difficulté aient accès à plus de ressources, que les maisons d'hébergement pour les itinérants soient mieux soutenues, que la planète soit mieux traitée, qu'il n'y ait plus de cruauté envers les animaux, qu'il n'y ait plus de pauvreté, qu'il n'y ait plus de guerre/paix dans le monde et que « *la société soit soudée* ». [Garçon, 13 ans]

Discussion

Ce chapitre souhaitait illustrer différents éléments qui définissent la vulnérabilité ordinaire en s'appuyant sur une étude portant sur le vécu de parents, d'enfants et d'adolescents pendant la première période de confinement que la COVID-19 a imposée. Les résultats de la recherche montrent le caractère universel de la vulnérabilité. En effet, l'ensemble des participants rencontrés se retrouvent dans une situation où l'insécurité, l'inconnu et les défis d'adaptation se côtoient. Ces conditions, desquelles naît une expérience de vulnérabilité, marquent le quotidien de personnes qui, comme nous l'avons vu, ne répondent pas aux critères normalement utilisés pour décrire une « population vulnérable ».

Les résultats laissent également entendre qu'une expérience similaire (dans ce cas-ci le confinement et le respect de mesures sociosanitaires imposées) n'est pas vécue de la même façon par toutes les personnes rencontrées. En effet,

cette situation est clairement plus difficile à vivre pour certains, alors que d'autres s'y adaptent relativement bien. Les mêmes conditions peuvent être appréciées par les uns et constituer un poids pour les autres. Par exemple, certains enfants préfèrent l'école à la maison, alors que d'autres trouvent ce contexte d'apprentissage très exigeant, certains profitent de cette période pour se créer une nouvelle routine qui leur convient mieux alors que d'autres sont déstabilisés et rapportent surtout vivre de l'ennui. Cette diversité d'expériences des effets du confinement met en lumière l'importance de permettre aux personnes de participer elles-mêmes à la description de leur situation et à l'appréciation de ses effets sur eux-mêmes et sur les autres : favoriser une « perspective « de l'intérieur » (...) par les personnes » (Lacharité et al., 2020, p. 91).

Le confinement a eu des conséquences négatives et positives dans la vie des personnes, ce qui vient soutenir cette idée selon laquelle « la vulnérabilité n'est pas un trait absolument négatif de l'existence humaine » (Milot & Hamrouni, 2020, p. 47). En effet, les jeunes rencontrés rapportent une expérience du confinement marquée par l'ambivalence, devant composer à la fois avec plusieurs restrictions (ne pas voir leurs amis, ne pas aller à l'école, rester à la maison) et avec une nouvelle liberté (dans l'utilisation du temps et de l'espace dont ils disposent, au niveau des relations qu'ils choisissent d'entretenir, etc.). La grande majorité des jeunes rencontrés sont conscients que la vulnérabilité vécue pendant cette période comporte des défis, mais aussi des opportunités. Au cœur de ces défis et opportunités se trouvent leurs relations, qui charpentent leur expérience du confinement (Stoecklin et al., 2021). En effet, pour certains enfants, le confinement représente une opportunité de se rapprocher de leurs parents et de leur fratrie : ils racontent de nombreuses interactions ludiques avec ceux-ci ainsi qu'un soutien et une cohésion familiale renforcée par cette expérience. À l'inverse, d'autres enfants racontent plutôt une expérience de confinement marquée par la solitude et rapportent le peu de disponibilité de leurs parents qui travaillent beaucoup ou sont stressés par la situation ou des interactions conflictuelles avec leur fratrie qui prennent racine dans le partage imposé de l'espace et le peu d'intimité et d'indépendance dont ils disposent. De la même façon, les relations amicales entretenues à travers différentes plateformes virtuelles ainsi que les nouvelles amitiés nées de jeux partagés avec les voisins sont centrales aux expériences positives du confinement, alors que la diminution de la fréquence et de l'intimité des relations avec les « meilleurs amis » en sont des défis importants. Finalement, la relation des jeunes avec eux-mêmes semble aussi au cœur des défis et opportunités qu'ils perçoivent au confinement, les jeunes rapportant profiter de cette période pour développer de nouveaux intérêts et de nouvelles activités

plus introspectives, tels le yoga ou l'écriture d'un journal intime, acquérant une meilleure connaissance d'eux-mêmes et un meilleur bien-être. On observe ainsi une interdépendance importante entre le bien-être relationnel des jeunes et leur appréciation du confinement, ainsi qu'une inégalité des conditions relationnelles qui charpentent l'expérience du confinement.

L'ensemble de ces éléments illustre comment la pandémie et les mesures sociosanitaires ont chamboulé le quotidien des familles, mais ont aussi participé à l'évolution des enfants et des parents rencontrés. On peut ainsi remarquer que des conséquences du confinement identifiées comme négatives ont permis différents cheminements. Par exemple, l'annulation de plusieurs activités a généré de la créativité chez les enfants et les parents, en plus de les amener à faire des découvertes, de nouveaux apprentissages et certaines prises de conscience – parce qu'ils ont dû prendre le temps de se poser. L'ennui identifié par plusieurs aura également permis d'expérimenter un rythme de vie plus lent, plus calme et d'approprier ces moments « à ne rien faire ». À ce sujet, Marie-Christine Brault (2020) souligne que l'ennui est perçu négativement dans les sociétés occidentales et qu'on gagnerait à s'attarder à ses aspects bénéfiques et à l'approprier. De plus, la perte de routine et de repères a contribué à créer un sentiment de liberté et d'autonomie chez les jeunes, amenant des changements positifs dans leurs habitudes de vie notamment en lien avec leur sommeil et le temps à l'extérieur. Finalement, le manque de contacts sociaux en face à face semble avoir fait naître une certaine conscience sociale, une solidarité et des démonstrations d'empathie envers des personnes qui sont soumises aux mêmes règles, mais qui sont peut-être moins privilégiées.

Cette étude comporte certaines limites relatives notamment à l'échantillonnage et à la méthode de collecte (à distance, au moyen de ressources informatiques). Il n'a pas été possible de rejoindre les familles évoluant dans des contextes de défavorisation socio-économique et très peu de pères (7,4 % de l'échantillon) ont participé. Ces personnes ont possiblement une expérience différente de la pandémie et des mesures sociosanitaires qu'il n'a pas été possible de capter dans cette étude. Par ailleurs, si nombreux sont ceux qui se sont dits préoccupés par la santé mentale des enfants et des adolescents pendant la pandémie (UNICEF, 2020; Fegert et al., 2020), très rares sont les études qui ont questionné les enfants eux-mêmes sur leur expérience des mesures sociosanitaires et leurs stratégies pour composer avec celles-ci. Une des forces de cette étude est d'avoir interrogé directement les enfants et écouté leurs histoires de confinement. Les résultats mettent d'ailleurs en lumière l'importance d'explorer l'expérience des jeunes des situations qu'ils vivent, plutôt que de se centrer uniquement sur les préoccupations et perceptions des

adultes sur les impacts de ces situations sur les enfants et les adolescents. En effet, les récits des jeunes participants illustrent la créativité et la flexibilité dont ils font preuve afin de développer ou d'entretenir des relations avec leur famille, leurs amis et avec eux-mêmes ce qui favorisent leur bien-être pendant cette période.

Conclusion

Les résultats de l'étude *Réactions* mettent en évidence certaines conséquences associées à une vision trop étroite de la vulnérabilité. Premièrement, en considérant que des situations habituellement jugées négatives ou non souhaitables fragilisent obligatoirement et de manière directe les personnes, on met un frein à l'exploration des potentialités que ces situations peuvent créer; elles permettent des évolutions intéressantes auxquelles nous devrions nous attarder. Deuxièmement, le fait que les services soient d'abord pensés en termes de problématiques et de difficultés identifie certaines personnes comme étant nécessairement plus « en besoin » que d'autres. Ainsi, en offrant des services dans l'optique de vouloir éviter ou réparer quelque chose, on reproduit une hiérarchie déjà existante en plaçant les personnes ciblées comme étant vulnérables en position inférieure (Milot & Hamrouni, 2020). Cela limite également les interventions ayant pour but de soutenir des compétences déjà présentes et de favoriser la promotion du bien-être : on attend qu'une difficulté survienne plutôt que de soutenir et d'encourager des initiatives qui permettent à l'ensemble de la population de s'entraider pour passer à travers des situations inconnues et difficiles.

Les résultats laissent également entrevoir un désir de rapprochement qui nous apparaît particulièrement fécond dans ce contexte où les échanges ont été limités. Suivant une conception ordinaire de la vulnérabilité, il est primordial de « créer des conditions qui permettent d'établir ou de restaurer des liens d'interdépendance et de couplage larges et solides dans [la] vie quotidienne » (Lacharité et al., 2020, p. 93) des familles. Ainsi, comment pouvons-nous mettre à profit la sensibilité des enfants et des parents pour autrui et ce sentiment d'être uni pour favoriser la mise en lien et la valorisation de l'interdépendance? Il serait intéressant de réfléchir à la manière dont les intervenants impliqués dans différentes organisations de services pourraient contribuer à générer et à promouvoir cette entraide entre les familles. Comment soutenir la création d'espaces d'échange et de partage dans la communauté pour que les enfants et les parents qui viennent de différents horizons aient la chance de se « rencontrer » et de se connaître même dans un contexte de distanciation

physique? Comment faire en sorte que les personnes puissent participer au mieux-être de tout un chacun?

Pour conclure, soulignons que plusieurs jeunes ont mentionné la pertinence de les sonder pour mieux comprendre leur réalité, leurs besoins et entendre leurs idées et pistes de solution. Ceci vient remettre sur la table l'importance de donner une voix aux familles quand vient le temps de mettre en place des mesures pour soutenir les familles. Ce genre de propos s'inscrit également dans la lignée des travaux qui dénoncent cette tendance problématique à « parler pour les autres » (*Speaking for others*) (Adams, 2005; Alcoff, 2009). Ainsi, afin de construire collectivement des solutions adaptées, il demeure nécessaire de pouvoir entendre les personnes principalement concernées.

Ça serait le fun justement d'avoir l'opinion des ados avant de prendre des décisions super importantes à notre sujet. Je comprends qu'ils n'auraient pas le temps de nous écouter, mais ce serait quand même important. Parce que tu sais, les adultes, le gouvernement prend des décisions pour eux, mais ils ont quand même un droit de parole, ils ont quand même un député (...) pour défendre leurs intérêts. Pis... les enfants, pas vraiment. [Fille, 15 ans]

Références

- Adams, T. E. (2005). Speaking for others: Finding the "whos" of discourse. *Soundings : An Interdisciplinary Journal*, 88, 331-345.
- Agence de santé publique du Canada (2020). *Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)*. Agence de santé publique du Canada. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/enfance-adolescence/programmes-initiatives/programme-action-communautaire-enfants-pace.html> Index
- Alcoff, L. M. (2009). The problem of speaking for others. Dans A. Y. Jackson & L.A. Mazzei (Éds.) *Voice in qualitative inquiry: Challenging conventional, interpretive, and critical conceptions in qualitative research* (pp.117-135). Londres : Routledge.
- Bowleg, L. (2020). We're not all in this together: On COVID-19, intersectionality, and structural inequality. *American journal of public health*, 110, 917.

- Brault, M.-C. (2020). *Les enfants se sont ennuyés durant le confinement? Normal, ils sont toujours occupés!* The conversation. Repéré à https://theconversation.com/les-enfants-se-sont-ennuyés-durant-le-confinement-normal-ils-sont-toujours-occupés-141936?fbclid=IwAR1MWncw-x3vfCADkMhqphatCXLoNnF_xKILfRDSm8FyNUJjWG0HjICG-I
- Gausman, J., & Langer, A. (2020). Sex and gender disparities in the COVID-19 pandemic. *Journal of Women's Health, 29*, 465-466.
- Child Outcomes Research Consortium (n.d.) *The World Health Organisation – Five Well-Being Index (WHO-5)*. Child Outcomes Research Consortium. Repéré à <https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/the-world-health-organisation-five-well-being-index-who-5/>
- Falardeau, É., & Simard, D. (2011). L'étude du rapport à la culture dans les pratiques enseignantes : le synopsis comme outil de réduction et d'organisation des données. *Recherches qualitatives, 30*, 96-121.
- Fergert, J.M., Vitiello, B., Plener, P.L., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescents mentale health : a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 14*, 2-11.
- Gervais, C., Côté, I., & Lalande, D. (2020). *Récits d'Enfants et d'Adolescents sur la COVID : Premier rapport d'étape*. [document inédit]. Rapport produit pour le Ministère de la Famille. Université du Québec en Outaouais.
- Gilson, E. (2014). *The ethics of vulnerability: A feminist analysis of social life and practice*. Londres : Routledge.
- Gierveld, J. D. J., & Tilburg, T. Van. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness. *Research on Aging, 28*, 582-598.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9 : Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med, 16*, 606-613.
- Lacharité, C., Goupil, E, Gagnier, J.-P., Lafantaisie, V., Baker, M., Rasmussen, H. & Déziel, N. (2020) Vulnérabilité et familles : enjeux conceptuels liés au développement d'une activité de formation professionnelle. Dans M. Boutanquoi & C. Lacharité (Éds.). *Enfants et familles vulnérables en protection de l'enfance* (pp. 81-95). Besançon : Presses Universitaires de Franche-Comté.
- Lafantaisie, V., Bérubé, A., & Milette-Brisebois, S. (2020) Définition des situations de négligence à l'intérieur de l'institution de la protection de la jeunesse : l'importance de la participation des parents. Dans M. Boutanquoi & C. Lacharité (Éds.). *Enfants et familles vulnérables en protection de l'enfance* (pp. 173-188). Besançon : Presses Universitaires de Franche-Comté
- Marteau, T. M., & Bekker, H. (1992). The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *British Journal of Clinical Psychology, 31*, 301-306.
- Milot, T., & Hamrouni, N. (2020) L'éthique de la vulnérabilité ordinaire et les théories sur les traumas : deux approches convergentes pour repenser les pratiques en protection de la jeunesse. Dans M. Boutanquoi & C. Lacharité (Éds.). *Enfants et familles*

- vulnérables en protection de l'enfance* (pp. 41-55). Besançon : Presses Universitaires de Franche-Comté.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2019). Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Balises de l'intervention. La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Morisset Bonapace, M. (2015). *Contribution des attitudes et motivations maternelles à l'expérience paternelle suivant la naissance d'un premier enfant* (Thèse de doctorat inédite). Université Laval, Québec.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd). Malakoff : Armand Colin.
- Smilkstein, M., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the family Apgar family function test. *Journal of Family Practice*, 15, 303-311.
- Stoecklin, D., Gervais, C., Kutsar, D., & Heite, C. (2021). Lockdown and Children's Well-Being: Experiences of Children in Switzerland, Canada and Estonia. *Childhood Vulnerability Journal*, 1-19.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471. Repéré à <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Templeton, A., Guven, S. T., Hoerst, C., Vestergren, S., Davidson, L., Ballentyne, S.,... Choudhury, S. (2020). Inequalities and identity processes in crises: Recommendations for facilitating safe response to the COVID-19 pandemic. *British Journal of Social Psychology*, 59, 674-685.
- Tircheret, P., & Zorn, N. (2020). *Inégaux face au coronavirus : constats et recommandations*. Montréal : Observatoire québécois des inégalités.
- Unicef. (2020). Social Science Support for COVID-19 : Lessons Learned Brief 3: Humanitarian Programme Recommendations for COVID-19 Based on Social Sciences Evidence from the DRC Ebola Outbreak Response.

Chapitre 2

Les réactions psychologiques des enfants à l'hospitalisation : une revue intégrative des écrits

Sonia Dubé, Marie Lacombe et Carl Lacharité

Avant-propos

Ce texte présente une synthèse des connaissances sur les réactions psychologiques observées auprès d'enfants en contexte d'hospitalisation. Ce domaine de connaissances nous amène, comme professionnel, comme chercheur, comme gestionnaire, à porter un regard, non pas sur la maladie de l'enfant et ses conséquences, mais plutôt sur sa relation avec l'environnement des soins. Un contexte dans lequel l'enfant, qui se développe, reçoit des soins. Ce rapport à cet environnement met en lumière une expérience de santé de l'enfant où l'on peut observer les répercussions des aspects particuliers du contexte hospitalier sur le comportement des enfants. L'enfant se développe au contact des environnements qui gravitent autour de lui. Le contexte hospitalier et la maladie sont des conditions de vulnérabilité particulières auxquelles l'enfant, sa famille et les soignants doivent composer. Nous tenterons, à travers ce chapitre de mettre en lumière ce que ce contexte peut nous apprendre sur cette vulnérabilité.

Introduction

Les effets de l'hospitalisation sur les comportements des enfants font l'objet de recherches depuis les années 1960 (Shields, 2001). Or, il n'existe pas une conception théorique et empirique unique pour circonscrire cette problématique. Plusieurs études empiriques présentent différents facteurs en relation avec l'enfant qui peut réagir à l'environnement hospitalier (Vessey, 2003). À l'intérieur de ce contexte, nous observons des manifestations de stress et d'anxiété, une communication parfois manquante, et des besoins parfois insatisfaits (Foster et al., 2016).

Historiquement, les premières études sur les effets de l'hospitalisation ont été mises au grand jour par les travaux de Spitz et son concept d'hospitalisme (Spitz, 1945, 1946). À l'époque d'après-guerre, les nombreux orphelinats et l'émergence des hôpitaux pédiatriques où les parents n'avaient pas droit de visite ont mis en lumière de graves problèmes d'attachement et de dépression chez les enfants. Les travaux sur l'attachement de John Bowlby (1951, 1953), notamment sur l'anxiété de séparation ont contribué à faire valoir la nécessité de la présence maternelle au chevet de l'enfant hospitalisé (Jolley, 2007; Platt, 1959). Outre l'anxiété de séparation, d'autres manifestations de l'enfant, issus de plusieurs travaux ont été identifiées et qualifiés « d'effets iatrogènes » à l'hospitalisation (Vessey et al., 1991). Depuis, l'approche centrée sur les familles dont le terme en anglais est *Family-Centred-Care* est une philosophie adoptée par les hôpitaux pédiatriques (Jolley & Shields, 2009). Il s'agit d'une approche de partenariat, de collaboration, de prise de décision et d'échange d'information avec les parents tout au long d'une trajectoire de services. Or, plusieurs travaux des cinquante dernières années révèlent certains effets délétères d'une approche familiale trop partiellement implantée dans les milieux de soins pédiatriques (Coyne, 2007; Coyne & Cowley, 2007; Kuo et al., 2012).

Plusieurs enjeux au sein des pratiques professionnelles, de la conceptualisation théorique des soins centrés sur les familles et de la gouvernance clinique hospitalière semblent freiner le déploiement d'une approche adaptée à l'endroit des parents et des enfants (Dubé et al., 2018). Par exemple, bien que l'approche centrée sur les familles vise à répondre aux besoins des enfants et des parents, les nombreuses définitions et les différents modèles de partenariat apportent une certaine confusion au sein des pratiques professionnelles. Certains dérapages ont été documentés et certaines frontières à ne pas franchir doivent être prises en compte. Les soins centrés autour des enjeux du travail des professionnels, des attentes cachées, du manque de clarification des rôles, et une lutte de pouvoir constituent des éléments d'une intervention familiale manquée (Mikkelsen & Frederiksen, 2011). Aussi, les services aux parents demeurent un enjeu pour la gouvernance clinique. Les professionnels tentent de personnaliser leurs pratiques en fonction des besoins psychosociaux des parents, mais ils doivent répondre aux exigences de leur organisation. Face à un manque de services destinés aux parents, les professionnels ne sont pas en mesure de les inviter à négocier les services pour eux (Aarthun & Akerjordet, 2014; Boily, 2012; Foster et al., 2010; Kirk, 2001). En conséquence, on considère les parents comme une ressource et non comme des parents qui ont eux-mêmes besoin de ressources pour devenir partenaires de l'équipe de soins et parents experts des soins de santé de leur enfant (Foster et al., 2010, 2016). Ces enjeux ont des impacts sur la transformation du rôle des

parents à l'endroit de l'enfant hospitalisé qui ne se concrétise pas de manière uniforme dans les pratiques hospitalières. La participation des parents aux soins de l'enfant hospitalisé se joue sur un continuum, passant de leur totale exclusion des soins de l'enfant à une certaine tolérance de leur présence (Davies, 2010), et qui va jusqu'à leur pleine responsabilité des soins à l'hôpital et à domicile (Coyne & Cowley, 2007). Suite à ce constat, les chercheurs s'intéressent à ce problème encore aujourd'hui et plusieurs études récentes documentent cette problématique (Dubé, 2019; Muscara et al., 2015; Shields, 2001; Stremler et al., 2017; Thompson et al., 2017).

Ce contexte particulier du rapport de l'enfant à l'hospitalisation met en lumière l'opposition encore présente de deux courants de pensée que l'on retrouve dans les écrits, notamment en sociologie : 1) l'opposition entre les savoirs médicaux et les savoirs psychologiques qui met en relief les besoins émotionnels de l'enfant dans un contexte largement dominé par le modèle médical et les règles institutionnelles de l'hôpital (Mougel, 2012); 2) influencées par le modèle médical, les pratiques psychosociales en place sont justifiées et orientées vers « l'enfant à risque », où il est clairement reconnu comme vulnérable au sein de la société (Brabant & Turmel, 2012). Cette conception de l'enfant comme étant vulnérable, oriente davantage les pratiques auprès de l'enfant négligé ou qui subit de la violence, qui vit dans la pauvreté, en raison de l'urgence psychosociale et des besoins développementaux de l'enfant non comblés (ministère de la Famille, 2016). Ces pratiques donnent lieu à des interventions de santé publique ciblées, comme celle de promouvoir le développement global des enfants par des approches intégrées dans la communauté, notamment l'école en santé et prévenir l'apparition de problèmes d'adaptation sociale et leurs conséquences. Or, ces activités de promotion du développement de l'enfant ne semblent pas incluses dans le dispositif institutionnel de soins hospitaliers (MSSS, 2015). En somme, les pratiques professionnelles envers les enfants sont reconnues dans la mesure où une condition sociale est perçue comme précaire et est associée à une vulnérabilité reconnue, ce qui n'est pas le cas des réactions psychologiques des enfants au contexte hospitalier. Ce chapitre présente une catégorie de difficultés observées, c'est-à-dire les réactions psychologiques des enfants à l'hospitalisation qui n'est pas une cible des programmes de santé publique ou de politiques à l'endroit de ces familles.

Afin de mieux comprendre et informer les cliniciens, les gestionnaires et les chercheurs de la réalité vécue de ces enfants, une revue intégrative des écrits a été réalisée. L'objectif consiste à synthétiser les connaissances sur les réactions psychologiques et les facteurs associés qui peuvent fragiliser les enfants

hospitalisés. Les réactions psychologiques des enfants à l'hospitalisation ont été recensées selon le modèle de Vessey (2003) qui s'opérationnalise en fonction de trois facteurs : biologique, cognitif et écologique (voir la figure 1). Ce cadre conceptuel est de nature multidimensionnelle, holistique et est issu de la science du développement (Magnusson, 1999). Cette revue intégrative des écrits permettra de reconnaître les réactions psychologiques chez les enfants comme des fenêtres d'opportunités, pour ajuster les pratiques professionnelles en fonction du besoin de l'enfant et lui assurer une trajectoire de développement optimale au cours de cette expérience de santé.

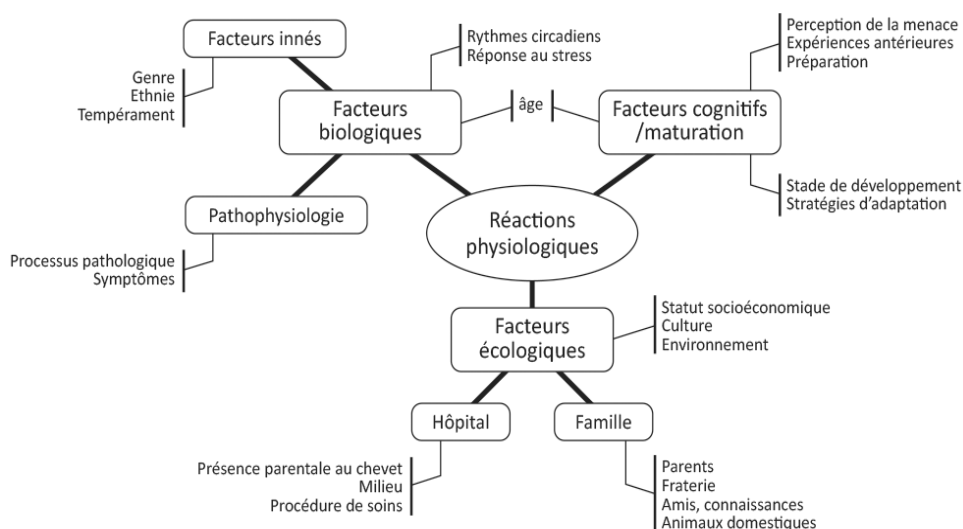


Figure 1 - Variables qui contribuent aux réponses psychologiques à l'hospitalisation des enfants selon les domaines de la science du développement (Source : Vessey, 2003)

Méthode

La méthode de revue intégrative proposée se base sur les étapes élaborées par Whitemore et Knafl (2005) et a été révisée par Hopia et al. (2016). Leurs travaux sur cette méthode préconisent cinq étapes : 1) l'identification du problème; 2) la recension des écrits; 3) l'évaluation des données; 4) l'analyse des données; 5) la présentation des résultats.

Identification du problème

La première étape d'une revue intégrative consiste à identifier et clarifier les concepts d'intérêt et cibler la population à l'étude. Dans cette revue intégrative, il a été convenu de cerner les modifications de comportement ou d'émotions des enfants suite à une expérience d'hospitalisation, et les facteurs qui sont susceptibles de les influencer. Les réponses psychologiques à l'hospitalisation sont de nature multidimensionnelle et ne se présentent pas comme une réaction de cause à effet (Vessey, 2003). Néanmoins, certaines réponses psychologiques à l'hospitalisation sont documentées et méritent une attention pour mettre en relation certains facteurs dans un contexte de rétablissement de l'état de santé de l'enfant. La population à l'étude est exclusivement les enfants qui ont vécu une expérience d'hospitalisation.

Recension des écrits

Afin de conduire une revue intégrative des écrits rigoureuse, les auteurs suggèrent d'établir une stratégie de recherche définie et ciblée (Hopia et al., 2016; Whittemore & Knafl, 2005). En collaboration avec une bibliothécaire expérimentée en sciences de la santé, une stratégie de recherche a été développée pour rechercher les études dans *Cumulative Index to Nursing and Allied Health literature* (CINAHL), Medline et Psychological and behavioral science collection. La stratégie de recherche de mots-clés a été inspirée des concepts issus du modèle de Vessey (2003) et inclut 1) les réponses psychologiques ou l'adaptation des enfants à l'hospitalisation et 2) le milieu de soin hospitalier. Ces concepts permettent de comprendre la réponse psychologique des enfants selon trois facteurs : 1) les facteurs biologiques, comme le tempérament, l'ethnie, le genre, les rythmes circadiens et la réponse au stress; 2) les facteurs cognitifs comme la perception de la menace, les premières expériences, la préparation aux procédures de soins, le stade de développement et les stratégies adaptatives; et 3) les facteurs écologiques qui décrivent les éléments contextuels pouvant influencer les réactions psychologiques des enfants : l'environnement hospitalier, la participation des parents aux soins, les procédures de soins, la famille, sa culture et son environnement social. Les mots-clés ont été identifiés par deux chercheurs de cette étude spécialisés dans le domaine des soins pédiatriques et par la bibliothécaire à partir des descripteurs de chaque moteur de recherche. Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) s'intéresser aux répercussions de l'hospitalisation sur les enfants, sur leurs réponses psychologiques, à une modification de comportements associée aux facteurs qui les influencent et aux stratégies d'adaptation des enfants, 2) s'intéresser à deux périodes temporelles,

l'une ou l'autre, pendant l'hospitalisation et/ou après l'hospitalisation, 3) relever les études originales, la littérature grise comprise si elle se révèle pertinente. Plus précisément celles issues des bases de données et de la thèse de doctorat de l'auteure principale, 4) relever des études en langue anglaise ou française, et tenter le plus possible de prendre des études réalisées de 1990 à 2020.

Évaluation des données et analyse des données

La stratégie de recherche, réalisée par les deux premières auteures de l'étude, a conduit à un total de 2630 articles (figure 2). Après la lecture des titres, 738 articles ont été sélectionnés en fonction des mots-clés. La lecture des résumés de chacun des articles, le retrait des doublons et l'ajout de références pertinentes repérées dans d'autres sources ont permis de retenir 183 articles pour une lecture complète et une première catégorisation des études par les chercheurs selon les facteurs biologiques, cognitifs ou écologiques. De ces lectures, 55 études ont été conservées et incluses dans notre revue intégrative. Les études retenues ont fait l'objet d'une analyse descriptive afin d'en dégager les caractéristiques qui s'apparentent au modèle de Vessey (2003) et les informations pertinentes en lien avec nos critères d'inclusion. Ensuite, nous avons procédé à une analyse intégrative et extrait les résultats selon les facteurs du modèle théorique Vessey (2003) : les réponses psychologiques, les facteurs biologiques, les facteurs cognitifs et les facteurs écologiques. L'annexe 1 présente les caractéristiques d'une sélection des principales études retenues et, à titre indicatif, l'annexe 2 décrit les caractéristiques de quelques-unes d'entre elles.

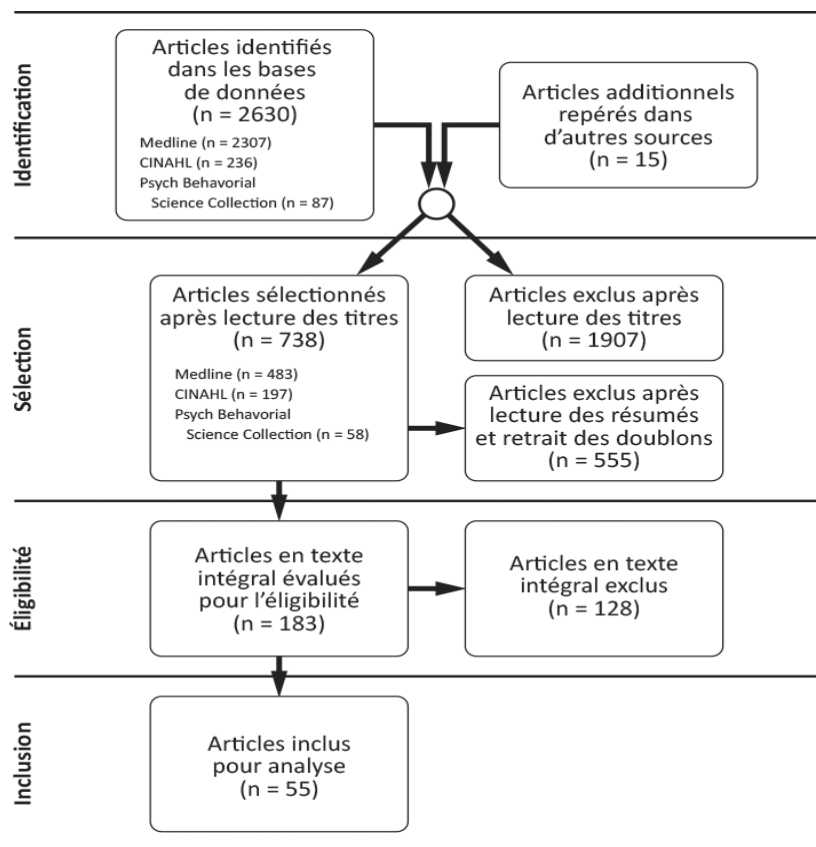


Figure 2 - Diagramme de flux pour la sélection des études (Source : Moher et al., 2009)

Résultats

Les réactions psychologiques

Les réactions psychologiques comprennent une multitude de manifestations que peut développer un enfant durant et après un séjour hospitalier. Cette section présente les études qui documentent les réactions psychologiques des enfants à l'hospitalisation et après l'hospitalisation sans toutefois les relier à des facteurs associés. Ainsi, la synthèse des travaux recensés révèle des manifestations différentes en regard des contextes suivants : l'unité de séjour générale en pédiatrie qui représente une unité de soins pour les problématiques de santé non urgentes ou chroniques, et l'environnement de soins intensifs dont l'état de santé de l'enfant nécessite une surveillance clinique très étroite et où le risque de mortalité est élevé.

L'unité de séjour générale en pédiatrie présente des effets sur les enfants connus depuis les années 1960. Les recherches plus anciennes nous révèlent que la théorie de l'attachement et la perspective transactionnelle et bien d'autres, ont permis de mieux comprendre les réactions des enfants à l'hospitalisation en général (Hodapp, 1982; Jolley, 2007). Les recherches plus récentes sont majoritairement réalisées dans un contexte de soins critiques et intensifs.

D'abord, les réactions psychologiques les plus souvent rapportées, dans le contexte hospitalier en général, concernent les comportements post-hospitaliers issus des travaux de Vernon et al. (1966). Les enfants présenteront, de manière variée, des comportements de régression, de l'anxiété lors de la routine du coucher, une perturbation alimentaire, des comportements plus agressifs vis-à-vis l'autorité, une attitude de retrait et d'apathie (Karling & Hägglöf, 2007; Karling et al., 2007; Rennick et al., 2002). Pour les enfants d'âge préscolaire après une chirurgie, plusieurs vont présenter de l'irritabilité, plus de cauchemars, un changement d'appétit et une anxiété de séparation (Rossen & McKeever, 1996).

Les recherches des dernières années révèlent que l'anxiété et les réactions émotionnelles et psychosociales sont les manifestations les plus documentées. L'anxiété est fréquente surtout lorsqu'une chirurgie est prévue. La peur de séparation, la perte de contrôle, la routine non familière, les instruments médicaux et l'environnement sont des sources d'anxiété (Caldas et al., 2004). L'anxiété est une manifestation qui prédispose à une amplification de la douleur et de réactions psychologiques après une hospitalisation (Foster & Park, 2012). Néanmoins, les interventions visant à réduire l'anxiété et à préparer l'enfant à la chirurgie se révèlent efficaces (Brewer et al., 2006). Une revue des écrits réalisée dans un contexte de chirurgie a démontré que l'anxiété préopératoire était le principal facteur contribuant aux réactions psychologiques négatives. Ces effets semblent généralement limités dans le temps et semblent réversibles (Caldas et al., 2004).

Certains enfants peuvent également présenter des difficultés émotionnelles après une hospitalisation (Park & Foster, 2015). Toutefois, ce ne sont pas tous les enfants qui réagissent au milieu hospitalier. Une étude a révélé que sur un échantillon de 80 enfants atteints d'une maladie chronique, seulement sept ont rapporté des signes de dépression, de détresse et d'anxiété à la suite d'un séjour hospitalier. Étonnamment, ces symptômes n'étaient pas associés aux procédures invasives ni à l'expérience d'hospitalisation. Dans cette étude, cette proportion d'enfants qui n'ont pas présenté de difficultés émotionnelles post-hospitalisation semble reliée au fait qu'ils s'étaient habitués

et adaptés à l'environnement hospitalier (Mabe et al., 1991). D'autres études ont démontré que des enfants, âgés environ entre deux et treize ans, pouvaient présenter des comportements internalisés (anxiété, dépression et somatisation) et externalisés (hyperactivité et agressivité) deux semaines après une chirurgie (Caldas et al., 2004; Karling & Hägglöf, 2007; Karling et al., 2007) ou d'opposition (Kledzik et al., 2012).

Outre les soins physiques, les enfants admis pour un séjour en psychiatrie ressentent eux aussi les effets de l'hospitalisation, mais leurs réactions psychologiques sont souvent interprétées comme des manifestations de leur trouble de santé mentale. Une étude a révélé auprès d'adolescents hospitalisés en psychiatrie que la séparation de leur famille et de leurs amis était un stress important. Ils ressentaient de la frustration et percevaient une perte de leur autonomie. L'environnement de l'unité de psychiatrie, comme les portes verrouillées, était pour eux un contexte très stressant. Ces stressors semblent plus susceptibles de limiter leur rétablissement et l'adaptation à l'hôpital (Causey et al., 1998).

L'environnement des soins intensifs pédiatriques constitue un milieu de soins susceptible d'engendrer un niveau de stress et de détresse élevée. La présence de la technologie imposante des moniteurs et des appareillages utilisés pour la surveillance clinique peut être impressionnante. Malgré les études dont l'intérêt est plus marqué dans ce contexte de soins, une étude a démontré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les réponses psychologiques chez les enfants hospitalisés sur une unité générale de soins et ceux ayant été hospitalisés aux soins intensifs (Rennick et al., 2002). Il est fréquent de retrouver les comportements post-hospitaliers comme la régression, l'anxiété lors de la routine du coucher, la perturbation alimentaire, les comportements agressifs vis-à-vis l'autorité, une attitude de retrait et d'apathie (Rennick et al., 2002; Rennick et al., 2004; Youngblut & Shiao, 1993). Le contexte des soins intensifs est un milieu très étudié pour comprendre comment les enfants réagissent à un niveau de stress relativement plus élevé en raison du risque de mortalité plus élevé. Plusieurs instruments de mesure différents, dans le cadre des études, sont utilisés auprès d'enfants pour expliquer les réactions psychologiques, notamment des instruments de mesure reliés au stress. Parmi les réactions psychologiques mesurées, on retrouve le sentiment de contrôle plus faible, les peurs médicales, et la réponse aux événements traumatiques qui s'apparentent au trouble de stress post-traumatique. Les études indiquent que ces enfants sont plus à risque de développer des séquelles psychologiques à six semaines et à six mois après un séjour aux soins intensifs (Rennick et al., 2002; Rennick et al., 2004). D'autres études s'avèrent plus mitigées en regard de ces facteurs. Les

enfants ne se souviennent pas nécessairement de leur séjour aux soins intensifs et leurs perceptions à l'endroit de leur expérience peuvent s'avérer positives et négatives. Certains se souviennent des professionnels, de leur famille et leurs amis de manière positive, mais aussi ils se souviennent de ne pas s'être sentis bien et se sentaient anxieux. La fatigue et le sentiment d'être effrayé et blessé sont les aspects les plus indiqués (Board, 2005). Comme pour une hospitalisation sur une unité générale, Small et Melnyk (2006) ont démontré dans une analyse secondaire prédictive la présence significative de comportements internalisés (anxiété, dépression et somatisation) et externalisés (hyperactivité et agressivité) des enfants âgés entre deux et sept ans à trois et six mois post-hospitalisation aux soins intensifs.

L'environnement des soins intensifs peut générer des symptômes de stress post-traumatique et des symptômes d'ordre psychiatrique. Certains enfants vivent suffisamment de stress pour être à risque de développer un syndrome de stress post-traumatique où ils se remémoreront des souvenirs délirants. Cependant, ces manifestations n'ont pas été reliées au niveau de développement cognitif de l'enfant, au tempérament ni au soutien familial (Rennick & Rashotte, 2009). On estime qu'environ 25 % des enfants étaient à risque de recevoir un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique (Rennick et al., 2002). Ces enfants sont aussi à risque de séquelles d'ordre psychiatrique jusqu'à six à douze mois après un séjour aux soins intensifs (Rennick & Rashotte, 2009). Une étude de cohorte finlandaise, pour sa part, a démontré que les enfants, atteints de maladies neurologiques et chromosomiques gardaient des séquelles psychologiques qui s'apparentent à des problèmes psychiatriques jusqu'à six ans après un séjour aux soins intensifs. Le dépistage de certains problèmes de santé mentale d'ordre psychiatrique observés concerne les aspects de symptômes émotionnels, de problème de conduites, d'hyperactivité/inattention, des problèmes relationnels avec les pairs, et les problèmes de comportements sociaux (Kyösti et al., 2019). En lien avec les désordres de nature psychiatrique, la dissociation a été observée suite à un traumatisme chez certains enfants dont la condition de santé nécessitait de nombreuses procédures invasives de soins spécifiquement dans le cadre de malformations congénitales anorectales. Ces enfants, dont leur corps faisait l'objet de nombreuses mutilations physiques, manifestaient une perturbation de la conscience et de la mémoire, une perception de l'environnement qui s'apparente à une dissociation psychologique, amnésie, dépersonnalisation, une confusion de la réalité, de son identité. Ces enfants peuvent également présenter des symptômes somatiques tels que des pertes sensorielles, une perte de contrôle moteur, une paralysie générale et des altérations de la vision, de l'audition, du goût et de l'odorat (Diseth, 2006).

Certaines études soulèvent d'autres réactions chez les enfants après un séjour aux soins intensifs, le syndrome de post soins intensifs et le délirium. Le syndrome de post soins intensifs peut provoquer des atteintes fonctionnelles, cognitives et psychologiques chez les enfants. Il se définit comme un groupe de symptômes physiques, cognitifs et psychologiques qui peuvent persister jusqu'à plusieurs mois voire des années. D'abord identifié chez les adultes, les professionnels de la santé l'observent davantage en milieu de soins pédiatriques. Par ailleurs, peu d'études nous permettent d'en comprendre exactement les causes. Des études présentent un profil de manifestations relatif à une importante faiblesse musculaire au niveau respiratoire ainsi qu'aux membres et qui peut compliquer le sevrage de la ventilation mécanique et augmenter la durée du séjour. Certains enfants présentent également une détérioration nutritionnelle lorsque la durée du séjour persiste au-delà de cinq jours. Les troubles émotionnels et des difficultés au plan social, cognitif et psychologique observés semblent reliés au manque de sommeil, à la sédation, à l'anxiété, à la peur ou au délirium (Drolet et al., 2020). Dû à la nature des interventions médicales et à la sédation importante administrée aux soins intensifs, le délirium est une manifestation régulièrement rencontrée, mais sous investiguée. Le délirium se présente comme un trouble complexe neuropsychiatrique et il peut être observé dans un contexte d'hospitalisation général comme aux soins intensifs. Il est aussi observé chez les enfants, comme chez les adultes. Les symptômes du délire fluctuent et la plupart des épisodes se produisent la nuit. Une revue systématique a révélé cinq caractéristiques principales observées chez les enfants : l'agitation, la désorientation, les hallucinations, l'inattention et la perturbation du cycle veille-sommeil (Holly et al., 2018).

Le contexte hospitalier dans lequel l'enfant interagit concerne aussi d'autres variables qui s'apparentent aux facteurs biologiques, cognitifs et écologiques comme le tempérament, le rythme circadien, les stades de développement, la participation des parents aux soins, les interventions des professionnels pour atténuer les réactions de l'enfant, l'organisation des services et la culture. Or, ces concepts, bien que pertinents, pourraient faire l'objet d'une recension pour chacun d'eux s'ils étaient pris isolément. Nous n'avons retenu que les études portant sur les facteurs associés aux réactions psychologiques des enfants au sein de la même étude.

Les facteurs biologiques

Ainsi, les facteurs biologiques contributifs aux réactions psychologiques concernent la maladie, les caractéristiques des enfants comme le genre, l'ethnie et le tempérament, la réponse biologique au stress et le rythme circadien

(Vessey, 2003). Cependant, les études empiriques récentes recensées n'ont démontré que quelques prédicteurs des réactions psychologiques. Parmi ces prédicteurs, nous retrouvons la sévérité de la maladie et la condition préexistante, l'âge de l'enfant et la douleur. Le genre n'était pas une variable associée aux réactions psychologiques (Bossert, 1994).

La sévérité de la maladie est une variable à considérer pour expliquer les réactions psychologiques. Les enfants souffrant de problèmes neurologiques et chromosomiques seront plus à risque de présenter des réactions psychologiques et psychiatriques après un séjour hospitalier (Kyösti et al., 2019; Rennick et al., 2014). On retrouve cette caractéristique à la fois pour les enfants qui ont séjourné sur une unité générale de pédiatrie et chez les enfants ayant été admis aux soins intensifs (Rennick et al., 2002). Néanmoins, cette condition de l'enfant nécessite plus de procédures intrusives et des visites répétées à l'hôpital. Au-delà de la sévérité de la maladie, ces enfants sont soumis à plus d'hospitalisations et de procédures invasives que les autres enfants. Ces conditions constituent des événements stressants pour tous les enfants, surtout s'ils démontrent plus d'anxiété et une détresse anticipée (Bossert, 1994; Karling & Hägglöf, 2007; McCarthy et al., 2010).

Les conditions préexistantes, comme celles de nature psychiatrique, expliqueraient les réactions psychologiques associées à des troubles psychiatriques après avoir séjourné aux soins intensifs (Dechnik & Traube, 2020; Kyösti et al., 2019). Par exemple, les caractéristiques comportementales de l'enfant comme les comportements internalisés et externalisés, et le tempérament avant l'hospitalisation ne s'estompent pas après l'hospitalisation. Au contraire, ils peuvent s'amplifier et prédire d'autres changements dans le comportement de l'enfant, notamment l'anxiété lors du coucher (Karling & Hägglöf, 2007; Kazak et al., 2005; Rennick et al., 2014; Small & Melnyk, 2006). Avoir un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention et d'hyperactivité ou un trouble anxieux avant l'hospitalisation sont des facteurs qui prédisposent aux réactions psychologiques après une intervention médicale (McCarthy et al., 2010). Aussi, les enfants gravement malades, admis sur une unité de soins intensifs, ceux qui présentent un score élevé de risque de mortalité et les enfants qui sont sous ventilation mécanique sont plus exposés au risque de développer des signes de délire. Les enfants souffrant d'un retard de développement ou d'un trouble anxieux préexistant sont également plus susceptibles de délirer. Les garçons sont légèrement plus susceptibles que les filles, bien que cette différence ne soit pas significative (Holly et al., 2018). Dechnik et Traube (2020) ajoutent que des problématiques neurologiques et cognitives préexistantes constituent des facteurs de risques.

L'âge de l'enfant est un prédicteur important des réactions psychologiques après l'hospitalisation. Les études dont l'intervalle d'âge des enfants était plus grand ont démontré que les réactions psychologiques étaient plus marquées chez les plus jeunes de moins de cinq ans (Rennick et al., 2002). On retrouve aussi cette caractéristique auprès des enfants atteints de troubles neurologiques et admis aux soins intensifs (Kyösti et al., 2019). Le jeune âge de l'enfant, en deçà de deux ans, est également un facteur de risque de délirium aux soins intensifs (Dechnik & Traube, 2020).

La douleur s'est révélée un précurseur important pour expliquer les réactions psychologiques des enfants (Karling & Hägglöf, 2007; Rennick et al., 2014), et de troubles psychiatriques chez les enfants atteints de maladies neurologiques et chromosomiques après l'hospitalisation (Kyösti et al., 2019). Une étude a aussi démontré que la douleur était associée aux symptômes dissociatifs chez certains enfants, aux événements traumatiques stressants et à l'environnement médical (Diseth, 2006).

Les facteurs cognitifs

Les facteurs cognitifs reliés aux réactions psychologiques identifiés dans les écrits sont les suivants : l'expérience des enfants, le développement cognitif et les stratégies d'adaptation à l'hospitalisation.

L'expérience des enfants à la maladie et l'expérience subjective lors de l'admission à l'unité de soins ou aux événements médicaux peuvent nous renseigner sur l'événement perçu comme stressant (Kazak et al., 2005; Rennick et al., 2014). Les enfants peuvent rencontrer de nombreux stressors au cours de l'hospitalisation. Cependant, le contexte de soins intensifs peut se révéler plus intense à supporter. Lors de l'admission aux soins, les perceptions des enfants et de leurs familles de l'environnement des soins intensifs font l'objet de quelques études.

Les enfants ne se souviennent pas nécessairement de leur séjour aux soins intensifs et leurs perceptions à l'endroit de leur expérience peuvent s'avérer positives et négatives. Certains se souviennent des professionnels, de leur famille et de leurs amis de manière positive (Board, 2005). Mais d'autres se souviendront d'une expérience de mort imminente, ce qui suggère une expérience reliée davantage à la condition précaire liée à la maladie plutôt que le milieu de soins intensifs (Rennick & Rashotte, 2009). Il s'agit d'un biais à considérer. Néanmoins, plusieurs enfants se sentent effrayés et ont peur lors des procédures invasives et douloureuses (intubation, pose de cathéter, réanimation

cardiaque, etc) (Benner, 2002). Une étude qualitative de Coyne (2006) a décrit l'expérience des peurs médicales des enfants. Les résultats démontrent que les peurs étaient reliées à la séparation de la famille et aux amis, ce qui occasionnait une perturbation de la routine; la peur d'être dans un environnement non familial, ce qui provoquait une peur de l'inconnu, un environnement étranger et la peur des professionnels. Les enfants n'aimaient pas les bruits sur l'unité, les lumières, l'environnement trop chaud, la nourriture et de manquer de jeu. Ils ont mentionné avoir peur des traitements, des aiguilles, des erreurs de médicaments, de la mutilation, de la douleur, de l'altération de leur image et la peur de mourir. D'autres ont mentionné avoir peur de la perte de leur autodétermination, c'est-à-dire la perte de leur indépendance, la restriction des activités, et de manquer de contrôle (Coyne, 2006). Une étude narrative, auprès d'enfants de 6 à 17 ans, a apprécié de manière positive leur relation avec les professionnels et les activités sur l'unité. Les aspects de l'environnement médical perçus négativement étaient les intraveineuses, les alarmes des moniteurs et l'inconfort physique (Clark et al., 2019). D'autres études ont relevé que les enfants se sont dit particulièrement alertes et anxieux aux traitements et aux procédures de soins.

Leurs perceptions se retrouvent déformées et amplifiées en raison de leurs habiletés cognitives plus limitées à comprendre la situation de manière objective (Rennick & Rashotte, 2009). Certains enfants peuvent ressentir un sentiment de dépersonnalisation lorsque leur condition de santé nécessite une attention médicale soutenue sur leur corps ou encore une expérience de détresse pour certains enfants (Benner, 2002). Il n'est pas surprenant de constater que l'expérience des enfants aux soins intensifs se vit différemment de celles des parents et des infirmières (Rennick & Rashotte, 2009). Sur une unité générale de pédiatrie, l'expérience des enfants diabétiques lors d'une première expérience d'hospitalisation semble se concentrer sur le rapport au corps. Ces enfants perçoivent un environnement étrange, mais confortable, plus convivial, intime avec leurs parents. Ils apprécient avoir un espace pour eux. Ils doivent surtout s'adapter à leur nouvelle maladie (Ekra & Gjengedal, 2012).

Le **développement cognitif** est un facteur important pour anticiper l'hospitalisation. Les enfants plus vieux seront plus en mesure de conceptualiser la maladie ce qui facilitera une meilleure adaptation à l'hospitalisation (Carson et al., 1992). Les habiletés cognitives permettent de mieux maîtriser la peur et la perception des stressors liés aux procédures invasives de soins et à l'environnement hospitalier (Hägglöf, 1999).

Les enfants adopteront des comportements selon leur âge pour s'adapter au contexte hospitalier. Il existe peu d'études récentes sur le sujet. La majorité des études sur le sujet ont été publiées dans les années 1970. Ces travaux indiquent que les jeunes enfants adopteront des comportements de contrôle verbal ou physique, de résistance face aux procédures invasives et d'évitement. Dans la mesure où les ressources de l'enfant ne peuvent surpasser l'événement hospitalier stressant, ils adopteront un comportement de régression (Vulcan, 1984). D'autres mécanismes de défense ont été identifiés dans ce contexte : le déni, l'identification, la projection, la répression, des comportements de compensation, des comportements plus adaptés comme la créativité, le contrôle, le jeu et le dessin, l'exploration, l'information, la socialisation et les rituels (Barnes et al., 1990). Des écrits plus récents ont identifié des comportements de vigilance, d'évitement, et d'évitement-vigilance (LaMontagne, 2000). Les résultats d'une étude plus récente auprès d'enfants âgés de quatre à six ans révèlent que les enfants utilisent plusieurs stratégies d'adaptation à l'hospitalisation. Prendre part de manière active fait partie des stratégies les plus dominantes. Lors des procédures de soins, les enfants apprécient avoir l'impression d'avoir le contrôle sur la situation et recevoir de l'information (Corbo-Richert et al., 1993; Salmela et al., 2010). Malgré tout l'inventaire de stratégies que les enfants peuvent utiliser, il semblerait que, quelle que soit la condition chronique ou de nature critique, le nombre de stratégies utilisées par les enfants est le même (Ritchie et al., 1988; Spirito & Stark, 1994). Mais la différence est notable chez les enfants qui présentent un niveau de détresse plus élevé qui nécessite une aide extérieure pour aider l'enfant à la résolution de problème, le soutien social et la pensée réflexive (Spirito & Stark, 1994). L'utilisation des stratégies d'adaptation plus efficace par les mères tend à réduire le niveau d'anxiété de l'enfant (Burns-Nader et al., 2014).

Les stratégies d'adaptation chez les enfants sont variées et certains facteurs peuvent limiter l'inventaire de stratégies d'adaptation de l'enfant à l'hospitalisation. Les enfants qui présentent des difficultés de comportements internalisés et externalisés durant l'hospitalisation et dont la mère présente de l'anxiété sont prédisposés à de plus faibles capacités à s'adapter trois mois après une hospitalisation (Small & Melnyk, 2006). Parmi les stratégies qui démontrent une difficulté à s'adapter, surtout si l'hospitalisation n'était pas anticipée, l'enfant présentera une anxiété de séparation, de la régression, du détachement, de l'hyperactivité, de la tristesse, du retrait et de l'agressivité. Les garçons sont plus à risque de développer des difficultés d'adaptation après l'hospitalisation (Small et al., 2009).

Les facteurs écologiques

Les facteurs écologiques identifiés dans les écrits empiriques et qui prédisent les réactions psychologiques sont : le contexte d'hospitalisation, la famille, et le moment de l'induction à l'anesthésie en vue d'une chirurgie.

Le contexte d'hospitalisation dont les conditions d'admission, la durée de séjour et la médication sédatrice sont des prédicteurs de stress post-traumatique jusqu'à trois ans après un séjour aux soins intensifs (Kazak et al., 2005; Rennick et al., 2014). En raison de la médication sédatrice reçue pour soulager la douleur, certains enfants n'auront aucun souvenir de l'environnement des soins intensifs (Board, 2005). Les événements traumatiques liés au contexte hospitalier peuvent aussi être reliés au délirium chez les enfants hospitalisés aux soins intensifs. Le délirium peut se manifester à la suite de traitements (par exemple, la ventilation mécanique,) et à un environnement hospitalier (comme une unité de soins intensifs) qui prive les patients de cycles sommeil-éveil normaux et de routines familiales (Holly et al., 2018). Les études indiquent que le nombre de procédures invasives (l'intubation, la ventilation mécanique, les piqures, etc.) est un prédicteur important des réactions psychologiques jusqu'à six semaines et six mois après un séjour hospitalier (Rennick et al., 2014; Rennick et al., 2002). Les procédures invasives médicales répétées et chroniques auprès d'enfants atteints de malformation congénitale anorectale et les événements stressants perçus peuvent être aussi des prédicteurs des troubles de dissociation (Diseth, 2006). L'utilisation de méthodes de restriction physique (contention) pour effectuer les procédures médicales sur les enfants constitue un événement stressant (Brenner, 2007).

La famille inclut la plupart du temps, les parents. Or, l'anxiété des parents – un facteur familial – ainsi que leur niveau de stress et les complications médicales de l'enfant qui occasionnent des réadmissions sont des facteurs potentiels des réactions psychologiques des enfants (Rennick et al., 2014; Small & Melnyk, 2006). Une étude révèle que la prise en charge des soins de l'enfant par les mères contribuait à la présence de comportements internalisés chez l'enfant, et le niveau d'anxiété des mères prédisait les comportements externalisés à trois mois et à six mois après l'hospitalisation (Small & Melnyk, 2006). Ces résultats sont corroborés également par une autre étude qui investiguait les facteurs psychosociaux associés au stress post-traumatique chez l'enfant hospitalisé aux soins intensifs. Les résultats révèlent que la structure familiale et les ressources familiales pré-traumatiques ont été associées aux manifestations de stress post-traumatique de l'enfant après l'hospitalisation aux soins intensifs (Sadeh et al., 2020). L'étude de Youngblut & Shiao (1993) a

également démontré que les préoccupations parentales et le stress des parents liés à l'environnement des parents ne prédisaient pas de difficultés sur le plan du fonctionnement familial. Par ailleurs, la cohésion familiale des mères semblait diminuer après le séjour de l'enfant aux soins intensifs. Une autre étude récente a démontré également que le stress post-traumatique chez l'enfant affectait les parents, mais n'affectait pas le fonctionnement familial après l'admission aux soins intensifs (Nelson et al., 2019).

L'induction à l'anesthésie constitue un moment fort angoissant pour un bon nombre d'enfants et de parents. L'anxiété que manifestent l'enfant et ses parents prédit les problèmes de comportements de l'enfant après la chirurgie, et ce, indépendamment de la sédation reçue (Karling et al., 2007). La prémédication utilisée chez les enfants pour réduire l'anxiété avant une chirurgie électorale semble au contraire protéger l'enfant des réactions psychologiques après l'hospitalisation (Karling et al., 2007). D'autres résultats ont démontré que la présence de la mère durant l'induction à l'anesthésie (prémédication) de l'enfant et l'information transmise sur la chirurgie ne permettaient pas une atténuation de l'anxiété de l'enfant ni des changements de comportements ni de la mère après la chirurgie (Akinci et al., 2008). Par contre, une étude sur 252 enfants a évalué les facteurs de séparation parentale lors de l'induction à l'anesthésie à l'induction à l'anesthésie. Il appert que six pour cent d'entre eux éprouvaient de la difficulté à se séparer de leur parent, et 22 % n'étaient pas coopératifs. Les analyses ont démontré que les parents étaient les mieux placés pour prédire les difficultés de comportements lors de l'induction à l'anesthésie et qu'ils constituaient une source fiable pour prévenir les difficultés de comportements (Voepel-Lewis et al., 2000). Les résultats d'une autre étude ont révélé que l'anxiété élevée des enfants, trois mois après la chirurgie, était associée davantage à la durée du séjour à l'hôpital et au niveau d'éducation des parents (Naldan et al., 2018). Une autre étude indique que la présence maternelle serait plus aidante que la présence des pères pour aider l'enfant à contenir son anxiété et à accepter l'induction à l'anesthésie. Si les parents sont présents lors de l'induction à l'anesthésie, la prémédication ne semble pas bénéfique. De toute évidence, les parents sont les mieux placés pour juger de leur présence lors de l'induction à l'anesthésie. Mais si les parents présentent de l'anxiété, cela contribuera à augmenter le stress de l'enfant lors de l'induction (Messeri et al., 2004).

Dans un même ordre d'idée, la séparation d'avec les parents lors de l'hospitalisation génère des peurs et des préoccupations pour les enfants hospitalisés. Selon la perspective des enfants, les réactions négatives sont causées non pas à cause de la maladie, mais en raison de la séparation des

parents et de leur foyer. Les réactions négatives des enfants à la séparation des parents semblent dépendre de la manière dont ils sont reçus à l'hôpital. Permettre aux parents de rester au chevet de l'enfant est d'une grande importance pour ce dernier (Crnković et al., 2009). Les facteurs reliés au contexte hospitalier que relatent les enfants concernent la peur de subir une opération et des interventions, la peur de la douleur, le fait de rester loin de leur famille pendant l'hospitalisation et d'être séparés de leurs parents et d'inquiéter leur famille lorsqu'ils tombent malade (Öztürk Şahin & Topan, 2019). L'hospitalisation est un environnement étranger pour les enfants qui les confrontent généralement à des procédures invasives sur leurs corps. Le manque de temps de préparation pour l'intervention, et la faible capacité de distraire le parent durant l'intervention sont les facteurs qui prédisposent aux réactions psychologiques (McCarthy et al., 2010).

Discussion

L'objectif de cette revue intégrative visait à synthétiser les connaissances empiriques sur les facteurs qui contribuaient aux réactions psychologiques des enfants hospitalisés. Les études empiriques ont permis de rendre compte des dimensions étudiées du cadre conceptuel depuis les années 1990-2000 en regard de ce contexte de soins que côtoient, de temps à autre, enfants et parents. Quelques constats se dégagent de l'analyse.

Premièrement, les résultats de cette synthèse mettent en lumière le fait que le contexte des soins intensifs est le milieu le plus étudié comparativement à l'unité générale de pédiatrie. La culture médicale tend à s'intéresser aux problématiques les plus complexes. Pourtant, les enfants peuvent tous réagir aux environnements hospitaliers. Il y a peu de différence significative entre les réponses psychologiques chez les enfants hospitalisés sur une unité de soins intensifs et ceux ayant été hospitalisés sur une unité générale de pédiatrie (Rennick, et al., 2002). L'unité générale de pédiatrie, les consultations médicales ambulatoires, une chirurgie planifiée ou non peuvent comporter des événements traumatiques ou faire surgir des peurs médicales, des réactions émotionnelles, et des changements de comportements, et ce, indépendamment de la condition de santé de l'enfant. Il est fréquent de retrouver les comportements post-hospitaliers comme la régression, l'anxiété lors de la routine du coucher, la perturbation alimentaire, les comportements agressifs vis-à-vis l'autorité, une attitude de retrait et d'apathie. La différence entre ces deux contextes est que celui des soins intensifs, en raison de son appareillage et d'une technologie imposante, offre des occasions plus nombreuses de susciter des

réactions psychologiques comme le délirium, le syndrome post-soins intensifs et le syndrome de stress post-traumatique.

Deuxièmement, certains facteurs, prédicteurs des réactions psychologiques chez les enfants hospitalisés ont été documentés plus que d'autres. Parmi les facteurs biologiques, nous retrouvons la sévérité de la maladie et la condition préexistante, l'âge de l'enfant et la douleur. Le genre n'était pas une variable associée aux réactions psychologiques des enfants. Les facteurs cognitifs reliés aux réactions psychologiques identifiés dans les écrits mettent en lumière les particularités de l'expérience des enfants ou la perception de la menace, le développement cognitif et les stratégies d'adaptation à l'hospitalisation. Enfin, malgré les nombreux facteurs écologiques possibles qui sont susceptibles d'engendrer des réactions psychologiques, seul le contexte d'hospitalisation comme l'admission, la durée de séjour, la médication sédatrice, et la famille ont été documentés. Concernant la famille, très peu d'études font état des pères. Les études qui ont inclus les dyades parent-enfant avaient été menées, pour la majorité, avec des mères. Considérant l'importance du rôle du père dans le développement de son enfant (Lamb, 2010), notamment pour surmonter les défis (Dubeau & Devault, 2009), il serait intéressant d'étudier les dyades père-enfant lors de l'induction à l'anesthésie, ou lors des procédures invasives de soins et observer les stratégies adaptatives des enfants et des adolescents.

Troisièmement, le cadre conceptuel a conduit à une catégorisation des réactions psychologiques selon différents facteurs biologiques, cognitifs et écologiques. On retrouve une proximité évidente entre certaines composantes, ce qui peut limiter notre compréhension pour chacun des contextes d'hospitalisation. Les études empiriques recensées présentent des réactions psychologiques étudiées selon différents angles théoriques, psychologiques et médicales. Les facteurs biologiques et cognitifs ont été largement étudiés en médecine et en psychologie. Toutefois, c'est en sciences infirmières et en psychologie que l'on retrouve le plus d'études empiriques portant sur les facteurs écologiques liés aux réactions psychologiques. Le contexte hospitalier, comme un environnement favorable au développement de l'enfant, ne semble pas visé comme un contexte d'étude dans les savoirs biomédicaux. L'interrelation et la complexité de ces manifestations, perçues par différentes disciplines, mettent en lumière la nécessité d'intégrer les composantes dans un modèle intégrateur et interdisciplinaire tel que le modèle de Vessey.

Cette revue des écrits comporte des limites méthodologiques. Malgré la rigueur utilisée pour sélectionner les articles de recherches, il a été difficile de

cerner les mots-clés en lien avec ce contexte. Ainsi, cette revue intégrative ne permet pas de rendre compte de toutes les variables qui contribuent exclusivement aux réactions psychologiques des enfants après un séjour hospitalier. Le champ de recherche étant très large, il est difficile d'en saisir toutes les nuances. Il se peut que certains résultats pertinents n'aient pu être recensés. De plus, la qualité méthodologique des études n'a pas été évaluée dans le cadre de cette revue intégrative des écrits.

Conclusion

Cette recension des études a permis de considérer l'hospitalisation comme un environnement institutionnel où l'enfant est susceptible de vivre une expérience de vulnérabilité, même en l'absence de facteurs de risque reconnus. Il importe de réaliser plus d'études dans ce domaine afin de sensibiliser les professionnels, les gestionnaires et les chercheurs à une plus grande reconnaissance sociale du parcours développemental des enfants et leurs parents dans leur rapport au dispositif institutionnel de soins. Les réactions psychologiques des enfants hospitalisés sont le reflet d'une inadaptation psychosociale au contexte hospitalier en raison de certains besoins émotionnels non comblés. Bien que l'on considère un enfant à risque lorsque ses besoins développementaux sont compromis, cette inadaptation psychosociale ne serait-elle pas le résultat d'une situation à risque de vulnérabilité? Si on ne se représente pas socialement ces enfants comme à risque, cette étude aura du moins examiné les jalons d'un problème psychosocial important auquel il importe d'agir.

Références

- Aarthun, A., & Akerjordet, K. (2014). Parent participation in decision-making in health-care services for children: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22, 177-191. doi : 10.1111/j.1365-2834.2012.01457.x
- Akinci, S. B., Köse, E. A., Ocal, T., & Aypar, U. (2008). The effects of maternal presence during anesthesia induction on the mother's anxiety and changes in children's behavior. *The Turkish journal of pediatrics*, 50, 566-571.
- Barnes, C. M., Bandak, A. G., & Beardslee, C. I. (1990). Content analysis of 186 descriptive case studies of hospitalized children. *Maternal-Child Nursing Journal*, 19, 281-296.
- Benner, P. (2002). Current controversies in critical care. Caring for the silent patient. *American Journal of Critical Care*, 11, 480-481.

- Board, R. (2005). School-age children's perceptions of their PICU hospitalization. *Pediatric nursing*, 31, 166-175.
- Boily, C. (2012). *Consultation réalisée dans le cadre du rapport d'appréciation de la performance des soins et services en périnatalité et en petite enfance*. Québec : Gouvernement du Québec. Le Commissaire à la santé et au bien-être.
- Bossert, E. (1994). Stress Appraisals of Hospitalized School-Age Children. *Children's Health Care*, 23, 33. doi: 10.1207/s15326888chc2301_3
- Bowlby, J. (1951). *Soins maternels et santé mentale*. (2^e éd.). Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Bowlby, J. (1953). *Child care and the growth of love*. Baltimore, MD : Penguin Books.
- Brabant, L. H., & Turmel, A. (2012). La construction de l'enfant à risque, d'hier à aujourd'hui. Dans L. H. Brabant & A. Turmel (Éds.), *Les figures de l'enfance : un regard sociologique* (pp. 49-66). Cap-Rouge, Québec : Presses Inter Universitaires.
- Brenner, M. (2007). Child Restraint in the Acute Setting of Pediatric Nursing: An Extraordinarily Stressful Event. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30, 29-37. doi : 10.1080/01460860701366658
- Brewer, S., Gleditsch, S. L., Syblik, D., Tietjens, M. E., & Vacik, H. W. (2006). Pediatric anxiety: child life intervention in day surgery. *Journal of pediatric nursing*, 21, 13-22.
- Burns-Nader, S., Hernandez-Reif, M., & Porter, M. (2014). The relationship between mothers' coping patterns and children's anxiety about their hospitalization as reflected in drawings. *Journal of child health care*, 18, 6-18. doi : 10.1177/1367493512468361
- Caldas, J. C. S., Pais-Ribeiro, J. L., & Carneiro, S. R. (2004). General anesthesia, surgery and hospitalization in children and their effects upon cognitive, academic, emotional and sociobehavioral development - a review. *Paediatric anaesthesia*, 14, 910-915.
- Carson, D. K., Gravely, J. E., & Council, J. R. (1992). Children's prehospitalization conceptions of illness, cognitive development, and personal adjustment. *Children's Health Care*, 21, 103-103. doi : 10.1207/s15326888chc2102_6
- Causey, D. L., McKay, M., Rosenthal, C., & Darnell, C. (1998). Assessment of hospital-related stress in children and adolescents admitted to a psychiatric inpatient unit. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 11, 135-145.
- Clark, M. E., Carleton, M. E., Cummings, B. M., & Noviski, N. (2019). Children's Drawings With Narratives in the Hospital Setting: Insights Into the Patient Experience. *Hospital pediatrics*, 9, 495-500. doi : 10.1542/hpeds.2018-0170
- Corbo-Richert, B., Caty, S., & Barnes, C. M. (1993). Coping behaviors of children hospitalized for cardiac surgery: a secondary analysis. *Maternal-Child Nursing Journal*, 21, 27-36.
- Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*, 10, 326-336.
- Coyne, I. (2007). Disruption of parent participation : nurses' strategies to manage parents on children's wards. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3150-3158. doi : 10.1111/j.1365-2702.2006.01928.x

- Coyne, I., & Cowley, S. (2007). Challenging the philosophy of partnership with parents: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 893-904. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.002>
- Crnković, M., Divčić, B., Rotim, Z., & Corić, J. (2009). Emotions and experiences of hospitalized school age patients. *Acta clinica Croatica*, 48, 125-135.
- Davies, R. (2010). Marking the 50th anniversary of the Platt Report: from exclusion, to toleration and parental participation in the care of the hospitalized child. *Journal of Child Health Care*, 14, 6-23. doi: 10.1177/1367493509347058
- Dechnik, A., & Traube, C. (2020). Delirium in hospitalised children. *The Lancet. Child & adolescent health*, 4, 312-321. doi : 10.1016/S2352-4642 (19) 30377-3
- Diseth, T. H. (2006). Dissociation following traumatic medical treatment procedures in childhood: a longitudinal follow-up. *Development and psychopathology*, 18, 233-251.
- Drolet, R., L'Espérance, S., Nourissat, A., & Rhainds, M. (2020). *Interventions interdisciplinaires en réadaptation précoce aux soins intensifs pédiatriques*. Québec : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé [UETMIS], CHU de Québec-Université Laval.
- Dubé, S. (2019). *Les comportements de l'enfant après un séjour hospitalier et les cognitions et conduites des mères et des pères : une perspective écologique et transactionnelle* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières.
- Dubé, S., Lacharité, C., & Lacombe, M. (2018). Problématisation de la participation parentale aux soins de l'enfant hospitalisé : une compréhension écosystémique de la parentalité. *L'infirmière clinicienne*, 15, 1-14.
- Dubeau, D., & Devault, A. (2009). La mère et le père, du parent au couple parental. Dans C. Lacharité & J. P. Gagnier (Éds.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir : Repères conceptuels et stratégies d'action* (pp77-99). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Ekra, E. M. R., & Gjengedal, E. (2012). Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness--a phenomenological study of children's lifeworld in the hospital. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 7, 18694. doi: 10.3402/qhw.v7i0.18694
- Foster, M., Whitehead, L., & Maybee, P. (2010). Parents' and health professionals' perceptions of family centred care for children in hospital, in developed and developing countries: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1184-1193. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2010.05.005
- Foster, M., Whitehead, L., & Maybee, P. (2016). The Parents', Hospitalized Child's, and Health Care Providers' Perceptions and Experiences of Family-Centered Care Within a Pediatric Critical Care Setting: A Synthesis of Quantitative Research. *Journal of Family Nursing*, 22, 6-73. doi : 10.1177/1074840715618193
- Foster, R. L., & Park, J.-h. (2012). An integrative review of literature examining psychometric properties of instruments measuring anxiety or fear in hospitalized children. *Pain management nursing*, 13, 94-106. doi : 10.1016/j.pmn.2011.06.006
- Hägglöf, B. (1999). Psychological reaction by children of various ages to hospital care and invasive procedures. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992). Supplement*, 88, 72-78.

- Hodapp, R. M. (1982). Effects of Hospitalization on Young Children: Implications of Two Theories. *Children's Health Care*, 10, 83-86. doi : 10.1080/02739615.1982.10383056
- Holly, C., Porter, S., Echevarria, M., Dreker, M., & Ruzehaji, S. (2018). CE : Original Research: Recognizing Delirium in Hospitalized Children: A Systematic Review of the Evidence on Risk Factors and Characteristics. *The American journal of nursing*, 118, 24-36. doi : 10.1097/01.NAJ.0000532069.55339.f9
- Hopia, H., Latvala, E., & Liimatainen, L. (2016). Reviewing the methodology of an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, 662-669. doi : 10.1111/scs.12327
- Jolley, J. (2007). Separation and psychological trauma: a paradox examined. *Paediatric nursing*, 19, 22-25.
- Jolley, J., & Shields, L. (2009). The evolution of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24, 164-170. doi : 10.1016/j.pedn.2008.03.010
- Karling, M., & Hägglöf, B. (2007). Child behaviour after anaesthesia: association of socioeconomic factors and child behaviour checklist to the Post-Hospital Behaviour Questionnaire. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 96, 418-423.
- Karling, M., Stenlund, H., & Hägglöf, B. (2007). Child behaviour after anaesthesia: associated risk factors. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 96, 740-747.
- Kazak, A. E., Kassam-Adams, N., Schneider, S., Zelikovsky, N., Alderfer, M. A., & Rourke, M. (2005). An Integrative Model of Pediatric Medical Traumatic Stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 343-355. doi: 10.1093/jpepsy/jsj054
- Kirk, S. (2001). Negotiating lay and professional roles in the care of children with complex health care needs. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 593-602. doi : 10.1046/j.1365-2648.2001.01788.x
- Kledzik, A. M., Thorne, M. C., Prasad, V., Hayes, K. H., & Hines, L. (2012). Challenges in treating oppositional defiant disorder in a pediatric medical setting: a case study. *Journal of pediatric nursing*, 27, 557-562. doi : 10.1016/j.pedn.2011.06.006
- Kuo, D., Houtrow, A., Arango, P., Kuhlthau, K., Simmons, J., & Neff, J. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Maternal & Child Health Journal*, 16, 297-305. doi : 10.1007/s10995-011-0751-7
- Kyösti, E., Ala-Kokko, T. I., Ohtonen, P., Peltoniemi, O., Ebeling, H., Spalding, M., ... Liisanantti, J. H. (2019). Strengths and Difficulties Questionnaire Assessment of Long-Term Psychological Outcome in Children After Intensive Care Admission. *Pediatric critical care medicine*, 20, e496-e502. doi : 10.1097/PCC.0000000000002078
- Lamb, M. E. (2010). *The role of the father in child development* (5^e ed.). New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- LaMontagne, L. L. (2000). Children's coping with surgery: a process-oriented perspective. *Journal of pediatric nursing*, 15, 307-312.
- Mabe, P. A., Treiber, F. A., & Riley, W. T. (1991). Examining Emotional Distress During Pediatric Hospitalization for School-Aged Children. *Children's Health Care*, 20, 162. doi: 10.1207/s15326888chc2003_5
- Magnusson, D. (1999). Individual Development: Toward a Developmental Science. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 143, 86-96.

- McCarthy, A. M., Kleiber, C., Hanrahan, K., Zimmerman, M. B., Westhus, N., & Allen, S. (2010). Factors explaining children's responses to intravenous needle insertions. *Nursing research*, 59, 407-416. doi : 10.1097/NNR.0b013e3181f80ed5
- Messeri, A., Caprilli, S., & Busoni, P. (2004). Anaesthesia induction in children : a psychological evaluation of the efficiency of parents' presence. *Paediatric anaesthesia*, 14, 551-556.
- Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 1152-1162. doi : 10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x
- Ministère de la Famille. (2016). Bilan 2010-2015, des réalisations en faveur des familles et des enfants. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2015). Programme national de santé publique 2015-2025. Québec : Direction des communications ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses : the PRISMA statement, *Annals of Internal Medicine*, 151, 264. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>.
- Mougel, S. (2012). L'enfant hospitalisé peut-il être séparé de ses parents? La construction de la spécificité enfantine au travers des savoirs médicaux et psychologiques. Dans L. Hamelin-Brabant & A. Turmel (Éds), *Les figures de l'enfance : un regard sociologique* (pp. 101-116). Cap- Rouge, Québec : Presses Inter Universitaires.
- Muscara, F., McCarthy, M. C., Woolf, C., Hearps, S. J. C., Burke, K., & Anderson, V. A. (2015). Early psychological reactions in parents of children with a life threatening illness within a pediatric hospital setting. *European Psychiatry*, 30, 555-561. doi : 10.1016/j.eurpsy.2014.12.008
- Naldan, M. E., Karayagmurlu, A., Ahiskalioglu, E. O., Cevizci, M. N., Aydin, P., & Kara, D. (2018). Is surgery a risk factor for separation anxiety in children? *Pediatric surgery international*, 34, 763-767. doi : 10.1007/s00383-018-4273-x
- Nelson, L. P., Lachman, S. E., Li, S. W., & Gold, J. I. (2019). The Effects of Family Functioning on the Development of Posttraumatic Stress in Children and Their Parents Following Admission to the PICU. *Pediatric critical care medicine*, 20, e208-e215. doi : 10.1097/PCC.0000000000001894
- Öztürk Şahin, Ö., & Topan, A. (2019). Investigation of the Fear of 7-18-Year-Old Hospitalized Children for Illness and Hospital. *Journal of religion and health*, 58, 1011-1023. doi : 10.1007/s10943-018-0688-x
- Park, J.-H., & Foster, R. L. (2015). Examining Validity and Reliability of the Emotional Reactions Checklist with Hospitalized Children. *Pain management nursing*, 16, 579-586. doi : 10.1016/j.pmn.2014.10.007
- Platt, H. (1959). *Welfare of sick children in hospital*. United Kingdom government: Ministry of Health.
- Rennick, J. E., & Rashotte, J. (2009). Psychological outcomes in children following pediatric intensive care unit hospitalization: a systematic review of the research. *Journal of child health care*, 13, 128-149. doi : 10.1177/1367493509102472

- Rennick, J. E., Dougherty, G., Chambers, C., Stremmer, R., Childerhose, J. E., Stack, D. M., ... Hutchison, J. (2014). Children's psychological and behavioral responses following pediatric intensive care unit hospitalization: the caring intensively study. *BMC Pediatrics*, 14, 276-276. doi : 10.1186/1471-2431-14-276
- Rennick, J. E., Johnston, C. C., Dougherty, G., Platt, R., & Ritchie, J. A. (2002). Children's psychological responses after critical illness and exposure to invasive technology. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 233, 133-144.
- Rennick, J. E., Morin, I., Kim, D., Johnston, C. C., Dougherty, G., & Platt, R. (2004). Identifying children at high risk for psychological sequelae after pediatric intensive care unit hospitalization. *Pediatric critical care medicine*, 5, 358-363.
- Ritchie, J. A., Caty, S., & Ellerton, M. L. (1988). Coping behaviors of hospitalized preschool children. *Maternal-Child Nursing Journal*, 17, 153-171.
- Rossen, B. E., & McKeever, P. D. (1996). The behavior of preschoolers during and after brief surgical hospitalizations. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 19, 121-133.
- Sadeh, Y., Dekel, R., Brezner, A., Landa, J., & Silberg, T. (2020). Child and Family Factors Associated With Posttraumatic Stress Responses Following a Traumatic Medical Event: The Role of Medical Team Support. *Journal of Pediatric Psychology*, 45, 1063-1073. doi: 10.1093/jpepsy/jsaa070
- Salmela, M., Salanterä, S., & Aronen, E. T. (2010). Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. *Journal of advanced nursing*, 66, 1222-1231. doi : 10.1111/j.1365-2648.2010.05287.x
- Shields, L. (2001). A review of the literature from developed and developing countries relating to the effects of hospitalization on children and parents. *International Nursing Review*, 48, 29-37. doi : 10.1046/j.1466-7657.2001.00032.x
- Small, L., & Melnyk, B. M. (2006). Early predictors of post-hospital adjustment problems in critically ill young children. *Research in Nursing & Health*, 29, 622-635. doi : 10.1002/nur.20169
- Small, L., Mazurek Melnyk, B., & Sidora-Arcoleo, K. (2009). The effects of gender on the coping outcomes of young children following an unanticipated critical care hospitalization. *Journal for specialists in pediatric nursing*, 14, 112-122. doi : 10.1111/j.1744-6155.2009.00184.x
- Spirito, A., & Stark, L. J. (1994). Stressors and coping strategies described during hospitalization by chronically ill children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 314. doi : 10.1207/s15374424jccp2303_9
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study Of The Child*, 1, 53-74.
- Spitz, R. A. (1946). Hospitalism; a follow-up report. *The Psychoanalytic Study Of The Child*, 2, 113-117.
- Stremmer, R., Haddad, S., Pullenayegum, E., & Parshuram, C. (2017). Psychological Outcomes in Parents of Critically Ill Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 34(Supplement C), 36-43. doi : <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.01.012>
- Thompson, E. J., Anderson, V. A., Hearps, S. J. C., McCarthy, M. C., Mihalopoulos, C., Nicholson, J. M., & Muscara, F. (2017). Posttraumatic stress symptom severity and

- health service utilization in trauma-exposed parents. *Health Psychology*, 36, 779-786.
doi : <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000476>
- Vernon, D. T., Schulman, J. L., & Foley, J. M. (1966). Changes in children's behavior after hospitalization. *American Journal Diseases of children*, 111, 581-593.
- Vessey, J. A. (2003). Children's psychological responses to hospitalization. *Annual review of nursing research*, 21, 173-201.
- Vessey, J. A., Farley, J. A., & Risom, L. R. (1991). Iatrogenic developmental effects of pediatric intensive care. *Pediatric Nursing*, 17, 229-243.
- Voepel-Lewis, T., Tait, A. R., & Malviya, S. (2000). Separation and induction behaviors in children: are parents good predictors? *Journal of perianesthesia nursing*, 15, 6-11.
- Vulcan, B. (1984). Major coping behaviors of a hospitalized 3-year-old boy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 13, 113-123.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 546-553.
- Youngblut, J. M., & Shiao, S. P. (1993). Child and family reactions during and after pediatric ICU hospitalization: a pilot study. *Heart & Lung*, 22,46-54.

Annexe 1 - Concepts et mots-clés de recherche documentaire

Concepts Base de données	Réactions psychologiques à l'hospitalisation	AND	Milieu de soins pédiatriques
Descripteurs CINAHL	Child Adaptation to Hospitalization OR Child Behavior Checklist/UT OR Child Behavior OR Child Development OR Adaptation, Psychological OR Child Psychology OR Stress Disorders, Post- Traumatic/NU OR Stress, Psychological/NU/PC/PF OR Behavioral Changes/PC/FG		Child, Hospitalized/PF OR Hospitals, Pediatric/PF OR Child Day Care/PF/NU OR Adolescent, Hospitalized/PF OR Infant, Hospitalized/PF OR Pediatric Units/PF OR Intensive Care Units, Pediatric/PF OR Pediatric Nursing/PF OR Pediatric Critical Care Nursing OR Pediatrics/PF OR Stressors care
MeSH	(MM "Child, Hospitalized/PX") OR (MH "Child+") OR (MH "Psychology, Child") OR (MH "Child Development+") OR (MH "Child Behavior") OR (MH "Risk-Taking") OR (MH "Problem Behavior") OR (MH "Infant Behavior") OR (MH "Adolescent Behavior") OR (MH "Adaptation, Psychological") OR (MH "Stress, Psychological")	AND	(MM"Child, Hospitalized")

Annexe 1 (suite)- Concepts et mots-clés de recherche documentaire

Concepts Base de données	Réactions psychologiques à l'hospitalisation	AND	Milieu de soins pédiatriques
Psychological and behavioral sciences collection	(DE "CHILD development" OR DE "ADOLESCENT development" OR DE "INFANT development" OR DE "TODDLERS development" OR DE "CHILD Behavior Checklist" OR DE "BEHAVIOR disorders in children" OR DE "CHILD psychology" OR distress OR stress*)	AND	(DE "HOSPITAL care of children")

Annexe 2 - Quelques études principales retenues pour analyse

Auteurs	But et échantillon	Devis et méthode de collecte	Résumé des principaux résultats
Angström- Brännström et al. (2008)	Examiner comment les enfants, âgés entre 4 et 10 ans atteints de maladies chroniques racontent leur expérience d'être réconfortés à l'hôpital. Suède	Qual. Analyse de contenu thématique	L'intimité avec sa famille, être là pour ses parents et la fratrie, le sentiment de se sentir en sécurité, sentir qu'un professionnel est là pour lui, la confiance à l'endroit des connaissances et des compétences des professionnels de la santé prédispose les enfants à se sentir comme à la maison, et en sécurité à l'hôpital.
Barns et al. (1990)	Décrire les réactions des enfants à la maladie, à l'hospitalisation et aux traitements depuis les vingt dernières années. États-Unis	Qual. Analyse de 186 études de cas uniques d'enfants et d'adolescents atteints d'une maladie chronique et hospitalisés.	L'observation de mécanismes de défense inadaptés et adaptés, des mécanismes de protection de l'égo, des comportements de résistance, des comportements de socialisation, et cognitifs. Les préoccupations des enfants concernent le soi (corps), l'identité, et la perte. Les réactions les plus observées sont la peur, le deuil et le chagrin, certains conflits psychiques et l'anxiété.
Board (2005)	Explorer les répercussions des soins intensifs pédiatriques sur les enfants d'âge scolaire ayant un état de santé critique. N convenance=21 enfants âgés 7-12 ans transférés sur une unité générale moins de 24 heures. États-Unis	Qual. Entrevues structurées. (Schoolager's coping Strategies Inventory), et le statut émotionnel (Child Drawing : Hospital).	Les résultats soulèvent des souvenirs (67 %) à propos des sentiments vécus, des procédures et l'anxiété (29 %) pour les enfants qui n'avaient aucun souvenir. Le score moyen des stratégies d'adaptation utilisées démontre une capacité plus limitée des enfants à s'adapter.

Annexe 2 (suite) Quelques études principales retenues pour analyse

Auteurs	But et échantillon	Devis et méthode de collecte	Résumé des principaux résultats
Karling et al. (2007)	Identifier les facteurs hospitaliers associés aux difficultés de comportements de l'enfant après l'hospitalisation (procédure induction à l'anesthésie). N=340 enfants 2-13 ans Suède	Étude de cohorte (CBCL); (Post-hospital behavior-PHBQ); (Anxiété et détresse – VAS Scale); (Pain and nausea – VAS Scale);	34 % des enfants développent une problématique comportementale deux semaines après une intervention chirurgicale. Les facteurs de risques des plus jeunes à la maison mais non à l'hôpital sont les nausées post-opératoires, l'anxiété à l'induction à l'anesthésie, la détresse post-opératoire, et la douleur.
Kyosti et al. (2019)	Investiguer les symptômes psychologiques de patients qui ont survécu à une admission aux soins intensifs pédiatriques. N=1105 enfants 0-16 ans Finlande	Étude longitudinale; Étude de cohorte nationale basée sur un registre national d'admission aux soins intensifs (Behavioral screening instrument. Detecting mental health disorders – SDQ)	Les scores du questionnaire sur les forces et les difficultés étaient anormaux pour 84 enfants (7,6 %), limites pour 80 (7,2 %) et normaux pour 941 (85,2 %). Les participants dont les scores étaient anormaux étaient plus jeunes à leur admission aux soins intensifs (3,06 contre 4,70 ans; $p = 0,02$)
Rennick et al. (2002)	Comparer les réactions psychologiques d'enfants hospitalisés et identifier les facteurs cliniques associés à ces réactions. N=60 Soins intensifs N=60 unité de soins générale Canada	Quant. Étude cohorte prospective (Children's Impact of Event Scale), (Children Medical Fears Scale), (Child Health Locus of Control Scale), Post-hospitalization Behavior Questionnaire)	La sévérité de la maladie Pas de différence significative entre les deux groupes. L'âge de l'enfant et/ou le nombre de procédures invasive démontrent une différence significative entre les deux groupes.
Rennick et al. (2004)	Identifier les enfants à risque de développer des séquelles psychologiques post hospitalisation aux soins intensifs N=45 3-16 ans Soins intensifs N=15 unité générale pédiatrie Canada	Analyse secondaire de (Rennick, 2002). Enfants classés à haut risque et à faible risque de réactions psychologiques selon le degré de risque de mortalité (Pediatric Risk of Mortality PRISM) et l'exposition aux procédures invasives	Les enfants à haut risque de mortalité présentent plus de séquelles psychologiques six semaines à six mois après. L'exposition aux procédures invasives est un prédicteur significatif de détresse, particulièrement à six semaines après.

Annexe 2 (suite) Quelques études principales retenues pour analyse

Auteurs	But et échantillon	Devis et méthode de collecte	Résumé des principaux résultats
Sadey (2020)	Examiner la contribution des facteurs psychosociaux prétraumatiques (fonctionnement émotionnel de l'enfant, ressources familiales, fonctionnement de la famille et soutien social) et des facteurs environnementaux (symptômes de stress post-traumatique de la mère, soutien de l'équipe médicale aux SSPT des enfants blessés ou gravement malades dans un cadre de réadaptation pédiatrique)	Quant. (TME Psychological and Environmental variable – fonctionnement émotionnel pré-trauma); (Child's PTSSs-PTSD symptom Scale (CPSS)); (Child's PTSSs : parent report); (Mother's PTSSs); (Médical team support-MTS);	La structure familiale et les ressources familiales pré-traumatiques ont été associées au PTSS déclaré par l'enfant; chaque variable pré-traumatique et le rapport de la mère sur le PTSS de l'enfant ont été associés de manière significative. Bien que le SSPT de la mère n'ait pas été directement associé au SSPT de l'enfant, cette relation a été médiée par le rapport de la mère sur le SSPT de l'enfant. Le MTS a servi de médiateur entre le soutien social pré-traumatique et le SSPT de la mère.
	N=196 enfants		
Small et al. (2006)	Identifier les prédicteurs démographiques et cliniques à long terme des réactions adaptatives émotionnelles et comportementales négatives chez les trottineurs et les enfants d'âge préscolaire après un séjour non anticipé aux soins intensifs. N=163 dyades mère-enfant; enfants âgés 2-7 ans admis aux soins intensifs États-Unis	Quant. Analyse des données secondaires de l'étude de (Melnik et al. 2005). Mesures à trois et six mois post-hospit. -Mesures mères : (State-Trait Anxiety Inventory), (number of stressful life events child), (Stressful Family Life Events Measure) Mesures des changements de comp : (Post-Hospitalization Behavior Questionnaire), (Behavioral Assessment System for Children). Mesure infirmière : (Index of Parent Participation), (Visual Analog Scales –soins physiques et émotionnels).	Les comportements internalisés et externalisés observés avant l'hospitalisation prédisent l'augmentation de comportements externalisés négatifs à 3 et 6 mois après l'hospitalisation. Les comportements internalisés présents chez les filles prédisent les comportements internalisés à 3 et 6 mois après l'hospitalisation. L'augmentation de la prise en charge émotionnelle des mères prédisait les comportements internalisés des filles à trois et six mois post-hospitalisation. L'augmentation du niveau d'anxiété des mères prédisait les comportements externalisés négatifs 3 mois post-hospitalisation.

Annexe 2 (suite) Quelques études principales retenues pour analyse

Auteurs	But et échantillon	Devis et méthode de collecte	Résumé des principaux résultats
Youngblut et al. (1993)	Décrire les comportements de l'enfant et le niveau de fonctionnement familial après une hospitalisation aux soins intensifs et explorer les associations entre les réactions de la famille et de l'enfant, la sévérité de la maladie, et les répercussions sur la famille. N= 9 mères et pères d'enfants âgés de 5 ans et moins. États-Unis	Quant. Étude corrélationnelle à mesures répétées (Parental Concern Scale), (Parental Stressor Scale : PICU), (Post-hospitalization Behavior Questionnaire), (Feetham Family Functioning Suvey), (FACES III), (Pediatric Risk of Mortality to measure illness severity).	La cohésion familiale des mères diminue après l'hospitalisation de l'enfant. La sévérité de la maladie n'influence pas le fonctionnement familial. Le fonctionnement familial n'est pas associé au stress parental ni à l'échelle des préoccupations parentales.

Chapitre 3

Où demeurer pour les enfants quand il pleut dans leur vie? Quand le cadre scolaire héberge l'imaginaire de l'enfant

Claude-Alexandre Fournier

Introduction

De la page blanche, du vide, du silence émerge une parole susceptible de mettre des mots sur des situations d'enfants aux prises avec des difficultés dans leur monde. Une parole qui tente d'approcher une compréhension du développement de l'enfant, une parole qui construit un regard et qui pourrait aider le professionnel à penser et/ou panser la relation, la pratique et l'institution. L'écriture, tout comme l'enfant dans son développement, prend forme, cherche son chemin, fait histoire entre désir et prise de risque. Tout comme l'enfant en développement, l'auteur dans une posture de co-vulnérabilité (Kiledjian, 2019) cherche une protection, un étayage qui lui permettra d'agir sur le processus et d'être transformé par celui-ci. La vulnérabilité, qui sera définie ci-dessous, appelle, en quelque sorte « l'enveloppe », quelque chose de l'ordre du maternel qui puisse protéger, mettre à l'abri de menaces extérieures ou intérieures, identifiables ou non encore identifiables.

L'une des enveloppes importantes dans le développement de l'enfant est l'école, lieu d'inclusion qui protège et expose. Dans cet environnement se jouent des vulnérabilités centrées sur les apprentissages notamment dans le lien pédagogique, tant chez l'enfant-élève que chez l'adulte-enseignant. L'enseignant spécialisé y est identifié comme une personne « ressource » capable d'élargir le regard et de prendre en compte des vulnérabilités « cachées ». Les deux situations servant de cas dans la présente étude mettent en lumière des menaces difficilement symbolisables pour l'enfant, l'une intrafamiliale, la maladie grave d'une maman; l'autre sociale, liée au contexte de migration. Pour les deux situations, les ressources qui sont mobilisées par l'enfant et l'adulte dans la relation pédagogique s'organisent de manière narrative et picturale autour de

l'objet « maison », et cela, du point de vue des pratiques enseignantes, de manière fortuite.

L'auteur de la présente contribution porte une responsabilité dans ce processus d'écriture, celle de transmettre un regard, une lecture de la vulnérabilité à partir des yeux d'enfants. Être à hauteur de l'enfant pour voir et être vu dans un contexte scolaire dans lequel l'enfant est face à des risques, telle est l'intention de cette contribution.

Vulnérabilité?

Vulnérabilité, fragilité, précarité, des mots qui révèlent souvent un souci de l'autre et parfois une stigmatisation.

Les études sur la vulnérabilité sont nées dans les populations confrontées aux débordements de la nature. Pour Elisabeth Schröder-Butterfill, la « distinction entre l'exposition aux dangers potentiels et la capacité ou l'incapacité de s'en protéger (parfois appelée « résilience ») est fondamentale pour la conceptualisation de la vulnérabilité » (2013, p. 207). Les études sur la vulnérabilité ont eu le mérite de mettre un double accent, d'une part sur la possibilité par des politiques publiques de réduire l'intensité des menaces et, d'autre part, sur les ressources plurielles et collectives que peuvent mobiliser des populations pour « faire face ».

Tout au contraire, les études sur la fragilité ont pris naissance dans le corps de la personne âgée en perte d'autonomie fonctionnelle (Michel, 2012). C'est à partir de ce corps vieillissant que non seulement la réflexion et le concept sont nés, mais aussi les outils d'évaluation et la définition d'une issue favorable ou défavorable.

Notons que le concept de fragilité, né dans le corps de l'âgé, en gériatrie, n'a pas fait écho au corps du nourrisson et de l'enfant en pédiatrie, pourtant tout aussi dépendant de l'environnement social dans une matérialité du monde tout aussi importante (Caradec, 2007, 2018).

Fragilité et vulnérabilité se situent aux deux pôles d'un continuum, du corps à la nature, de l'individu au groupe social, de l'intérieur à l'extérieur. Les disciplines qui ont façonné ces concepts, en particulier les sciences humaines et la médecine ont progressivement intégré les apports respectifs, à partir des pôles respectifs. Les soignants dans leur examen clinique de la personne âgée intègrent aujourd'hui des dimensions sociales notamment les ressources sociales et les

sociologues dans leurs études peuvent prendre en compte des aspects de vulnérabilité génétique. Pensées aux extrêmes d'un spectre, à des entrées différentes, la vulnérabilité et la fragilité, pour une intégration réussie, nécessitent une forte interdisciplinarité.

Que l'entrée soit le corps ou le groupe social, la fragilité et la vulnérabilité (tout comme la précarité) appellent une protection, une action individuelle ou collective, privée ou publique.

Le concept de vulnérabilité a servi à identifier des populations dites « à risque ». Les politiques publiques orientées vers ces populations ont œuvré pour beaucoup à réduire les menaces et peut-être pour peu à renforcer la résilience (laissée aux populations).

Le concept de fragilité a, quant à lui, servi à identifier des personnes à risque d'être confrontées à une évolution défavorable et « à désigner le « besoin » d'intervention des services médicaux et sociaux auprès des personnes âgées » (Schröder-Butterfill, 2013, p. 217). Pour prévenir une perte d'autonomie fonctionnelle et souvent préserver un lieu de vie (physique, le domicile et social), le dépistage de la pré-fragilité est devenu un enjeu de santé publique. Par ce dépistage, des interventions précoces peuvent être proposées.

Que dire alors de la précarité? Le concept de précarité met l'accent sur deux éléments : la dépendance à autrui et le statut transitoire qui peut mener soit à une issue favorable, soit à une issue défavorable (Pinel-Jacquemin et al., 2018).

Dans la présente étude, la vulnérabilité sera vue comme une dynamique entre des risques qui poussent à péjorer le développement de l'enfant et des pratiques, relations et institutions qui le soutiennent.

Jonas, Nadia, leurs maisons

Les deux vignettes proposées proviennent d'un atelier d'écriture des pratiques professionnelles (Cifali & André, 2007) dans la cadre d'un master en enseignement spécialisé, atelier dont l'auteur a la responsabilité. Le profil des étudiants qui participent à ce master est une expérience souvent de plusieurs années dans l'enseignement obligatoire dit « ordinaire » avec des enfants de 4 à 15 ans. À la suite de leur formation, ils seront considérés comme des « personnes-ressources » au sein de leurs établissements, cercles scolaires. Il est à noter que leurs statuts et fonctions « réelles » dans leurs contextes

professionnels est toujours en questionnement, construction. L'atelier d'écriture a pour objectif de penser des situations pédagogiques questionnantes voire difficiles au travers d'une écriture qui de spontanée tend au genre scientifique. Les exigences de l'écriture scientifique tant en termes de structuration, de lexique que d'étayage sur le groupe et la littérature permettent à l'étudiant une prise de distance et une sortie de la solitude, l'enseignant étant bien souvent seul dans ces situations.

Les deux vignettes proposées ont été sélectionnées dans un ensemble de vignettes. Le choix a été fait en lien avec la thématique de la vulnérabilité, de ce qui peut abriter, protéger : la maison.

Deux arguments ont prévalu dans ce choix. D'une part l'école peut être vécue comme une deuxième maison, et d'autre part la maison donne l'opportunité à l'enfant de s'étayer, même de manière imaginaire sur un environnement physique et pas uniquement social. Les vignettes ont été codées et en partie réécrites, l'ensemble des noms sont fictifs¹.

Les vignettes sont ainsi le fruit d'une écriture spontanée qui répond à cette consigne : « décrivez une situation pédagogique qui vous pose question(s) et dans laquelle vous êtes impliqué ». Il s'agit donc d'un matériel brut, peu élaboré qui fait vivre au lecteur l'implication et dépose sur ses yeux les lunettes de l'enseignant.e spécialisé.e.

Cette écriture met au défi le lecteur, par le jeu de l'empathie dans ses composantes émotionnelle et cognitive (Tisseron, 2013), de se mettre successivement et à de multiples reprises dans les yeux de l'enfant et dans celui de l'enseignant.e spécialisé.e pour s'approcher au plus près du regard de l'enfant, de son altérité constitutive. S'approcher mobilise une part de rêve chez le lecteur et sa propre fantasmagorie, ses souvenirs d'enfant et d'écuyer (Blanchard-Laville, 2006, 2008; Cifali, 2005). La part du rêve et la fantasmagorie qui émerge de ce voyage est un risque, mais aussi une chance de faire émerger une nouvelle compréhension. Nouvelle compréhension qui pourrait permettre à l'enseignant.e spécialisé.e de questionner et modifier ses pratiques, d'entrer différemment en relation et de questionner l'institution. Elle fait naître une posture éthique, proche de la définition qu'en donne Paul Ricœur : l'éthique

¹ Une précaution supplémentaire a été prise pour éviter l'identification des étudiants. À partir de ce point dans le texte, l'écriture inclusive est utilisée pour évoquer l'enseignant.e spécialisé.e des deux enfants dont il est question. Aussi, lorsque le texte évoque plutôt les enseignants spécialisés de manière générale, l'écriture inclusive ne sera pas employée.

c'est la visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes (Ricoeur, 1990).

Cette écriture met au défi de comprendre, à partir du point de vue de l'enfant, la dynamique des risques et des facteurs de protection au travers des pratiques, des relations et du cadre institutionnel. Elle nécessite de ce fait de passer, pour le lecteur, de manière itérative du regard de l'enfant tel qu'approché, rêvé à celui de l'enseignant.e spécialisé.e (qui s'est construit dans la relation elle-même).

La première vignette, celle de Jonas, s'accompagne d'un dessin décrit dans la vignette et fourni par l'étudiant après-coup. L'apport du dessin et des commentaires de celui-ci par l'enfant sont précieux. Comme le relève Jumel, l'analyse du dessin d'enfant favorise « la compréhension, considérant qu'elle conditionne la qualité de l'accompagnement de l'adulte à l'enfant, la capacité à être avec celui qui dessine » (2015, p. 62-63).

Ce matin j'accueille Jonas, 10 ans, en soutien. Il bénéficie d'une priorisation des apprentissages du fait des difficultés globales qu'il rencontre. Malgré un programme adapté, Jonas « n'entre pas » dans les activités proposées. D'habitude, souriant et volubile, il est mutique et fermé. Il ne répond pas quand je lui demande comment il va, ce qu'il se passe. Après quelques minutes d'un long silence, des larmes commencent à monter à ses yeux et à couler d'abord doucement. Je prends alors les devants, et lui dis que je vois qu'il est triste, car des larmes coulent sur ses joues. Cette mise en mots factuelle a fait couler un flot important de larmes, comme si les vannes avaient lâché. Pour autant, il ne peut nommer, raconter ou expliquer ce qu'il traverse. Je lui propose de faire un dessin et il accepte tout de suite.

Après un bon quart d'heure de « dessin libre », Jonas me montre son dessin. Je lui demande s'il accepte de m'expliquer ce qu'il a voulu dessiner. Le dessin devient alors un support pour poser des mots. Le dessin est assez surprenant, le recto a été séparé en trois colonnes et le verso est resté entier. Il me présente d'abord le recto, dans la première colonne figure, le bâtiment de l'école, sans mur extérieur, qui permet de voir l'intérieur de la classe et le couloir, ainsi que la cour de récréation. On y voit la maitresse, des pupitres, le coin

*bibliothèque, des élèves assis, une table de regroupement. On passe en revue tous ces espaces et les activités qu'il y mène. Il me dit qu'il a peur que la maitresse ne soit pas contente de son travail, et il m'explique qu'un camarade de classe, Arthur, lui fait tout le temps « des gestes » en classe, dans la cour, et que même lorsqu'il l'avait croisé pendant le weekend à un évènement dans le village, il lui avait fait un signe en passant son doigt sur la gorge. Puis je demande à Jonas quel endroit il aime à l'école, il me répond le couloir, car là au moins il n'y a pas de bruit. Puis, nous passons à la deuxième colonne, elle représente le bus avec des élèves dedans, en effet cette classe est séparée de l'école principale, elle se trouve sur une autre commune, et les élèves sont transportés par un minibus. Jonas me dit qu'il y a trop de bruit dans le bus, certains garçons se parlent en hurlant. Arthur et Jean me répètent tout le temps dans l'oreille « tu fais c**** ». Quand il en sort, il a mal à la tête. Ensuite vient la 3e colonne, il dessine sa maison, toujours sans mur, permettant de voir des détails de l'intérieur. Je demande comment il rentre chez lui, entre le bus et sa maison. Il me dit que sa maman l'attend parfois, et qu'il aime bien qu'elle l'accompagne, mais il ne veut pas trop la déranger. En effet, sa maman est gravement malade depuis quelques mois. Ce contexte a été évoqué en réseau, notamment sur l'accompagnement des devoirs qui est difficilement mis en œuvre. Quand il évoque la maison, Jonas n'évoque absolument pas la maladie de sa maman, il me parle des jeux qu'il fait avec sœur et dont il semble très proche.*

Enfin, Jonas tourne la page, et là il s'effondre et pleure sans pouvoir parler. C'est la ferme de son grand-père, on y voit deux étables, deux vaches en dehors de celles-ci accompagnées de point d'interrogation, et un tracteur tractant une bétailière. Jonas me dit qu'il aimait beaucoup ces deux vaches et qu'il ne sait pas où elles sont parties, si elles sont parties à l'abattoir ou ont été vendues à un fermier. Il conclut que c'est cela qu'il le rend triste aujourd'hui et il entoure ce dessin de la ferme d'un nuage gris.

L'enseignant.e spécialisé.e dresse un contexte de difficultés globales d'apprentissage accompagnées de conduites d'évitements (déplacements, oublis, retrait). Jonas « n'entre pas ». Or, comme nous le disent Mireille Cifali et

Alain André, « apprendre rend fragile, l'adulte comme l'enfant » (2007, p. 48). Toute situation d'apprentissage « fragilise ». Étymologiquement, apprendre expose au risque « d'être brisé facilement ». Ne pas s'y risquer, ne pas entrer, éviter, est un facteur de protection et interroge la relation pédagogique, son cadre, en particulier sur les aspects de sécurité et de contenance (Ciccone, 2012).

Dans le cadre du soutien pédagogique, Jonas arrive un matin « mutique et fermé » au contraire de son habitude. Le silence, « supporté » et « tenu » par l'enseignant.e spécialisé.e, et sans doute plus que le questionnement du pourquoi de son état, permet à l'émotion d'avoir une place dans ce cadre, dans cette relation. Le silence rend disponibles pour l'enfant un temps et un lieu d'expression d'un mal-être non symbolisable sous une forme verbale. « L'ouverture des vannes » vient quittance le fait d'avoir été vu et « entendu » que les mots de l'adulte s'arriment à l'état émotionnel de l'enfant.



Figure 1 - Dessin de Jonas recto (Source : auteur)

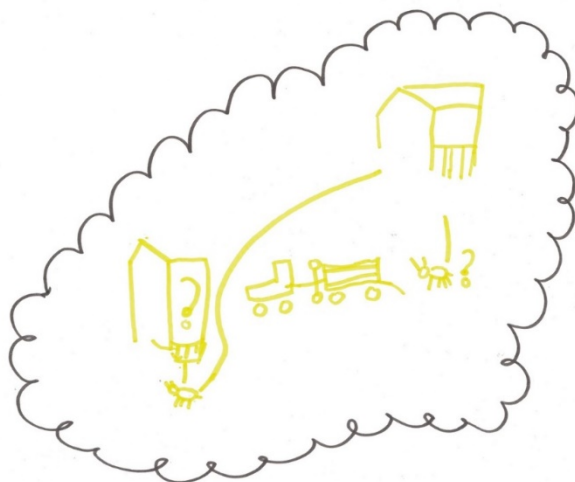


Figure 2 - Dessin de Jonas verso (Source : auteur)

L'absence de mots va influencer de deux manières la pratique enseignante. Tout d'abord l'abandon, nécessaire, de tout objectif pédagogique pour la séance de soutien; abandon souvent difficile, freiné par le devoir, les attentes, les prescriptions de l'institution et les représentations du rôle professionnel. Ensuite, l'invitation au dessin, qui offre un espace de liberté exempt de mots, exempt de consigne. La rapidité d'acceptation quitte à nouveau la justesse de la proposition. Le dessin, dans la fonction qu'il occupe avoisine le jeu libre où l'enfant, hors du regard de l'adulte, a pris sur le monde, le transforme et se transforme. Le dessin, tout comme le jeu, peut avoir une fonction « anti-traumatique » (Cohen-Salmon & Rebelo, 2020, p. 71). L'enseignant.e spécialisé.e, mais la vignette ne le dit pas, a sans doute été présent, sans l'être, lors de la réalisation du dessin. La capacité d'être « seul-avec » chère à Winnicott (Winnicott, 2018a) est une condition pour la réalisation du jeu libre, et ici par analogie, du dessin libre. Jonas, dessin terminé, le propose au regard de l'adulte. Il accepte la proposition de mettre des mots sur le dessin. Par elle, l'adulte propose à l'enfant de s'étayer sur ce tiers-objet transitionnel (Dessain, 2014; Winnicott, 2018b) pour mettre des mots sur son état. Le dessin, tout comme le montre Serge Tisseron pour l'image, a deux pouvoirs principaux : le pouvoir de contenir et le pouvoir de transformer. Pour lui, « chaque image est constituée en un territoire dans lequel nous sommes invités à entrer pour l'explorer, un peu comme s'il avait le pouvoir de nous « contenir » » (Tisseron, 2011, p. 90). De plus, les images contribuent à changer le spectateur. Tisseron

précise que « ce n'est pas le contenu des images qui importe, mais la relation que nous établissons avec elles; ou plutôt, ce contenu n'importe qu'à la mesure de la manière dont il soutient, ou non, cette relation » (2011, p. 94). Nous y reviendrons.

La compréhension de l'état mutique et fermé de Jonas nécessite de faire des allers et retours entre le dessin et les explications données par Jonas sur le dessin, explications données sous une forme de « dictée à l'adulte » que restitue la vignette.

Jonas a partagé, séparé, cloisonné le dessin au recto en trois parties. Le cadre de la feuille et les séparations intérieures délimitent, contiennent une histoire en images. La séparation claire des espaces peut être lue comme une protection contre l'intrusion de la charge affective d'une case dans une autre. Le fait de lire le dessin comme une histoire provient du processus séquentiel de production de celui-ci (Jumel, 2015). Il sera ainsi analysé et interprété de gauche à droite, comme dans une bande dessinée à trois cases. Avant de commencer la lecture de l'histoire, un élément commun aux trois cases est à relever : tant l'école que le bus et la maison sont dessinés de manière à voir l'intérieur. Jonas nous montre à voir ce qui se passe à l'intérieur, comme une forme de dévoilement.

Dans la première case, Jonas représente un bâtiment, son école. L'enveloppe extérieure présente deux corps de bâtiments, l'un occupé par sa classe et à l'étage le lieu où est donné le soutien, l'autre par le couloir. Un seul espace est détaillé, rempli, celui de la classe. Le couloir et l'étage sous le toit sont « vides ». Une seule porte apparaît, un peu comme suspendue à l'étage, elle donne accès au lieu dans lequel se donne le soutien, dans lequel Jonas a fait le dessin.

Un seul personnage est clairement représenté, il s'agit de la maîtresse, quelques ronds dans les bancs laissent penser à des « ébauches » d'élèves. Les deux relations évoquées, avec la maîtresse et Arthur, se font sous le signe de la peur, peur de perdre l'estime de l'adulte et peur de ce que le camarade pourrait lui faire. Deux espaces sont reliés à deux vécus, un vécu de peur dans la classe et un vécu de calme dans le couloir. Le vide, le silence et la solitude semblent mis en regard du plein, du bruit et des relations. Jonas ne fait pas mention de l'espace dans lequel il se trouve au moment du dessin et de son explicitation dans la relation. C'est comme si cette porte, pendue dans le vide, ouvre sur un possible qu'il ne faut pas figurer pour ne pas le fixer, mais un possible qui se construit, se

déploie, est vécu entre l'enseignant.e spécialisé.e et Jonas dans ce temps de l'échange.

Dans la deuxième case, Jonas dessine le mini-bus de l'école qui assure une transition entre l'école et la maison et qui permet de passer d'une case à l'autre, d'une maison à l'autre. Jonas l'a dessiné dans la transition [direction?] maison-école. Le bus, petit, « suspendu » semble flotter dans un grand espace. Sa taille accentue l'impression de remplissage, d'entassement, de petits écoliers en rang serré. Jonas décrit un vécu difficile marqué par l'excès (« trop », « hurler », « répéter tout le temps ») dans un espace clos qui ne permet pas le retrait, une conduite d'évitement. Il est difficile pour lui de se protéger, physiquement et psychiquement, notamment de l'intrusion « répéter tout le temps dans l'oreille », dans cette situation. Situation qui pourrait faire penser à une situation d'harcèlement au vu du critère de répétition clairement identifiable dans la vignette. Selon Catheline (2018), trois critères doivent être remplis pour parler d'harcèlement : la répétition, l'intentionnalité et la relation d'emprise. Les deux derniers critères bien que non identifiables dans la vignette devraient être investigués dans un contexte élargi.

Dans la troisième case, Jonas dessine sa maison (qu'il place à la même hauteur que le bus) ainsi qu'un chat. Les deux « flottent » dans l'espace. La taille de la maison est sensiblement plus petite que celle de l'école, le contexte de création du dessin, être dans l'école, y est peut-être pour quelque chose, l'investissement psychique d'une maison par rapport à une autre peut-être aussi. Elle comporte deux étages et un ensemble de détails. Dans l'histoire proposée dans la vignette par l'enseignant.e spécialisé.e la description est sommaire et le récit s'oriente rapidement sur la transition entre le bus et la maison. Le lien entre les deux cases permet d'introduire la maman dans le récit, sa maladie et l'affection de Jonas pour elle. Elle y est en pointillé, « parfois » elle l'accompagne, il ne « veut pas trop la déranger ». Elle n'apparaît plus dans le récit de la troisième case. Dans le non-dit, serait-elle figurée dans le dessin par cette personne qui semble couchée sur un lit à l'étage? Jonas évoque les jeux avec sa sœur, l'enseignant.e spécialisé.e y lit une proximité dans la fratrie, un lien potentiellement facteur de protection (comme expériences positives).

Jonas tourne ensuite la page. Montrer l'envers, étymologiquement « le mauvais côté », « l'aspect caché », ce qu'il y a au dos de l'histoire, déclenche chez lui une forte émotion sans mot, non symbolisable.

Le dessin est réalisé en couleur, en jaune, contrairement au recto. L'émotion colore. L'espace n'est pas séparé. Jonas a dessiné deux étables et deux

vaches appartenant à son grand-père, chaque vache a sa maison, comme une marque d'anthropomorphisme. Chaque vache est accompagnée d'un point d'interrogation. Signe non alphabétique, mais non arbitraire obligatoire à l'écrit pour marquer une intonation de la langue, coder une marque de l'oral véhiculé par la voix, le corps. Il y a une double interrogation au dos du dessin, à son envers, sur le devenir de ces deux vaches pour qui Jonas avait de l'affection. Un tracteur avec une bétailière prête à embarquer des bêtes est aussi dessiné et préfigure les deux destins possibles pour ses vaches : la mort ou la vente; dans tous les cas l'absence définitive marquée par l'usage de l'imparfait dans le texte de l'enseignant.e spécialisé.e retranscrivant peut-être la forme utilisée par Jonas lui-même. La question sur le devenir de ses vaches masque, voile, sans doute la question plus intime, plus dangereuse, non encore symbolisable du devenir de sa maman, de ses absences, de son absence. Jonas conclut le dessin par une parole d'identification de ce qui le rend triste aujourd'hui qu'il accompagne d'un geste pictural, le dessin d'un nuage gris qui entoure, enveloppe l'ensemble de la ferme. L'histoire se conclut par l'accordage entre l'émotion, les mots et le dessin.

Jonas par le dessin proposé dans cette relation pédagogique lutte contre le risque de désorganisation psychique face à l'angoisse de la perte de la figure maternelle non symbolisable sous la forme verbale (Anaut, 2006). Par le dessin et son partage Jonas se risque d'être au contact de cette angoisse et se protège en cloisonnant les espaces au recto, en la déplaçant sur ses vaches au verso. Le risque que quelque chose se dérobe semble indiqué par l'absence de sol. L'école, le bus, la maison, le chat, les vaches, les étables, le tracteur avec bétailière, les points d'interrogation, le nuage flottent. Ils ne s'étaient ni sur un trait figurant la terre ni sur le cadre de la feuille. Au moindre à-coup, la feuille peut redevenir vide. Le processus de symbolisation, de liaison est incertain.

L'accordage dynamique entre Jonas et l'enseignant.e spécialisé.e a permis au processus d'aller à un terme, peut-être pas à son terme. Être « seul-avec » en silence a sans doute joué un rôle important dans la réalisation du dessin. Par sa proposition et sa présence silencieuse, il a offert à Jonas un espace d'une possible transformation. Transformation triplement contenue par la maison, la relation et la feuille du dessin. Le dessin comporte aussi des possibles laissant des indices comme la porte suspendue de l'espace du soutien, les interrogations, et des absences notamment le sol et la maman. Autre manière de penser l'accordage, la relation, les possibles indiqués par les indices et le non-figuré peuvent rencontrer le disponible de l'adulte (Gaberan, 2017). Il se joue dans l'interaction autour de l'objet tiers. Pour Jonas, les demandes de permission de la part de l'enseignant spécialisé (pour sécuriser l'intrusion), et une posture d'écoute ont permis de le garder au contact du dessin. La discussion sur le contenu a soutenu

la relation de Jonas au dessin et derrière lui à l'angoisse de la perte (Tisseron, 2011). Que le processus aille à un terme est sans doute aussi un facteur de protection de sa capacité à penser, car, « afin d'éviter d'être confronté à des idées et des sentiments trop angoissants » (Gaberan, 2017), Jonas aurait pu s'arrêter de penser. La mobilité de la pensée, d'autant plus dans un contexte de difficultés globales d'apprentissage, est « vitale ».

Passons maintenant à la deuxième vignette, celle de Nadia qui, toujours dans le domaine scolaire propose, dans un contexte de migration, d'autres vulnérabilités.

Depuis les vacances d'automne j'enseigne tous les jeudis matin trois leçons dans une classe de soutien comportant 6 élèves de 5^{ème} et 6^{ème} (10 ans). Parmi ces élèves se trouve une élève de 5^{ème} que je prénommerai Nadia. Nadia vient d'un pays du Moyen-Orient. Sa famille effectue actuellement une demande de permis de séjour auprès des autorités. La famille de Nadia a déménagé plusieurs fois durant ces dernières années notamment du fait que leurs demandes précédentes pour rester en Suisse ont été refusées. Cela a eu pour conséquence que la scolarisation de Nadia n'a pas été régulière.

Dans le cadre du suivi d'un autre élève, j'ai également l'occasion d'aller durant huit autres leçons dans la classe de Nadia.

J'observe de manière générale donc durant les leçons de soutien et les huit autres leçons que Nadia me semble peu concernée par les leçons : elle regarde souvent ailleurs, participe peu. Durant les leçons dans sa classe, hors classe de soutien, elle ne participe pas, interagit très peu ou pas avec les autres élèves, ne pose pas de questions, ne lève pas la main pour donner des réponses. Lorsqu'il y a des exercices à effectuer elle m'interpelle souvent pour me dire qu'elle n'a rien compris, mais elle n'interpelle pas l'enseignant donnant la leçon. Lors d'activités scolaires ou de jeux Nadia me dit, pratiquement pour toutes les activités, qu'elle a trouvé cela nul. Et lorsque l'enseignant lui pose des questions : par exemple en géographie, comment pourrait être la terre dans le futur, elle répond toujours qu'elle ne sait pas. Une seule fois Nadia s'est manifestée auprès de moi pour me demander de

l'aider à lire, car elle ne sait pas lire, devant les autres élèves un texte présentant sa maison. Elle m'a semblé très fière de pouvoir le faire. J'ai appris, plus tard, qu'elle habitait toujours dans un centre de réfugiés et que la description de sa maison était une « invention ».

Nadia me fait parfois des « réflexions étranges » du type : « Madame moi j'aime bien voir Mme Y qui est une autre enseignante de soutien, discuter dans les escaliers ».

En classe de soutien, Nadia s'ouvre davantage et apprécie parfois de me raconter quelques éléments de son quotidien. Par exemple qu'elle a fait une pirouette à la maison, qu'elle a fait ses devoirs, qu'elle trouve sa maman belle.

Néanmoins, Nadia a des réactions qui m'interpellent. Son histoire est « compliquée », « comment l'aider à entrer dans les apprentissages, à y mettre du plaisir, de l'intérêt et du sens pour elle? ».

Les demandes de permis de séjour créent un environnement incertain. L'incertitude sur le fait de pouvoir demeurer, étymologiquement rester, fait vivre à Nadia une scolarité en traitillé qui impacte l'investissement dans les apprentissages scolaires, notamment la langue. La précarité du statut place la famille, l'enfant, l'école et l'enseignant.e spécialisé.e dans une forme de co-vulnérabilité. Du côté de l'enfant, la question est de comment se construire dans une forme d'itinérance non choisie. Dans ce manque de stabilité du contexte de vie, les facteurs de protection pourraient se trouver essentiellement dans les éléments stables de ce dernier, celui de la famille et de l'école comme institution. Du côté de l'enseignant.e spécialisé.e, il se trouve mis dans un paradoxe, pris entre la politique dissuasive mise en place en Suisse qui précarise les populations migrantes, et l'obligation par l'adhésion à la Convention internationale sur les Droits de l'Enfant qui « ouvre les portes des écoles aux enfants de l'asile, quel que soit le statut ou l'absence de statut des parents » (Sanchez-Mazas et al., 2018, p. 224). Notons que ce paradoxe touche d'ailleurs autant les familles que l'école et ses enseignants. De plus, l'école comme institution est au cœur d'une volonté politique partagée dans bon nombre de pays d'être un acteur clé de l'inclusion sociale (Bouquet, 2015) notamment par l'inclusion scolaire. Le paradoxe et « l'injonction inclusive » impactent le rôle professionnel des enseignants, spécialisés ou non, et les pratiques professionnelles (Crispi, 2020). L'incertitude propre aux situations de migration « affecte [...] l'agir enseignant »

(Sanchez-Mazas et al., 2018, p. 225). L'agir enseignant s'ancre dans une représentation de continuité tant temporelle que spatiale. La manière de penser et de construire une scolarité pour les enfants s'enracine peut-être encore dans une logique d'appartenance physique à un territoire, souvent communal, à une société de village et/ou de quartier dans laquelle la famille s'inscrit pour un temps souvent long. Les mutations sociétales notamment migratoires bouleversent cet enracinement [fantasmatique aujourd'hui?] et posent, par des scolarités en traitillé ou non « régulière » selon la terminologie de l'enseignant spécialisé, de quoi offrir à ces enfants en termes d'instruction voire d'éducation.

Dans les leçons de la classe avec l'enseignant titulaire, la description est dans le « peu », le « pas ». Elle semble être la marque d'une incompréhension du cadre pédagogique et de son propre rôle à l'intérieur de celui-ci, et/ou d'une inadéquation du cadre pédagogique qui ne lui permet pas d'appartenir. La compréhension est un préalable à l'appartenance. Dans ce sens, l'enseignant.e spécialisé.e est en posture de médiation par rapport au cadre pédagogique (Prairat, 2012), lui-même fruit d'une culture. Il donne les clés de compréhension du monde en particulier scolaire et une enveloppe contenant de par le rôle-cadre pédagogique qu'elle propose.

L'incertitude semble empreindre les deux exemples choisis, celui de la terre dans le futur et la présentation de sa maison.

À la question, en géographie, de « comment pourrait être la terre dans le futur » Nadia ne sait que répondre et pourrait avoir comme réponse une question en retour : « comment est la terre aujourd'hui? », ou comment se situer dans le futur quand le présent est incertain dans sa double dimension temporelle et spatiale? Le manque de stabilité dû au statut empêche sans doute une projection dans le temps et peut-être aussi dans l'espace.

« Une seule fois Nadia s'est manifestée auprès de moi ». C'est un moment important : c'est une exception, une demande d'aide, en lien avec une intention personnelle. Nadia a envie de transmettre aux pairs quelque chose qui lui tient à cœur : la description de sa maison. Ce désir donne sens à l'apprentissage de la lecture et au besoin de l'étyage sur l'adulte. Le lire « devant les autres élèves » peut être vu comme une mise en acte d'un désir de normalité, d'appartenance et donc d'intégration : comme les autres, j'ai une maison, je peux demeurer et investir. L'étyage proposé par l'enseignant.e spécialisé.e est un facteur de protection du développement de l'enfant en médiatisant l'accès à la lecture dont l'apprentissage prend sens et à une forme de normalisation par celle-ci.

La description de la maison est, selon les termes de l'enseignant.e spécialisé.e, « une invention ». Inventer c'est trouver et trouver est, étymologiquement, « inventer un texte imagé ». L'image et le récit sont les deux fils du tissage de l'imaginaire. Nadia crée une invention bien à propos, une demeure où résider. Cette création peut être vue comme un facteur de protection non seulement par l'appartenance qu'elle procure, mais aussi, par son statut imaginaire, du fait qu'elle est toujours avec soi, elle est un refuge en cas de risque.

Pour autant, et peut-être comme le suggère l'enseignant.e spécialisé.e s'oppose-t-elle au réel, et en ce sens serait un « mensonge » ? Premièrement, elle ne peut être qu'imaginaire rendant l'opposition imaginaire-réel peu significative. Deuxièmement, si l'on veut d'un point de vue extérieur et d'adulte caractériser cette invention comme un mensonge, il s'agit d'un « bon mensonge [qui] se doit d'être transitoire, passager, malléable. Il ne doit pas être là pour éviter une question gênante, mais pour stimuler l'imaginaire de l'enfant, l'autorisant à penser, à s'approprier une pensée, à développer ses velléités épistémophiliques qui le poussent à penser au-delà des non-dits, des mensonges des adultes (Poget & Marcelli, 2011, p. 46). Il nécessite un changement de posture l'enseignant spécialisé qui ne doit pas l'entendre à la seule aune de la morale, mais qui doit être considéré « comme pouvant créer un espace transitionnel protecteur nous permettant de nous échapper temporairement d'une réalité menaçante » (Poget & Marcelli, 2011, p. 46). Effectivement, la maison imaginaire crée un espace transitionnel, entre la réalité extérieure et intérieure, qui abrite tout ce qui permet le lien à cette réalité menaçante, notamment l'étayage de l'enseignant spécialisé. La fonction de la maison imaginaire outre la contenance est celle de la transformation et non pas de la fuite.

« Elle me fait parfois des réflexions étranges ». Le fait de considérer comme étrange est, dans cette situation, une marque d'incompréhension de l'enseignant.e spécialisé.e. Qu'est-ce qui, dans la scène de l'escalier, plait à Nadia ? Pour que cette scène soit désirable, il faut avoir avec elle un rapport d'identification. Dans ce sens, outre que Mme Y soit sans doute une personne investie (affectivement parlant), elle aime voir le fait d'être en relation, le récit ne le dit pas, mais sûrement de manière harmonieuse. Le fait que la scène se passe dans les escaliers n'est pas anodin. En effet, ils sont un lieu de transition, d'une certaine manière en écho au lieu où elle demeure, le centre de réfugiés. Être en relation avec un adulte de référence dans un espace-temps de transition « hors » du cadre pédagogique, plus proche de la « vraie vie » est ainsi une scène appréciée.

La relation de Nadia à cette scène pourrait être un déclencheur d'une réflexion de l'enseignant.e spécialisé.e et de l'école sur la pratique et le cadre pédagogique à partir de la transition et de l'incertitude. Ne serait-il pas inspirant d'imaginer des enseignements dans des temps-lieux de transition au sein même de l'institution dans ce cas-ci?

Conclusion

Pour les deux vignettes, le récit s'organise autour de l'intrigue, de l'énigme de l'enfant telle que vue par l'enseignant.e spécialisé.e. La cohérence des récits, dont l'écriture spontanée n'est peut-être pas étrangère, questionne aussi la lecture de l'auteur, peut-être associative, trop associative?

La lecture relève tant pour Jonas que Nadia l'importance qu'ils puissent être et rester en lien avec ce qui peut être considéré comme un risque majeur sur leur développement : l'incertitude et le fait de ne pouvoir demeurer pour Nadia, perdre la figure maternelle pour Jonas. Dans les deux situations, maintenir une pensée vivante est sans doute l'enjeu (enjeu qui est, à notre avis, l'enjeu de tout système éducatif) en évitant la désorganisation psychique. Tant Nadia que Jonas matérialisent, donnent vie au risque au travers de récits et de dessins où la maison, qu'elle soit imaginaire ou une représentation du réel, qu'elle soit la maison familiale ou l'école comme seconde maison, joue un rôle important. Elle est le théâtre d'une mise en lien et d'une transformation possible. Pour Nadia et Jonas, conserver une pensée vivante, éviter la désorganisation psychique c'est aussi rester au contact du risque majeur de leur développement au travers de l'objet tiers qu'est la maison.

La relation pédagogique « héberge » ce lien qu'ont Jonas et Nadia à l'objet tiers. L'étayage permet l'exploration voire la transformation. Outre la relation dite bienveillante, c'est par l'agir enseignant, par la pratique professionnelle que ce lien vivant, mais fragile est possible. Écouter en silence, être « seul-avec », demander l'autorisation aux enfants d'explorer, d'explicitier; expliciter le cadre pédagogique; aider à mettre des mots; donner des mots; aider à lire; etc. sont tous des actes qui s'articulent dans une dynamique relationnelle. Dans cette dynamique relationnelle, voir et être vu protège cette mise en lien qui peut à tout instant être coupée par un trop d'angoisse du côté de l'enfant, par un manque de contenance ou une incompréhension du côté de l'enseignant.e spécialisé.e.

Est-ce un travail pédagogique et/ou thérapeutique? Le focus dans les deux situations est la pensée, la garder vivante et la structurer. Par l'agir

enseignant, ne pas perdre la capacité de penser, redonner du sens au savoir et mobiliser par là même la pensée, le focus reste pédagogique. Il peut apparaître un bénéfice thérapeutique secondaire, mais là n'est pas le focus et tant la relation que l'agir demeurent dans le champ pédagogique. Les besoins particuliers de certains enfants questionnent, parfois mettent à mal la tension instruire-éduquer, le rôle professionnel de l'enseignant spécialisé qui doit parfois, pour continuer à accompagner la construction de la pensée de l'enfant, abandonner pour un temps tout objectif pédagogique.

Voir et être vu nécessite par contre une dimension institutionnelle. L'école, comme institution, devrait dans le paradoxe social « ne pas intégrer-scolariser » être capable d'approcher la réalité de l'enfant et des familles pour rester une « institution juste » selon les termes de Ricœur. Au-delà d'une volonté d'inclusion, protéger le développement de l'enfant en lui donnant les outils pour évoluer dans le monde est, en tous lieux et en tout temps, une nécessité. L'école, pour préparer l'enfant aux défis futurs, pourrait repenser sa mission, ses cadres pédagogiques à partir de l'incertitude et de la transition plutôt que des certitudes et de la sédentarité. Outre la migration, l'importance de l'environnement numérique prise dans le développement de l'enfant devrait encourager la réflexion dans ce sens.

Voir et être vu nécessite, dans un monde multiculturel et face à l'énigme *in fine* que représente l'enfant en développement, une dimension interdisciplinaire, un croisement de regards entre professionnels de la petite enfance s'avère nécessaire.

Enfin, l'école comme institution pourrait donner une plus grande liberté aux enseignants spécialisés pour créer des dispositifs pédagogiques qui font sens, pour trouver des chemins singuliers qui protègent et soutiennent le développement de l'enfant. Par leur agir, par la qualité de relation pédagogique, par leur questionnement et remise en question institutionnels, ils participent à réduire les risques et à miser sur les ressources de l'enfant en cela à offrir une réponse étayante à la vulnérabilité des élèves.

La vulnérabilité, ainsi contextualisée, invite à une posture du professionnel qui soutient le développement de l'enfant. La posture s'accompagne d'une visée éthique, dans le sens de Ricœur, qui demande d'utiliser sa liberté politique, institutionnelle et personnelle au service de l'enfant. Ainsi, une certaine liberté hors des déterminants sociaux et de santé redéfinit la posture du praticien.

Références

- Anaut, M. (2006). L'école peut-elle être facteur de résilience? *Empan*, 63, 30-39. Repéré à Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/empa.063.0030>
- Blanchard-Laville, C. (2006). Potentialités sadomasochistes chez l'enseignant dans sa pratique. *Connexions*, 86, 103-119. Repéré à Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cnx.086.0103>
- Blanchard-Laville, C. (2008). Du soin psychique aux enseignants. Psychopathologie du quotidien de l'enseignant. *Cliniques méditerranéennes*, 77, 159-176. Cairn.info. Repéré à <https://doi.org/10.3917/cm.077.0159>
- Bouquet, B. (2015). L'inclusion : Approche socio-sémantique. *Vie sociale*, 11, 15-25. Repéré à Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/vsoc.153.0015>
- Caradec, V. (2007). L'épreuve du grand âge. *Retraite et société*, 52, 11-37. Repéré à Cairn.info.
- Caradec, V. (2018). Intérêt et limites du concept de déprise. Retour sur un parcours de recherche. *Gérontologie et société*, 40, 139-147. Repéré à Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/gs1.155.0139>
- Catheline, N. (2018). *Qu'est-ce que le harcèlement scolaire?* (2e éd.). Paris : Presses Universitaires de France. Repéré à Cairn.info. <https://www.cairn.info/le-harcelement-scolaire--9782130813712-p-5.htm>
- Ciccone, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2, 397-433. Repéré à Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/jpe.004.0397>
- Cifali, M. (2005). *Le lien éducatif : Contre-jour psychanalytique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Cifali, M., & André, A. (2007). *Écrire l'expérience. Vers la reconnaissance des pratiques professionnelles*. Paris : Presses Universitaires de France. Repéré à Cairn.info. <https://www.cairn.info/ecrire-l-experience--9782130559436.htm>
- Cohen-Salmon, J., & Rebelo, T. (2020). Quel plaisir de jouer chez l'enfant agissant en âge de latence? *Enfances & Psy*, 85, 71-81. Repéré à Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.085.0071>
- Crispi, V. (2020). Une approche de type inclusif dans l'accueil scolaire européen des enfants de migrants. Quels besoins en formation? *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 65, 103-115. Repéré à Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spir.651.0103>
- Dessain, B. (2014). *Winnicott : illusion ou vérité : Des conditions de possibilité de l'avènement du sujet*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Gaberan, P. (2017). Oser le verbe aimer en éducation spécialisée. *Empan*, 105, 21-26. Repéré à <https://doi.org/10.3917/empa.105.0021>
- Jumel, B. (2015). *Dessin d'enfant : en 20 études : observation, analyse, interprétation*. Paris : Dunod.
- Kiledjian, É. (2019). Prendre en compte la vulnérabilité et la dépendance sans stigmatiser. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 138, 5-9. Repéré à Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.138.0005>

- Michel, H. (2012). La notion de fragilité des personnes âgées : Apports, limites et enjeux d'une démarche préventive. *Retraite et société*, 62, 174-181.
- Pinel-Jacquemin, S., Koliouli, F., & Kelly-Irving, M. (2018). Devenir et être parent en situation de précarité. *Bulletin de psychologie*, 554, 593-607. Repéré à Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/bupsy.554.0593>
- Poget, M., & Marcelli, D. (2011). De mensonges en songes, l'enfant s'éveille. *Enfances & Psy*, 53, 41-47. Repéré à Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.053.0041>
- Prairat, E. (2012). L'autorité malmenée. *Enfances & Psy*, 54, 109-117. Repéré à Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.054.0109>
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.
- Sanchez-Mazas, M., Changkakoti, N., & Mottet, G. (2018). Scolarisation des enfants de demandeurs d'asile : Nouvelles pratiques, nouveaux dispositifs, nouveaux « métiers » sous le signe de l'incertitude. *Raisons éducatives*, 22, 223-248. Repéré à Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/raised.022.0223>
- Schröder-Butterfill, E. (2013). Le concept de vulnérabilité et sa relation à la fragilité. Dans F. Béland (éd.), *La fragilité des personnes âgées : Définitions, controverses et perspectives d'action* (pp. 203-228). Rennes, France : Presses de l'EHESP. Repéré à Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ehesp.bela.2013.01.0203>
- Tisseron, S. (2011). Chapitre 4 - Des fonctions de la peau à celles des écrans : l'étayage psychique sur les images. Dans René Kaës (Éd.), *Penser l'inconscient : Développement de l'œuvre de Didier Anzieu* (pp. 91-116). Paris : Dunod. Repéré à Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dunod.kaes.2011.02.0091>
- Tisseron, S. (2013). Introduction. Dans Serge Tisseron (Éd.), *Subjectivation et empathie dans les mondes numériques* (pp. 1-30). Paris : Dunod. Repéré à Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dunod.tisse.2013.01.0002>
- Winnicott, D. W. (2018a). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Lausanne : Payot.
- Winnicott, D. W. (2018 b). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Paris : Gallimard.

Chapitre 4

La méditation de pleine conscience chez des enfants en contexte de vulnérabilité : principes et application

Annie Devault et Carl Lacharité

Introduction

La méditation de pleine conscience est définie comme étant le fait de porter attention, sans jugement, à l'expérience du moment présent (sensations corporelles, pensées et émotions) (Kabat-Zinn, 2009). Le contact avec le moment présent par le biais d'un ancrage corporel, par exemple la respiration, aide l'esprit à ne pas se laisser happer par des pensées du passé ou des projections futures, phénomènes qui contribuent grandement à l'apparition d'anxiété et de sentiments dépressifs. La pleine conscience (PC) connaît une popularité grandissante auprès d'intervenants en santé, éducation et services sociaux de même qu'auprès de chercheurs en raison des nombreux bénéfices qui sont observés dans la documentation scientifique, que ce soit la diminution de problèmes physiques ou psychologiques ou l'augmentation du bien-être général (Germer, 2013; Khoury & Lecompte, 2016).

Depuis une dizaine d'années, on constate que la PC peut aussi constituer une pratique bénéfique pour les enfants (Shapiro et al., 2015). Elle peut prendre la forme d'une intervention précoce visant à prévenir l'apparition de troubles de la santé mentale chez des enfants qui affichent déjà des symptômes et/ou prendre la forme d'une intervention universelle de promotion de la santé mentale auprès d'enfants tout-venant visant à les outiller pour qu'ils développent des moyens de prendre soin de leur santé émotionnelle. Cette perspective est pertinente puisqu'on observe que 70 % des troubles de la santé mentale se déclarent avant l'âge adulte (MSSS, 2014) et qu'environ 20 % des enfants sont touchés par un trouble de santé mentale (OMS, 2006). À notre connaissance, aucune étude ne démontre que la PC pratiquée dans l'enfance prévient les risques de développer un trouble de santé mentale à l'âge adulte. Toutefois, les apprentissages et les effets obtenus dans plusieurs programmes existants tels que la régulation de ses émotions, l'acceptation de soi, la flexibilité

cognitive (Gosselin & Turgeon, 2015; Semple & Lee, 2016; Black, 2015) peuvent potentiellement contribuer à la prévention de ces troubles.

Le contexte de vie des enfants est largement associé à leur bien-être intérieur et au développement d'habiletés psychologiques qui y contribuent. La qualité des relations intrafamiliales, la stabilité émotionnelle des parents, les conditions de précarité socioéconomique de la famille, les ressources relationnelles et culturelles auxquelles l'enfant et ses parents ont accès constituent d'importants facteurs qui peuvent favoriser ou faire obstacle au bien-être des enfants et à leur développement. Des interventions dans l'environnement de ces enfants sont donc nécessaires. La diminution de la pauvreté et de la violence, l'augmentation des possibilités d'emploi, le soutien aux parents, des services éducatifs et de santé sont des exemples de mesures visant à atténuer les difficultés vécues par les enfants. Toutefois, les enfants ont aussi besoin d'être soutenus directement dans leur aptitude à prendre soin d'eux-mêmes. Pour les enfants qui vivent de nombreux stress, les mesures de prévention et de promotion de la santé mentale sont pertinentes. Les interventions basées sur la pleine conscience (IBPC) favorisent une meilleure connaissance de soi et la résilience face au stress, en augmentant les capacités à identifier les signes précurseurs d'émotions difficiles et à adopter des attitudes plus adaptatives (Malboeuf-Hurtubise et al., 2017; Sibinga et al., 2016; Zoogman et al., 2014).

Les objectifs de ce chapitre sont, premièrement, de justifier l'application des pratiques de PC chez les enfants exposés à des situations de vie qui les rendent vulnérables sur le plan de leur développement et de leur santé mentale, deuxièmement, d'en démontrer les effets et, troisièmement, de présenter les principes fondateurs d'une intervention – les Ateliers de Dre Zen – implantée auprès d'enfants vivant en contexte de vulnérabilité.

Pourquoi offrir des activités de pleine conscience aux enfants?

Les programmes de PC pour enfants les invitent à observer, par le biais de différents jeux, leurs expériences intérieures et à apprendre à identifier leurs pensées, leurs émotions et leurs sensations corporelles. Ils visent ainsi à favoriser des attitudes telles que le non-jugement, l'acceptation et la compassion face à soi et à ce qui est présent, plutôt que de mettre l'accent sur l'atteinte d'un état différent de celui qui est présent (Deplus, 2011).

L'apprentissage de la PC est pertinent pour les enfants puisque nous savons que les incidences positives sont plus marquées si les interventions sont

prises en œuvre de manière précoce. Coholic et Eys (2016) affirment, dans leur étude menée sur des enfants vulnérables âgés de 8 à 12 ans, qu'à cette période, les programmes de méditation sont justifiés puisque la personnalité et les compétences sont en pleine construction. Ainsi, ces chercheurs montrent qu'avec une augmentation de la capacité d'autorégulation et une meilleure compréhension de son expérience, un enfant peut apprendre à connaître et à exprimer ses émotions et ainsi améliorer son fonctionnement à la maison, à l'école et avec ses pairs.

Le cerveau est plus malléable à ses premiers stades de développement (Roeser & Zelazo, 2012). Ainsi, proposer aux enfants des pratiques de PC, lorsque leurs réseaux neuronaux responsables de la régulation émotionnelle sont en pleine croissance, contribue à façonner le développement optimal de leur cerveau. En effet, le cerveau développe des connexions dans les circuits du cortex préfrontal à un rythme maximal durant l'enfance. Cette plasticité permet aux enseignements de la PC d'avoir un plus grand impact sur les fonctions exécutives des enfants (Zelazo & Lyons, 2012). La PC a ainsi le potentiel de former les cerveaux des jeunes afin qu'ils soient mieux équipés pour faire face aux obstacles de la vie. De plus, les enfants profiteraient davantage des interventions de PC à cause des caractéristiques de ce stade de développement telles que l'ouverture d'esprit, le désir d'apprendre, la candeur et la flexibilité (Zack et al., 2014). Ainsi, dans une perspective neuropsychologique, la PC représente une expérience particulièrement significative sur le plan développemental.

Pourquoi offrir des activités de pleine conscience aux enfants vivant en contexte de vulnérabilité?

L'étude des conséquences de la pauvreté chez les enfants et de la précarité de leurs familles a fait l'objet de nombreuses publications depuis plusieurs décennies (Pollak & Wolfe, 2020). Par exemple, Zaouche-Gaudron (2017) a passé en revue quantité d'études sur les effets de la précarité sur les enfants. Elle relève plusieurs effets délétères de ce contexte de vie. Ainsi, sur le plan socioaffectif, ces enfants seraient plus nombreux à avoir des attachements insécurisants qui contribueraient à l'apparition de problèmes comportementaux et émotionnels intériorisés (par exemple, anxiété, dépression, retrait social) ou extériorisés (par exemple, agression, opposition à l'autorité, hyperactivité). Elle souligne également l'association entre la pauvreté et une faible estime de soi chez l'enfant. Une étude de l'Institut de la statistique du Québec (2010) montre aussi une forte association entre les conditions socioéconomiques et les problèmes extériorisés chez les enfants.

Sur le plan cognitif, les enfants en situation de pauvreté auraient davantage de retards développementaux que des enfants de milieux favorisés (Zaouche-Gaudron, 2017). La *UK Millenium Cohort Study* établit que dès l'âge de 5 ans, les enfants issus de ménages vivant sous le seuil de la pauvreté ont trois fois plus de risques de manifester des difficultés cognitives pouvant aller jusqu'à une année de retard sur leurs pairs (Hansen & Heather, 2012). Des retards de langage sont également associés à la pauvreté économique (Lo et al., 2019; Observatoire des tout-petits, 2019). On note aussi que les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité sont plus présents chez les enfants défavorisés (Zaouche-Gaudron, 2017).

Lo et ses collègues (2019) et Zaouche-Gaudron (2017) rapportent que le stress chronique vécu par les parents vulnérables n'est pas étranger aux effets observés sur les enfants. Ce stress chronique pourrait avoir une influence sur les parents qui seraient moins attentionnés et affectueux envers leurs enfants, davantage irritables et qui appliqueraient une discipline plus sévère.

La pauvreté engendre aussi des effets néfastes sur la santé physique et sur le développement du cerveau tel que relevé par de nombreux chercheurs. Entre autres, le *Center on the Developing Child at Harvard University* (2016), se basant sur 12 ans de recherche sur le développement des enfants, note que les expériences vécues par l'enfant ont le potentiel d'affecter sa vie par le biais des traces que laissent ces expériences sur son cerveau et son corps. En effet, l'exposition au stress toxique (abus, exposition à la violence, pauvreté) provoque l'activation continue et prolongée de la réponse de stress (ce qu'on appelle l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien), qui sollicite le rythme cardiaque, la réponse inflammatoire et la libération d'hormones de stress (notamment le cortisol), sans compter les réactions émotionnelles que ces expériences peuvent engendrer. À long terme, le stress toxique peut contribuer au développement de problèmes de consommation, de dépression, de problèmes physiques. Leur recherche démontre, toutefois, que contrairement à ce que nous croyions il y a 50 ans, les traces laissées dans le cerveau ne sont pas irréversibles. La présence d'adultes bienveillants autour de l'enfant ainsi que le développement de services professionnels ajustés à ses besoins ont le potentiel de prévenir ou de renverser les effets négatifs du stress toxique. Les situations de vulnérabilité mettent principalement en relief deux catégories de besoins psychologiques chez les enfants : des besoins d'autorégulation émotionnelle et comportementale et ceux reliés au développement des fonctions exécutives (notamment, l'attention et la flexibilité cognitive). La plupart des IBPC pour enfants les accompagnent à travers l'apprentissage de ces deux habiletés.

Quelques effets des programmes d'intervention basés sur la pleine conscience

La majorité des programmes de PC pour enfants s'adresse à des jeunes de 6-7 ans et plus, soit à partir du stade des opérations concrètes où les enfants sont plus en mesure que les plus jeunes d'observer leurs pensées et leurs émotions et d'agir sur elles. La plupart des programmes se déroulent en milieu scolaire et comportent de petits exercices que les jeunes effectuent en classe chaque jour à l'aide de leur enseignante ou d'une intervenante visiteuse. Les programmes offerts en milieu communautaire ou clinique prennent généralement la forme de 8 à 12 rencontres hebdomadaires, d'une ou de deux heures, durant lesquelles sont pratiqués des exercices en groupe composés d'une dizaine d'enfants. Souvent, les programmes proposent aussi des exercices à faire à domicile dans le but de permettre l'intégration de la pratique sur une base régulière (Deplus & Lahaye, 2019). Plusieurs programmes de PC pour les enfants rapportent des effets positifs sur les dimensions affectives et cognitives. Par exemple, le programme destiné aux familles vulnérables de Lo et al. (2019) montre des changements significatifs sur le plan de la capacité d'attention et d'autorégulation émotionnelle chez des enfants de 5 à 7 ans, comparativement aux enfants d'un groupe contrôle. Ces deux dimensions ressortent également de l'évaluation des effets d'une IBPC menée par Black et Fernando (2014) auprès d'un échantillon de 409 enfants vivant sous le seuil de la pauvreté de 5-6 ans. Des améliorations de ces dimensions ont été aussi observées par Poehlmann-Tynan et al. (2016) ainsi que par Coholic et Eys (2016), utilisant des exercices de pleine conscience basés sur l'art auprès d'enfants de 8 à 12 ans. Ces derniers ont aussi observé une augmentation de l'estime de soi et de l'empathie. Ils expliquent que l'enfant doit d'abord porter attention à ce qui se passe en lui pour, par la suite, améliorer sa capacité d'autorégulation émotionnelle. Ce contrôle respectueux de soi peut l'aider à développer de meilleures relations avec son entourage, et ainsi augmenter l'estime de soi.

Beaucoup reste à faire sur le plan de la recherche évaluant les effets de la PC chez les enfants. Les quelques études recensées sont diversifiées sur le plan du nombre et de l'âge des enfants, du contexte d'intervention et des types de devis de recherche. Ainsi, elles ne permettent pas de conclusions unanimes. L'une des lacunes des études disponibles est que peu d'entre elles s'appuient sur des théories développementales valides. Une autre faiblesse est qu'elles mesurent rarement les effets à partir d'indicateurs multiples (Greenberg & Harris, 2012). Enfin, une grande prudence est de mise lorsque les IBPC s'adressent à des enfants en contexte de vulnérabilité qui ont potentiellement été la cible de nombreuses expériences éprouvantes, voire traumatisantes. Ces

expériences peuvent créer, chez les enfants, un inconfort avec les sensations physiques ou les émotions, des doutes quant à leur propre valeur, des sentiments d'insécurité, voire des symptômes anxieux (Godbout et al., 2018).

Ces considérations nous invitent à élargir la logique des actions que l'on introduit dans la vie des enfants qui sont exposées à des situations de vulnérabilité. Les enfants ne sont pas passifs devant les conditions d'adversité auxquelles ils sont confrontés. En fait, ils négocient constamment des voies de passages leur permettant de se développer de manière optimale sous les multiples contraintes qui charpentent leur quotidien. Ainsi, les enfants sont des experts de leur survie (Crittenden, 2016). Ils sont à l'affût de ce qui leur permet le mieux de se développer. Des actions qui sont sensibles à la façon dont ils s'engagent, corps et âme, dans leur environnement constituent un ajout essentiel aux mesures centrées sur l'amélioration de leurs conditions de vie. Plus particulièrement, porter attention à la façon dont ils s'engagent envers eux-mêmes pendant qu'ils évoluent dans leur environnement s'avère primordial. C'est justement le point d'ancrage des IBPC. La prochaine section décrit ce type d'intervention développée pour répondre aux besoins d'enfants vivant dans des conditions d'adversité psychosociale.

Illustration d'une expérimentation : Les Ateliers de Dre Zen¹

Les Ateliers de Dre Zen (Devault & Huard-Fleury, 2018) sont une IBPC, créée il y a cinq ans en association avec un Centre de pédiatrie sociale en communauté² et offerte à des enfants âgés de 6 à 10 ans. Jusqu'à maintenant, elle a été expérimentée par 25 enfants fréquentant cet organisme. Ce centre accueille des enfants qui vivent dans des conditions de vulnérabilité les rendant plus susceptibles d'être victimes de stress toxique (pauvreté, troubles d'apprentissage ou de l'attachement, négligence). Ainsi, ces enfants sont susceptibles d'être négativement affectés par leurs conditions de vie, mais ils présentent également des caractéristiques qui les rendent aptes à profiter des activités de PC. L'intervention prend la forme de douze rencontres de groupe avec les enfants. Les observations qui suivent proviennent d'observations faites des ateliers par différentes sources. D'abord, suivant une première année d'expérimentation des Ateliers durant laquelle l'animatrice gardait des notes et des impressions manuscrites, les années deux et trois, ont fait l'objet d'observations plus systématiques par la première auteure et une assistante de recherche. Derrière un miroir sans tain, à chaque rencontre, cette dernière notait

¹ Pour connaître le détail de certains exercices proposés dans les *Ateliers du Dre Zen*, le lecteur est invité à consulter Devault et Huard-Fleury, 2018.

² Il s'agit du Centre de pédiatrie sociale de Gatineau (CPSG) au Québec.

systématiquement les réactions des enfants aux exercices proposés et leurs comportements durant les séances. Ces notes étaient complétées par Devault à partir de ses impressions d'animatrice. L'analyse de contenu de ces observations a permis de faire ressortir les principaux principes à suivre pour le bon fonctionnement d'une IBPC auprès des enfants qui ont participé.³ La structure de l'analyse était basée sur les réactions des enfants (activités préférées, attitudes, participation...) et sur les stratégies de l'animatrice (nombre et durées des activités, stratégies qui facilitent la participation, stratégies d'animation...).

L'objectif des Ateliers de Dre Zen est de favoriser un mieux-être chez les enfants en les aidant à prendre conscience des outils qu'ils possèdent à l'intérieur d'eux-mêmes pour se sentir bien et pour être présents à leurs sensations, émotions et discours intérieur. Plus précisément, les objectifs spécifiques sont de développer chez l'enfant : 1) sa capacité d'attention à sa respiration et à ses sensations; 2) des moyens personnels de vivre des moments de calme; 3) sa capacité d'attention à ses émotions et apprendre l'autorégulation; 4) son habileté à identifier ses forces. Le tableau 1 établit les bases sous-jacentes à chacun de ces objectifs.

Les enfants participants habitent dans un quartier défavorisé d'une grande ville du Québec où l'on retrouve de la violence et de la consommation de drogue. Leurs parents, pour la plupart en situation de monoparentalité, sont prestataires de la sécurité du revenu. Plusieurs enfants manifestent des difficultés d'apprentissage, d'attention ou des troubles du comportement ou de l'attachement et plusieurs présentent des retards cognitifs et scolaires. Ces enfants ont été référés aux Ateliers de Dre Zen par les intervenants du CPSG en fonction de l'évaluation de leurs besoins particuliers.

Cinq dimensions sont communes à toutes les rencontres hebdomadaires avec les enfants : se connecter à l'expérience du moment présent; respirer; bouger; se concentrer; relaxer. Plusieurs des activités associées à ces dimensions sont inspirées des travaux de Cohen Harper (2013), de Kaiser Greenland (2010) et de Kabat-Zinn (2009). Néanmoins, d'autres activités ont été créées par la première auteure au fil de ses expériences avec les enfants.

Sensibles à l'expérience de vie des enfants qui peuvent présenter de multiples difficultés d'ordre cognitif et émotionnel, plusieurs principes sont intégrés aux Ateliers de Dre Zen visant à ce que les enfants se retrouvent dans

³ Au cours de l'année 3, une étudiante de maîtrise et une étudiante de doctorat se sont jointes à l'équipe et ont inscrit leur recherche dans le projet, mais leurs résultats sont encore en cours d'analyse. Les Ateliers de Dre Zen ont obtenu un financement du CRSH en 2019 pour en évaluer les effets. L'étude est toujours en cours.

un cadre leur permettant de se sentir en sécurité et de retrouver un certain contrôle sur leur expérience : 1) Privilégier les contacts personnalisés avec les enfants; 2) Établir une routine; 3) Avoir le soutien d'un deuxième adulte; 4) Éviter la coercition; 5) Miser sur le caractère ludique; 6) Favoriser la participation des enfants; 7) Offrir de relaxer.

1. Développer sa capacité d'attention à sa respiration et ses sensations	Les exercices de respiration constituent la base de la pleine conscience. Ils permettent à l'enfant de prendre contact avec son corps et avec le moment présent. La respiration abdominale, en particulier, active le système nerveux parasympathique, responsable du retour au calme de l'organisme (Kabat-Zinn, 2009). L'attention à sa respiration et à ses sensations favorise aussi la connaissance de soi, permettant à l'enfant d'observer l'émergence d'émotions et de pensées.
2. Développer des moyens personnels de vivre des moments de calme	Plusieurs exercices proposés visent à aider les enfants à se rendre compte des moyens qu'ils possèdent pour trouver le calme en eux-mêmes, favorisant ainsi la prise de pouvoir des enfants sur leur état d'être. Étant donné les environnements stressants qu'ils connaissent, les moyens proposés veulent aussi aider à diminuer l'activation de leurs réponses au stress et ainsi en amoindrir les effets néfastes.
3. Développer sa capacité d'attention à ses émotions et apprendre l'autorégulation	Dans le processus d'identification de la présence d'émotions en eux-mêmes, les exercices aident les enfants à réaliser qu'elles sont passagères, que leurs pensées peuvent influencer l'intensité de leurs émotions et qu'il est possible, avec la pratique, de choisir ses réactions face aux émotions. Le programme propose des échanges réguliers avec les enfants à propos des réactions émotionnelles qu'ils jugent aidantes et celles qu'ils jugent nuisibles à leur fonctionnement à la maison, à l'école et avec leurs pairs.
4. Développer son habileté à identifier ses forces	Les enfants en contexte de vulnérabilité peuvent avoir des déficits sur le plan de l'estime de soi. En concordance avec les principes sous-jacents à la PC, tous les exercices proposés prônent l'acceptation de soi et de ce qu'ils vivent, encourageant ainsi les enfants à s'accorder de la valeur tels qu'ils sont. De plus, des jeux dans lesquels les enfants sont invités à trouver leurs qualités et leurs forces et celles de leurs pairs visent à augmenter l'estime de soi.

Tableau 1 - Bases sous-jacentes aux objectifs des Ateliers de Dre Zen

Privilégier les contacts personnalisés avec les enfants

D'abord, les Ateliers de Dre Zen s'offrent à de petits groupes d'une taille maximale de cinq enfants, ce qui favorise une relation personnalisée entre eux et l'animatrice (Dre Zen). L'animatrice du groupe organise, la deuxième semaine du programme, des rencontres individuelles avec les enfants. C'est l'occasion de vérifier auprès de l'enfant s'il comprend pourquoi il participe au groupe, de répondre à ses questions ou d'entendre ses suggestions. C'est un moment à travers lequel l'attitude chaleureuse et attentionnée de l'animatrice veut permettre à l'enfant de se sentir reconnu à part entière. C'est aussi un moment pour faire une pratique de méditation, seul à seul avec l'enfant, qui, fier d'avoir toute l'attention de Dre Zen, se prête au jeu avec une belle ouverture. De plus, à la fin des séances, Dre Zen joignant les mains et se positionnant face à chaque enfant successivement, établit un contact visuel avec lui en disant : « *je reconnais la beauté en toi* ». Cette façon de se saluer est vite adoptée par tous les petits participants qui répondent spontanément : « *je reconnais la beauté en toi Dre Zen!* » On explique aux enfants que ce message veut dire que l'on se reconnaît mutuellement de belles qualités, espérant que les enfants puissent ressentir qu'ils sont importants.

Établir une routine

Afin de favoriser un sentiment de sécurité, le déroulement des séances est sensiblement toujours le même. Les rencontres durent 30 minutes pendant lesquelles quatre ou cinq activités, d'une durée de cinq à sept minutes chacune, leur sont présentées. Ces activités, sous forme de jeu, misent sur la capacité à trouver le calme en soi, à se concentrer, à observer ses émotions et ses pensées. Aussi, chaque séance débute par un rituel, visant aussi à sécuriser les enfants. Une boîte, contenant une petite cloche tibétaine, est déposée dans le creux de la main de Dre Zen, bien visible aux enfants. Elle défait la petite corde qui ouvre la boîte, sort la cloche et la fait tinter une fois pour marquer le début de la pratique. La fin des rencontres est aussi encadrée par un rituel qui permet une relation privilégiée avec l'enfant.

Avoir le soutien d'un autre adulte

Un adulte accompagne Dre Zen dans l'animation du groupe. En plus d'obtenir son soutien pour encadrer les enfants, Dre Zen peut faire appel à cette personne lorsque l'enfant comprend mal l'exercice en le réexpliquant à celle-ci plutôt qu'en corrigeant l'enfant. La présence de cet accompagnateur peut aussi

permettre à Dre Zen de passer des messages indirects aux enfants (par exemple, « *as-tu remarqué comme on se sent bien quand on respire profondément?* »).

Éviter la coercition

Un autre principe des Ateliers de Dre Zen est d'éviter la coercition. Il est primordial que les enfants sachent que les ateliers de méditation sont un choix, qu'on ne les somme pas de rester calmes et immobiles comme ce peut être le cas dans un cadre scolaire. Pour faciliter le bon fonctionnement du groupe, dès la première rencontre, l'animatrice propose d'établir une liste de règles à respecter. Les règles à suivre sont déterminées par les enfants et écrites au fur et à mesure sur une feuille. Elles sont rappelées au besoin en cours de programme. De plus, les enfants sont informés que les exercices composant les ateliers ne sont pas obligatoires. Si un enfant ne veut pas participer, il peut se retirer du cercle, tout en respectant le bon déroulement de l'exercice pour ses pairs. Enfin, dans des situations où les enfants sont agités et peu attentifs, nous utilisons des consignes créatives, telles que toucher sa gorge pour trouver son poulx, marcher à la manière d'un chat à la chasse pour ralentir le rythme, sans pour autant les réprimander.

Miser sur le caractère ludique

Le caractère ludique des rencontres est indéniable. Les ateliers de Dre Zen misent sur l'imagination et le jeu. Le mode d'apprentissage privilégié est axé sur l'attention au corps, l'utilisation de métaphores et le plaisir, comme dans d'autres IBPC pour enfants (Greco & Hayes, 2008; Santangelo White, 2012). S'imaginer dans une bulle de confort, lancer toutes nos forces dans le ciel pour s'y baigner lorsqu'elles retombent, marcher comme une princesse ou un prince avec une assiette de carton sur la tête afin de bien s'ancrer dans son corps ne sont que quelques exemples d'exercices qui veulent faire émerger le plaisir chez les enfants. Aussi, Dre Zen rend les rencontres plus interactives et amusantes par l'utilisation d'un petit chien en peluche nommé Mini-Zen, présenté comme son assistant. Le petit chien de trois centimètres est placé devant le visage de Dre Zen qui, elle, modifie sa voix pour le faire parler. Cette stratégie réussit invariablement à capter l'attention des enfants.

Favoriser la participation des enfants

Les enfants ont un rôle important à jouer dans les ateliers. Ils ne sont pas les récepteurs passifs des activités. Par exemple, à la fin de chaque exercice, ils sont appelés à commenter leur expérience et à écouter l'expérience de leurs

pairs. Parfois, on leur offre de sonner une cloche pour porter attention à la durée d'un son, de dessiner leurs émotions, de choisir ou de modifier la nature des exercices. Il est fréquent que des exercices déjà effectués lors d'une séance précédente soient repris selon le choix des enfants. Les activités, répétées à plusieurs occasions, sont les plus appréciées, induisant une routine rassurante pour les enfants. Le fait de refaire un exercice donne aussi aux enfants l'occasion de développer un sentiment de compétence. Cette ouverture à la participation permet à l'enfant de sentir qu'il a un contrôle sur son expérience et sur les activités du groupe.

Offrir de relaxer

Toutes les rencontres des Ateliers de Dre Zen se terminent par une relaxation. Les enfants se couchent alors sur leur tapis de yoga, ferment les yeux s'ils le désirent et pratiquent la relaxation. Il est fréquent que les animatrices fassent un massage de mains ou déposent sur le ventre de l'enfant un ourson de peluche pour que l'enfant le berce à l'aide de sa respiration.

Conclusion

Les observations faites dans le cadre des Ateliers du Dre Zen corroborent les résultats rapportés dans d'autres programmes de méditation pour enfants. Le fait de miser sur le jeu et la créativité et d'utiliser le corps comme base de plusieurs exercices mettent ceux-ci à la portée des enfants et semblent faciliter leur apprentissage de la PC. De plus, il est important que les enfants intègrent le fait que ces activités sont réalisées pour leur bien-être et non pas pour faire plaisir à qui que ce soit. Il nous est apparu important également d'établir un lien chaleureux et personnalisé avec chaque enfant et de valoriser leurs forces. L'expérimentation de cette IBPC démontre qu'il est nécessaire de faire preuve de souplesse dans des activités variées et de courte durée. L'utilisation d'un petit assistant en peluche (Minizen) s'est avérée une stratégie très appréciée des enfants.

Les Ateliers du Dre Zen sont encore au stade de l'expérimentation. Les effets observés dans la cohorte comptant 25 enfants ne peuvent être généralisés. Cependant, les observations préliminaires sont encourageantes et permettent d'envisager que la PC constitue une approche efficace, différente et intéressante pour les enfants exposés à des conditions de vie difficiles. Cette forme d'intervention qui vise à mettre les enfants en contact avec leur vécu émotionnel et cognitif, dans une perspective d'acceptation et de valorisation de soi, repose également sur une conception développementale des expériences de

vulnérabilité de l'enfant. Par ce processus, l'enfant apprend à faire appel aux ressources qu'il possède en lui-même pour faire face à l'adversité. Ces apprentissages constituent des éléments qui se combinent avantageusement aux efforts que son entourage peut faire pour améliorer ses conditions de vie.

La perspective de la PC sur la vulnérabilité peut influencer notre façon même de concevoir cette dernière. Issue de la philosophie bouddhiste, la PC considère que tout être humain est vulnérable, c'est-à-dire susceptible d'être blessé, de souffrir. La vulnérabilité est donc partie prenante de la vie et la souffrance est universelle. Bien sûr, les conditions qui contribuent à la vulnérabilité ne sont pas distribuées équitablement dans la société et les petits participants aux Ateliers de Dre Zen font partie de ceux qui doivent négocier avec plusieurs conditions délétères, souvent cumulatives, et donc plus difficiles à surmonter. Les enfants ont besoin de soutien pour donner sens à ces expériences. La PC ne cherche pas à éradiquer la vulnérabilité et la souffrance. Au contraire, elle suggère que c'est d'abord en accueillant cette souffrance avec compassion qu'elle se fera moins intense. En effet, les sentiments de culpabilité, de colère ou d'inadéquation qui accompagnent une souffrance exacerbent inutilement l'expérience difficile. Accompagner les enfants dans l'accueil de ce qu'ils vivent sur le plan émotionnel, plutôt que de viser à changer leur expérience, peut alléger leur fardeau. En PC, cet accueil est expérientiel, c'est-à-dire qu'il passe par l'observation et l'acceptation des réactions du corps, des émotions et des pensées.

Devant l'universalité de la vulnérabilité, la PC vise aussi à examiner le rapport que l'on entretient avec ce que la souffrance engendre : la peur, des sentiments de rejet, de l'agressivité, de la détresse. L'observation du filtre cognitif et émotif qui influence ces réactions est riche puisqu'il laisse entrevoir comment les réponses à la souffrance sont modifiables, non pas en niant la présence de la souffrance, mais en choisissant de l'accueillir avec compassion, tout en faisant de la place à d'autres manières d'être, celles-là plus bienveillantes envers soi et envers les autres. C'est ce que nous évoquons en parlant de l'engagement des enfants envers eux-mêmes.

Les bases de la PC invitent enfin les enfants à examiner par eux-mêmes qu'ils ne sont jamais que vulnérables. En chacun d'eux existent des forces, une vitalité, qui sont parfois ensevelies sous les diagnostics, les étiquettes ou les messages reçus de l'entourage. Face à ces contraintes, les enfants ont besoin de ressentir qu'ils sont forts, lumineux et équipés pour poursuivre leur développement. Les exercices proposés en PC vont au-delà de la compréhension cognitive de leur potentiel, ils les invitent à expérimenter de l'intérieur le calme

qu'ils peuvent s'auto-induire, l'énergie dont est pourvu leurs corps et les sentiments de pouvoir qui peuvent émerger de ce contact intime avec eux-mêmes. Une telle expérimentation s'effectue dans le cadre d'une relation avec une accompagnante sensible aux mouvements internes de leur expérience immédiate tout autant qu'au contexte de vie dans lequel ils évoluent. De plus, le fait que cette expérimentation soit partagée avec d'autres enfants vivant dans des conditions semblables ajoute une dimension collective qui renforce la posture individuelle que chacun d'eux explore par rapport à leur propre vécu.

Références

- Black, C. (2015). Mindfulness training for children and adolescents. Dans R. Ryan, J.D. Creswell & K. Warren (Éds.) *Handbook of mindfulness. Theory, research and practice* (pp. 283-310). New York : Guilford.
- Black, D. S., & Fernando, R. (2014). Mindfulness training and classroom behavior among lower-income and ethnic minority elementary school children. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 1242-1246.
- Center on the developing child (2016). From Best Practices to Breakthrough Impacts: A Science-Based Approach to Building a More Promising Future for Young Children and Families. Repéré à <http://www.developingchild.harvard.edu>
- Cohen Harper, J. (2013). *Little flower yoga for kids. A yoga and mindfulness program to help your child improve attention and emotional balance*. Oakland : New Harbinger Publications.
- Coholic, D., & Eys, M. (2016). Benefits of an arts-based mindfulness group intervention for vulnerable children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 33, 1-13.
- Crittenden, P.M. (2016). *Raising Parents: Attachment, Representation, and Treatment*. New York : Routledge.
- Deplus, S. (2011). Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience pour l'enfant, l'adolescent et leurs parents. Dans Ilios Kotsou (Éd.), *Pleine conscience et acceptation. Les thérapies de la troisième vague*. Repéré à <https://www.cairn.info/pleine-conscience-et-acceptation-9782804166137-page-425.htm>
- Deplus, S., & Lahaye, M. (2019). *La pleine conscience chez l'enfant et l'adolescent*. Bruxelles : Mardaga supérieur.
- Devault, A., & Huard-Fleury, M.-C. (2018). Implantation de séances de méditation pour des enfants d'un centre de pédiatrie sociale. Les Ateliers du Dre Zen. Dans A. Devault et G. Pérodeau (Éds.), *Pleine conscience et relation d'aide, Théories et pratiques* (pp. 143-161). Québec, Presses de l'Université Laval.

- Germer, C. (2013). Mindfulness. What is it? What does it matter? Dans C.K. Germer, R.D. Siegel & P.R. Fulton (Éds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3-35). New York, Guilford.
- Godbout, N., Therriault, C., Dion, J., & Hébert, M. (2018). Interventions axées sur la pleine conscience pour les survivants de traumatismes interpersonnels durant l'enfance. Dans A. Devault et G. Pérodeau (Éds.), *Pleine conscience et relation d'aide, Théories et pratiques* (pp. 217-237). Québec, Presses de l'Université Laval.
- Gosselin, M.-J., & Turgeon, L. (2015). Prévention de l'anxiété en milieu scolaire : les interventions de pleine conscience. *Éducation et francophonie*, 43, 50-65.
- Greco, L. A., & Hayes, S. C. (2008). *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide*. Oakland : New Harbinger.
- Greenberg, M. T., & Harris, A. R. (2012). Nurturing Mindfulness in Children and Youth: Current State of Research. *Child development perspectives*, 6, 161-166.
- Hansen, K., & Heather, J. (2012). *Millennium Cohort Study Third Survey: a user's guide to initial findings*. Centre for Longitudinal Studies, Institute of Education, University of London.
- Institut de la statistique du Québec (2010). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ)*. Repéré à https://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/publications/FS-20ansELDEQ-web_VF.pdf
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. Le manuel complet de MBSR, ou réduction du stress basée sur le mindfulness*. Louvain-la-Neuve : De Boeck.
- Kaiser Greenland, S. (2010). *En route vers la sérénité. La méditation, un art de vivre pour les enfants*. Montréal : Les Éditions Transcontinental.
- Khoury, B., & Lecompte, T. (2016). Présence attentive et milieu clinique. Une recension des méta-analyses. Dans S. Grégoire, L. Lachance & L. Richer (Éds.), *La présence attentive. Mindfulness. État des connaissances théoriques, empiriques et pratiques* (pp.109-126). Québec : PUQ.
- Lo, H. H., Wong, J. Y., Wong, S. W., Wong, S. Y., Choi, C. W., Ho, R. T., ... Snel, E. (2019). Applying mindfulness to benefit economically disadvantaged families: A randomized controlled trial. *Research on Social Work Practice*, 29, 753-765.
- Malboeuf-Hurtubise, C. E., Lacourse, C., Herba, G., Taylor, M., Joussemet, M., & Amor, L. B. (2017). A mindfulness-based intervention for elementary school students with anxiety and depression symptoms: A series of n-of-1 trials on effects and feasibility. *Journal of Evidence-Based complementary and alternative medicine*, 22, 856-869.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2014). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020- Faire ensemble autrement*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Observatoire Des Tout-Petits (2019). *Dans quels environnements grandissent les tout-petits du Québec? Portrait 2019*. Montréal : Fondation Lucie et André Chagnon.
- Organisation Mondiale De La Santé (2006). Guide des politiques et des services de santé mentale. Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Repéré à http://www.who.int/mental_health/policy/santementale_enfant_ado_final.pdf

- Poehlmann-Tynan, J., Vigna, A. B., Weymouth, L. A., Gerstein, E. D., Burnson, C., Zabransky, M., & Zahn-Waxler, C. (2016). A pilot study of contemplative practices with economically disadvantaged preschoolers: Children's empathic and self-regulatory behaviors. *Mindfulness*, 7, 46-58.
- Pollak, S. D., & Wolfe, B. L. (2020). Maximizing research on the adverse effects of child poverty through consensus measures. *Developmental Science*, 23. Repéré à <https://doi.org/10.1111/desc.12946>
- Roeser, W., & Zelazo, P. D. (2012). Contemplative science, education and child development: Introduction to the special section. *Child Development Perspectives*, 6, 143-145.
- Santangelo White, L. (2012). Reducing stress in school-age girls through mindful yoga. *Journal of pediatric Health Care*, 26, 45-56.
- Semple, R. J. & Lee, J. (2016). *La pleine conscience pour les enfants anxieux. Aller mieux en s'amusant grâce au programme MBCT-C*. Belgique : De Boeck.
- Shapiro, S. L., Lyons, K. E., Miller, R. C., Butler, B., Vieten, C., & Zelazo, P. D. (2015). Contemplation in the classroom: A new direction for improving childhood education, *Educational Psychology Review*, 27, 1-30.
- Sibinga, E., Webb, L., Ghazarian, S. R., & Ellen, J. M. (2016). School-based mindfulness instruction: An RCT. *Pediatrics*, 137, 1-8.
- Zack, S., Saekow, J., Kelly, M., & Radke, A. (2014). Mindfulness based interventions for youth. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 32, 44-56.
- Zaouche-Gaudron, C. (2017). *Enfants de la précarité*. Toulouse : Eres.
- Zelazo, P. D., & Lyons, K. E. (2012). The potential benefits of mindfulness training in early childhood: A developmental social cognitive neuroscience perspective. *Child Development Perspectives*, 6, 154-160.
- Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., & Miller, L. (2014). Mindfulness interventions with youth: A meta-analysis. *Mindfulness*, 6, 290-302.

Chapitre 5

Lever le voile sur la réalité de jeunes ayant un parent atteint d'un trouble de santé mentale pour mieux intervenir auprès d'eux

Julie Lefebvre, Aurélie Baker-Lacharité, Rebecca Heinisch, Carl Lacharité, Marleen Baker, Patricia Germain, Denise Côté, Carolanne Coulombe et Vickie Bernier

Les enfants ayant un parent atteint d'un trouble de santé mentale sont considérés comme un groupe à risque, leur développement étant fortement teinté par la relation qu'ils entretiennent avec leurs parents (Gladstone et al., 2014; Grove et al., 2017). Lorsque l'expérience de la parentalité se développe dans un contexte de vulnérabilité, celle-ci peut représenter un plus grand défi et fragiliser le développement des enfants vivant dans ce contexte.

En se référant à son étymologie, le concept de vulnérabilité se traduit par une situation où l'intégrité de la personne est à risque d'être menacée (Liendle, 2012). Roy (2008) identifie deux façons de comprendre le concept de vulnérabilité qui prédominent dans la littérature. La première évoque davantage les caractéristiques propres à l'individu qui le rendent vulnérable, tandis que la deuxième réfère aux caractéristiques du contexte qui entoure la personne. Selon cette deuxième conception, la vulnérabilité se définirait davantage par le contexte particulier dans lequel la personne vit, tel qu'un contexte de pauvreté ou un contexte familial difficile. Le contexte dans lequel un parent vit avec un trouble de santé mentale peut ainsi représenter un contexte de vulnérabilité impliquant certains défis pour toute la famille.

La santé mentale est une composante essentielle de la santé. C'est un équilibre dynamique entre les différentes sphères de la vie d'une personne et qui résulte d'interactions entre différents facteurs : biologiques, psychologiques et contextuels. La santé mentale permet à un individu d'agir, de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie et d'apporter une contribution à la communauté. Elle est influencée par les conditions de vie, les valeurs collectives dominantes ainsi que les valeurs propres à chaque personne

(Institut canadien d'information sur la santé, 2009). Ainsi, lorsqu'une personne a un trouble de santé mentale, l'équilibre entre les différentes sphères de sa vie peut être fragilisé.

Les troubles de santé mentale touchent des personnes de tous âges, de tous niveaux socioéconomiques et de toutes cultures. Au Canada, 20 % de la population sera directement atteinte par un trouble de santé mentale et 80 % côtoieront une personne qui en souffre (Canadian Mental Health Association, 2016). Il n'existe toutefois pas de données canadiennes exactes sur le nombre de personnes ayant un trouble de santé mentale qui sont également parents (Carrière et al., 2010), et par le fait même, le nombre d'enfants qui vivent dans ce contexte. Aux États-Unis, Nicholson et al. (2001) soutiennent que 68 % des femmes et 57 % des hommes atteints d'un trouble de santé mentale sont parents. Ces données ne représenteraient toutefois qu'une partie des statistiques réelles, puisque seulement 38 % des adultes ayant un problème de santé mentale consultent pour obtenir de l'aide (Huntsman, 2008).

L'objectif de ce chapitre est de présenter des données originales recueillies à partir d'une analyse de dossiers de jeunes qui était sur le point de débiter le programme *Les Ateliers Anna*. Plus particulièrement, des données d'ordre psychosocial seront abordées et discutées pour mieux comprendre une partie de leur réalité. Une meilleure compréhension de ces jeunes vivant dans un contexte de vulnérabilité où un parent est atteint d'un trouble de santé mentale permettra d'identifier et de discuter de pistes d'intervention adaptées à leurs besoins. Avant de présenter les résultats de l'analyse de dossiers, quelques données issues de la littérature seront présentées, de même que les services offerts à ces jeunes.

L'expérience familiale lorsqu'un parent vit avec un trouble de santé mentale

Plusieurs défis rencontrés par les parents ayant un trouble de santé mentale sont répertoriés dans la littérature, notamment en ce qui a trait à la conjugalité, au statut socio-économique et à la relation parent-enfant. En effet, par exemple, une large proportion des mères vivant avec un trouble de santé mentale sont monoparentales, sont sans emploi et vivent dans des conditions de pauvreté (Wendland, 2017). De plus, ces familles sont parfois exposées à des événements de vie souffrants, tels que la judiciarisation ou l'hospitalisation du parent atteint d'un trouble de santé mentale, créant souvent des difficultés dans la relation parent-enfant (Grove et al., 2017). Ce type d'événement prive l'enfant

de son parent, engendrant ainsi un stress important qui peut avoir un impact sur la dynamique familiale (Tabak et al., 2016).

En plus de devoir développer des stratégies d'adaptation en lien avec leur condition psychologique, ces parents doivent parallèlement prendre soin de leur enfant qui dépend d'eux pour se développer de manière harmonieuse. Ce contexte familial précaire peut affecter le développement de l'enfant et son bien-être (Carrière et al., 2010; van der Ende et al., 2016). Les familles dont un parent a un trouble de santé mentale seraient à risque d'avoir une moins bonne communication et cohésion familiale comparativement aux familles dont les parents ne vivent pas dans ces conditions (Maybery et al., 2012).

Ainsi, pour ces jeunes évoluant dans ce contexte de vulnérabilité, il importe de ne pas négliger les impacts qui peuvent être divers, notamment sur la santé physique et psychologique, et leur offrir un soutien (Breaux et al., 2016; Piché et al., 2011).

Comment ces jeunes vivent-ils dans ce contexte?

La présence d'un trouble de santé mentale chez un parent peut affecter les enfants sur différents plans. En effet, certains de ces enfants peuvent se sentir surchargés, coupables, isolés, impuissants et prendre davantage de responsabilités qu'ils ne le devraient. Ces enfants seraient également plus à risque de présenter un retard développemental, des difficultés comportementales ou émotionnelles, de même que des difficultés sur le plan académique (Laflamme, 2012; Riebschleger et al., 2017). Les impacts sur le jeune peuvent s'aggraver ou diminuer selon la présence ou l'absence de certains facteurs, tels que l'hospitalisation fréquente du parent, un diagnostic chronique, la présence d'un trouble de santé mentale chez les deux parents, l'instabilité dans la prise de médication du parent, le manque de soutien social, les déménagements fréquents, l'isolement familial et l'absence de services offerts dans la communauté (Laflamme, 2012). De plus, les enfants d'un parent atteint d'un trouble de santé mentale sévère sont plus susceptibles que d'autres enfants d'être référés aux services de protection de la jeunesse, étant donné leur contexte familial instable (Huntsman, 2008).

Les répercussions du trouble des parents sur les enfants sont souvent mises de côté dans les services offerts en psychiatrie. En effet, chez l'adulte qui consulte pour une problématique de santé mentale, le traitement prend peu ou pas en considération les impacts que ce contexte peut avoir sur leurs enfants (Carrière et al., 2010). Pourtant, les impacts sur l'enfant sont clairement

démontrés dans la littérature. Par ailleurs, les préjugés et les tabous entourant les troubles de santé mentale inciteraient près des deux tiers des personnes atteintes à ne pas chercher l'aide dont elles ont besoin (McAll et al., 2012). Face à ce constat, il importe qu'au moment opportun, le trouble de santé mentale du parent soit expliqué au jeune en utilisant un langage adapté en fonction de son âge et de son stade développemental, tant sur le plan affectif que cognitif. Les répercussions des non-dits pourraient occasionner un mal-être chez le jeune qui peut se traduire par une impossibilité à intégrer son propre vécu face au contexte (Wendland, 2017).

Les jeunes ayant un parent atteint d'un trouble de santé mentale ont des besoins propres au fait de vivre dans ce contexte familial particulier (Tabak et al., 2016). Bedeaux (2018) fait ressortir les besoins principaux exprimés par des jeunes ayant vécu avec un parent atteint d'un trouble de santé mentale et qui sont devenus adultes. Dans un premier temps, ces jeunes devenus adultes ont rapporté avoir eu le besoin d'être inclus dans le processus de traitement ou d'être informés de l'évolution de la condition de santé mentale du parent. Dans un deuxième temps, ils ont exprimé avoir eu le besoin d'information à propos du trouble de santé mentale de leur parent et que leurs émotions soient reconnues et validées. Finalement, ils ont également rapporté qu'ils auraient eu besoin d'intégrer un groupe de soutien avec d'autres pairs vivant dans une situation similaire pour normaliser l'expérience vécue.

Malgré divers impacts identifiés sur les enfants dont un parent présente un trouble de santé mentale, peu de services semblent leur être offerts au Québec. Pourtant, ces jeunes expriment des besoins d'être accompagnés et soutenus face à leur situation.

Comment soutient-on ces jeunes?

Actuellement, il y a un manque important de soutien offert à ces jeunes, longtemps qualifiés *d'enfants invisibles*, dans les services, malgré les risques élevés reconnus pour ceux-ci (Bee et al., 2014; Wahl et al., 2017). En effet, des services sont offerts soit à l'adulte qui a un trouble de santé mentale ou soit à son enfant lorsqu'il présente des problématiques sur le plan de la santé mentale ou de son comportement. Par ailleurs, peu de services sont adaptés spécifiquement pour les jeunes (Reedtz et al., 2012).

Pourtant, certains auteurs ont identifié les grandes caractéristiques d'une adaptation positive chez des enfants dont un parent est atteint d'un trouble de santé mentale. Ainsi, les jeunes qui s'adaptent le mieux seraient conscients du

problème de leur parent, capables de comprendre le trouble de leur parent, capables de partager leur vécu, en mesure d'avoir un bon jugement à l'égard des émotions de leur parent sans ressentir de culpabilité à l'égard de la situation, entourés d'un autre parent ou d'un adulte significatif qui est compétent, et serait engagé dans des activités à l'extérieur de la maison qui rehaussent leur estime de soi (Pölkki et al., 2005).

Malgré le manque de services adaptés, quelques initiatives ont été créées dans le monde pour soutenir ces jeunes, particulièrement en Australie, en Angleterre et aux États-Unis (Reupert et al., 2012). Ces programmes de soutien offerts aux enfants dont un parent est atteint d'un trouble de santé mentale ont inspiré la création en 2006 de l'organisme *Anna et la mer*. Cette initiative communautaire fondée au Québec propose également un lieu, soit la *Maison Anna* située à Trois-Rivières, où les jeunes peuvent recevoir du soutien sous différentes formes. La figure 1 présente les diverses trajectoires d'accompagnement pour les jeunes qui fréquentent l'organisme. *Anna et la mer* propose un modèle novateur d'intervention intense et continue. Lors de son accueil à l'organisme, le jeune pourra prendre part au programme *Les Ateliers Anna*. Ce programme constitue le fondement de la logique d'intervention préconisée par l'organisme et qui transparait à travers les diverses activités offertes. Notamment, *Les Ateliers Anna* permettent au jeune de démystifier le trouble de santé mentale de son parent ou de son proche. À la suite de sa participation aux *Ateliers Anna*, le jeune peut prendre part à diverses activités selon son groupe d'âge. Ainsi, il peut prendre part au groupe du programme *L'Escale*, s'il est âgé entre 7 et 11 ans, ou au groupe du programme du *Gouvernail*, s'il est âgé entre 12 et 17 ans. Ces deux programmes s'inscrivent dans une continuité dans la logique d'intervention et dans les thématiques préalablement abordées dans *Les Ateliers Anna*, mais en portant une attention particulière aux besoins spécifiques ressentis par les jeunes qui y participent. Ainsi, ces programmes s'adaptent aux différents défis et réalités particuliers à chaque groupe. En plus de la participation à ces programmes, le jeune est invité à participer à des activités de répit collectives une fois par mois. Ces activités ludiques permettent, notamment, la création d'un sentiment d'appartenance et la création d'un réseau avec des jeunes qui vivent des situations semblables. À travers ces quatre différents programmes, un accompagnement individualisé est également offert si le jeune vit une situation de détresse particulière. Cet accompagnement se déroule sur une courte période de temps afin d'offrir un soutien plus spécifique durant une période de crise. De même, à travers la participation du jeune aux différents programmes, une communication régulière est présente avec les parents. Cette communication favorise l'établissement

d'un espace où les parents peuvent s'exprimer sur leur vie et la relation avec leurs enfants. Ce contact régulier avec les parents permet ainsi de soutenir l'expérience de la parentalité.

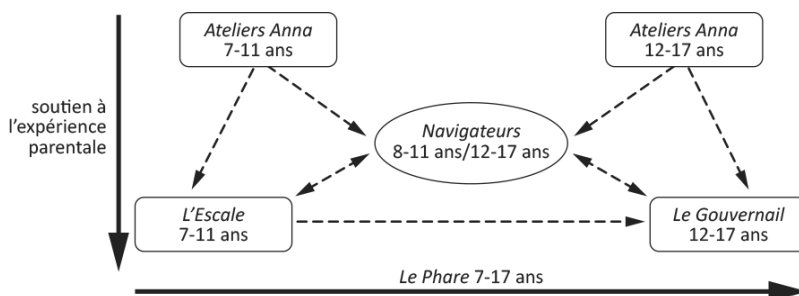


Figure 1 - Trajectoires d'accompagnement des jeunes chez *Anna et la mer* (Source : auteurs)

Comme tous les programmes offerts chez *Anna et la mer*, *Les Ateliers Anna* ont été créés de manière rigoureuse, en s'appuyant sur une recension exhaustive de la littérature portant sur le sujet, en se référant à des programmes existants dans d'autres pays, en consultant divers professionnels dans le domaine psychosocial et également à partir d'observations de jeunes dont un parent est atteint d'un trouble de santé mentale. Plus précisément, l'intervention dans ce programme cible sept facteurs de protection dans le but d'augmenter le processus de résilience. Ces facteurs sont présentés dans la figure 2.

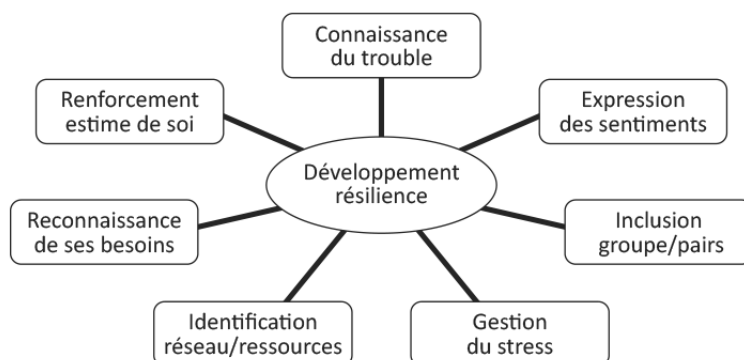


Figure 2 - Facteurs de protection ciblés dans l'intervention des *Ateliers Anna* (Source : auteurs)

Ainsi, l'intervention auprès du jeune lui permet de connaître davantage le trouble de son parent tout en lui offrant de s'intégrer dans un groupe de pairs entourés d'intervenants qui agissent en tant que figures significatives. L'intervention favorise également l'identification, l'articulation et l'expression des sentiments vécus par le jeune, une gestion du stress plus adaptée et la reconnaissance de ses propres besoins. Enfin, le programme permet au jeune d'identifier son réseau extérieur et les ressources disponibles, et de renforcer son estime de soi. En somme, le programme *Les Ateliers Anna* soutient le jeune dans le développement de sa capacité de résilience à partir d'interventions ciblant les sept facteurs de protection identifiés.

Mieux connaître les jeunes qui débutent *Les Ateliers Anna*

Pour mieux connaître les jeunes qui ont été accompagnés par l'équipe d'*Anna et la mer*, une analyse de 55 dossiers a été réalisée. Mieux comprendre la réalité de ces jeunes permettra d'adapter l'intervention en fonction de leurs besoins. Ces jeunes ont débuté le programme *Les Ateliers Anna* entre 2009 et 2018. Ces dossiers contiennent des informations fournies par les parents ou les répondants (autre membre de la famille qui a la garde de l'enfant ou parent d'accueil) de chaque jeune, et ce, au début du programme. La grille d'analyse des dossiers permettait de recueillir diverses informations, par exemple, sur les services reçus, les données sociodémographiques, la santé psychologique et physique des jeunes et de leurs parents, de même que sur certaines autres variables psychosociales.

Mieux connaître le contexte des jeunes qui débutent *Les Ateliers Anna*

Dans un premier temps, il importe de situer la demande de soutien. Ainsi, la référence à l'organisme *Anna et la mer* provenait majoritairement d'intervenants psychosociaux du réseau de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, près de 20 % des jeunes ont été référés par un organisme communautaire et un autre 20 % de jeunes a été référé par un membre de la famille ou un ami. Une minorité de jeunes a été référée par le milieu scolaire ou un professionnel en bureau privé. Il appert donc que la grande majorité des jeunes qui obtient du soutien chez *Anna et la mer* a d'abord reçu des services d'un intervenant psychosocial dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Il est donc possible de croire que ces jeunes exprimaient déjà un besoin d'aide, que ce soit par des comportements, des symptômes ou des difficultés particulières. À cet égard, les divers motifs de référence rapportés par les parents ou le répondant des jeunes permettent d'ajouter un éclairage sur les difficultés vécues par ces derniers. Une grande proportion de ces motifs était liée à l'incompréhension de la part du jeune quant au trouble de santé mentale de son parent. Cette incompréhension pouvait générer une souffrance ou l'apparition de différents symptômes chez le jeune. Par ailleurs, des difficultés dans la relation parent-enfant étaient également un motif de référence fréquent. Plusieurs autres motifs de référence ont été formulés, tels que la présence d'émotions ou sentiments difficiles exprimés fréquemment par le jeune (par exemple, tristesse, colère, culpabilité). Certains parents ou répondants ont également indiqué que l'anxiété, le repli sur soi ou la difficulté à exprimer ses émotions chez le jeune avaient contribué à faire une demande d'aide. Finalement, le contexte familial difficile, tel que la pauvreté, l'instabilité, les conflits familiaux, exacerbé par le trouble de santé mentale du parent, a également été nommé comme motif de référence. En somme, le motif de référence à l'organisme *Anna et la mer* semble fréquemment relié à des symptômes ou difficultés présentes chez les jeunes, démontrant ainsi d'entrée de jeu une souffrance et un besoin d'être soutenu.

Sur le plan sociodémographique, les jeunes ont commencé, en moyenne, à fréquenter *Les Ateliers Anna* vers l'âge de neuf ans. Ces jeunes ressentent fort probablement les effets du contexte de vulnérabilité dans lequel ils vivent depuis leur jeune âge. Certains auteurs abordent l'importance d'intervenir précocement auprès de ces jeunes. En ce sens, Backer et al. (2017) affirment qu'en très bas âge, les enfants ressentent les impacts du trouble de santé mentale de leur parent et qu'à partir d'environ l'âge de quatre ans, ils peuvent verbaliser leur vécu, s'ils sont soutenus.

De plus, davantage de filles ont bénéficié des services de l'organisme entre 2009 et 2018, soit un peu moins du deux tiers. Est-ce à dire qu'une majorité de filles vivaient dans ce contexte de vulnérabilité à ce moment, ou plutôt que les garçons étaient moins référés à l'organisme? Si la deuxième option s'avère probable, comment la comprendre? Est-ce que les garçons manifesteraient leur souffrance autrement et auraient moins tendance à être référés à ce type d'organisme? À ce sujet, la souffrance des garçons s'exprimerait davantage par des passages à l'acte et des problèmes de type extériorisé (Campbell, 2016). Ainsi, il est possible que leur entourage (incluant les professionnels de l'éducation et de la santé/services sociaux) ait plus de difficulté à percevoir leur détresse et les efforts adaptatifs que ces difficultés comportementales représentent, et ainsi à les relier au contexte de vulnérabilité dans lequel ils vivent. Dès lors, les garçons sont peut-être davantage orientés vers des services reposant sur des interventions qui mettent l'accent sur leurs comportements problématiques. Ainsi, bien que tout à fait approprié, le soutien proposé par l'organisme *Anna et la mer* pourrait être perçu comme étant une réponse moins appropriée aux besoins de ces garçons.

Par ailleurs, la grande majorité des parents étaient divorcés ou séparés, soit près de 70 %. Parmi ces jeunes, près du deux tiers vivaient soit avec leur mère, soit avec leur père ou en garde partagée. Le tiers restant vivait avec un autre membre de sa famille, comme un des grands-parents, ou dans une famille/foyer d'accueil. Ainsi, en ajout au contexte de vulnérabilité dans lequel ils vivent, une grande majorité de ces jeunes ont vécu la séparation de leurs parents, ce qui a pu avoir un impact sur leur développement. De plus, le tiers d'entre eux ont vécu une forme de séparation de leurs parents, ne vivant plus avec eux.

Quant à la santé psychologique des parents, dans plus de la moitié des cas, il s'agit de la mère qui est atteinte d'un trouble de santé mentale. Dans près du tiers des cas, il s'agit du père qui est atteint d'un trouble de santé mentale et pour certaines familles, ce sont les deux parents qui sont atteints. La présence d'un trouble de santé mentale chez les deux parents représente un facteur pouvant aggraver les répercussions sur l'enfant (Laflamme, 2012).

Il importe de souligner que l'organisme *Anna et la mer* accueille des jeunes dont un proche ou un parent est atteint d'un trouble de santé mentale, et ce, peu importe le type de trouble. Ce ne serait pas le type de trouble du parent qui aurait le plus d'impact sur le jeune, mais plutôt la chronicité et la sévérité des symptômes liés à ce trouble (Reupert et al., 2013). À la suite de l'analyse des dossiers, il en ressort que la majorité des parents avaient un trouble

de l'humeur ou un trouble de la personnalité, et que pour la plupart, celui-ci était sévère et persistant. Ce type de trouble pouvant affecter la gestion des émotions chez les parents, il est possible que ceux-ci aient été moins disponibles pour leur enfant, selon l'évolution des symptômes liés au trouble (Reupert et al., 2013). En ajout, quelques parents présentaient un diagnostic de schizophrénie ou ont un trouble lié à un traumatisme. De plus, selon les informations figurant aux dossiers, il semble qu'un peu plus de la moitié des jeunes connaissaient le diagnostic de leur parent, et ce, depuis un an en moyenne avant le début de leur participation aux *Ateliers Anna*. Par conséquent, près de la moitié des jeunes n'avaient pas été informés de la situation, Wendland (2017) souligne l'importance d'informer le jeune au moment opportun, pour lui permettre de mieux comprendre et d'intégrer son vécu.

Mieux comprendre le profil psychosocial de ces jeunes

Quelques informations quant au profil psychosocial des jeunes ayant débuté *Les Ateliers Anna* entre 2009 et 2018 sont ressorties de l'analyse des dossiers. Ces données ont été recueillies dans le dossier de chaque jeune et provenaient du questionnaire rempli par l'intervenant d'*Anna et la mer* lors de son premier contact individuel avec le jeune et son ou ses parents ou répondants. Ce questionnaire a mené ensuite à la réalisation d'une grille d'analyse de dossiers dans l'objectif de recueillir les données à l'étude. Ces informations ont été identifiées dans l'objectif de mieux connaître ces jeunes et ainsi, proposer une réflexion sur des pistes d'intervention.

Tout d'abord, le tiers des jeunes présentaient un diagnostic psychologique émis par un professionnel au moment de débiter *Les Ateliers Anna*. Les diagnostics les plus fréquemment rapportés étaient le trouble déficitaire de l'attention (TDA), le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), la douance et l'hypersensibilité au bruit. Certains jeunes présentaient également un trouble somatique ou un trouble de l'humeur. Dans la population générale, environ 5 % des jeunes enfants auraient un diagnostic de trouble de santé mentale et le TDAH serait le plus prévalent. Quant aux jeunes âgés de 11 à 17 ans, ce pourcentage augmenterait à environ 17 % (Institut de la statistique du Québec, 2018). Malgré ces statistiques qui vont en augmentant, les troubles de santé mentale semblent davantage présents chez les jeunes ayant fréquenté *Anna et la mer* que dans la population générale, les amenant à être confrontés à divers symptômes souffrants.

Au-delà du diagnostic, les symptômes psychologiques les plus fréquents chez ces jeunes ont également été identifiés et sont illustrés par la Figure 3.

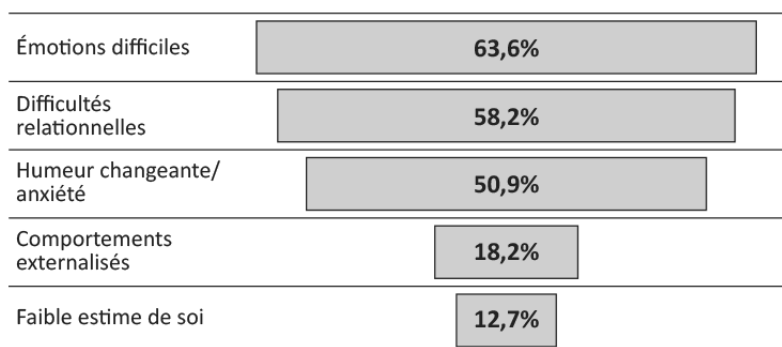


Figure 3 - Symptômes psychologiques manifestés par 55 jeunes ayant fréquenté *Anna et la mer* sur une période de 10 ans (2009-2018) (Source : auteurs)

Ainsi, les symptômes psychologiques les plus fréquemment identifiés sont la présence d'émotions difficiles et souffrantes à 63,6 % (par exemple, tristesse, colère, peur, culpabilité), de difficultés relationnelles à 58,2 % (par exemple, manque d'habiletés sociales, retrait social), d'une humeur changeante ou la manifestation d'anxiété 50,9 % (par exemple, inquiétudes, malaise, insécurité, peur, culpabilité, douleurs psychosomatiques, etc.). Les comportements externalisés, tels que l'impulsivité ou les troubles de comportements, de même qu'une faible estime de soi, sont également observés chez ces jeunes, soient respectivement dans 18,2 % et 12,7 % des cas. Ces symptômes sont également relevés dans la littérature, mettant à nouveau en lumière l'importance de s'y attarder et d'offrir un soutien adapté à ces jeunes. Ainsi, ces jeunes semblent particulièrement affectés sur le plan du développement de leur sphère émotionnelle et relationnelle. Notons qu'il est possible que les comportements externalisés soient moins présents chez les jeunes de l'échantillon, puisque la majorité d'entre eux sont des filles. Comme déjà mentionné, ce type de comportements seraient plus fréquents chez les garçons (Campbell, 2016).

Enfin, la figure 4 présente certains événements de vie qui peuvent avoir été marquants pour ces jeunes. Cette figure fait ressortir que près du trois quarts des jeunes ont vécu l'hospitalisation d'un de leurs parents, souvent associée au trouble de santé mentale de ce dernier. De plus, près de 60 % vivraient une forme d'isolement social, qui s'illustre par le fait d'avoir peu ou pas d'amis, de faibles habiletés sociales ou une difficulté à conserver ses amis. Par ailleurs, plus de 40 % des jeunes ont vécu de l'instabilité domiciliaire au cours de leur vie, et plus particulièrement de fréquents déménagements. Enfin, 20 % des jeunes ont déjà vécu un placement en famille ou en centre d'accueil. À nouveau, ces résultats illustrent certains événements vécus par ces jeunes tels qu'identifiés dans la

littérature. Ces événements de vie peuvent avoir contribué à l'apparition de certaines difficultés ou symptômes chez les jeunes, et ainsi fragiliser leur développement.

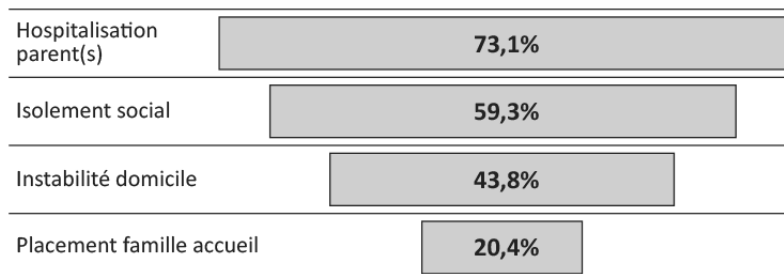


Figure 4 - Événements vécus par 55 jeunes ayant fréquenté *Anna et la mer* sur une période de 10 ans (2009-2018) (Source : auteurs)

Quelles pistes de réflexion sur l'intervention pour soutenir ces jeunes?

Les constats soulevés dans l'analyse des dossiers de 55 jeunes ayant débuté *Les Ateliers Anna* entre 2009 et 2018 démontrent leur besoin de soutien. Les motifs de référence révèlent déjà que plusieurs jeunes vivent avec une incompréhension du trouble de santé mentale de leur parent, pouvant générer divers symptômes psychologiques ou comportements perturbateurs. En explorant les symptômes psychologiques vécus par ces jeunes, il en ressort la présence d'émotions difficiles à gérer, telles que la colère, la tristesse, la culpabilité, et des difficultés sur le plan relationnel qui peuvent mener à un retrait social ou un manque dans les relations avec les pairs. À cela s'ajoute également la manifestation d'anxiété importante. Ce profil fait écho à celui présenté dans les études antérieures sur le sujet (Laflamme, 2012; Riebschleger et al., 2017). Par ailleurs, plusieurs de ces jeunes ont vécu des événements teintés d'instabilité, tels que des déménagements fréquents, des placements en centre ou famille d'accueil ou l'hospitalisation de leur parent pour leur trouble de santé mentale. Un vécu d'isolement social est fréquemment noté. Ces événements marquants sont également relevés dans la littérature et leur présence répétée pourrait aggraver les symptômes psychologiques vécus par ces jeunes (Laflamme, 2012). Il importe d'ajouter que ces résultats couvrent une partie de la réalité de ces jeunes, en s'attardant davantage à leur profil psychosocial. D'autres impacts, notamment sur le plan physique, sont évoqués également dans la littérature et seraient à investiguer (Breaux et al., 2016; Piché et al., 2011).

En complément au profil psychosocial des jeunes, en 2018, une analyse des préoccupations de 38 jeunes impliqués dans le programme *Les Ateliers Anna* a été réalisée. Dans le cadre d'une activité, les jeunes étaient invités à déposer de manière confidentielle leurs préoccupations dans une « Boîte à questions ». Cinq types de questions/préoccupations ont été relevées en lien avec : 1) la nature/l'origine du trouble de santé mentale de leur parent; 2) les symptômes/comportements observés chez leur parent; 3) le traitement, le pronostic ou l'évolution du trouble; 4) la transmission intergénérationnelle du trouble; 5) le désir d'avoir des conseils pour soigner ou aider leur parent. Ces préoccupations démontrent le besoin de ces jeunes d'être informés, guidés et accompagnés face à leur situation.

Le profil des jeunes sous l'angle de l'intervention chez *Anna et la mer*

Le profil des jeunes identifié dans l'étude permet de faire des liens avec l'intervention déjà proposée par l'organisme *Anna et la mer*. Ainsi, le programme *Les Ateliers Anna* tente d'aider le jeune à créer ou à recouvrer un sentiment de confiance en ses capacités et en l'avenir. Il permet de développer chez le jeune des stratégies adaptatives afin de faire face aux stress de sa réalité quotidienne et ainsi remplir son coffre à outils. Derrière les différentes activités du programme se glisse une logique d'intervention : soutien à petits pas, reconnaissance du vécu de chaque jeune, reconnaissance du potentiel développé et à développer chez celui-ci.

Au-delà de l'intervention, offrir un milieu de vie, *La Maison Anna*, peut leur permettre de développer des repères de bien-être. Le contexte physique dans lequel l'intervention est offerte joue un rôle dans l'établissement du lien de confiance qui se développe et dans la création d'un sentiment d'appartenance. L'intervention permet également de créer des liens significatifs entre les jeunes qui peuvent échanger avec des pairs vivant dans le même type de contexte. La continuité dans l'offre de services et dans la relation aux accompagnateurs/adultes significatifs crée un espace de paroles pour les jeunes. En effet, outre le programme *Les Ateliers Anna*, d'autres programmes et services sont offerts aux jeunes par la suite.

De plus, les parents qui viennent déposer leur enfant à la *Maison Anna* évoquent souhaiter eux aussi fréquenter l'organisme. Entre 2006 et 2018, *Anna et la mer* a d'ailleurs recueilli les commentaires de parents sur l'impact des *Ateliers Anna* sur leur enfant. Il en ressort que le programme a eu un impact positif sur l'humeur de leur enfant, lui a permis de mieux comprendre leur trouble de santé mentale, d'acquérir des stratégies pour mieux vivre la situation,

de s'ouvrir sur leur vécu et de réaliser qu'il n'était pas seul. Par ailleurs, les parents notent l'amélioration de la relation avec leur enfant.

À la suite de demandes des parents, un nouveau volet pour soutenir l'expérience parentale est en cours de développement chez *Anna et la mer*. Ce service aura pour objectif de soutenir le parent afin de favoriser le développement de son enfant. Il permettra également de maintenir le lien avec les parents, autant celui atteint d'un trouble de santé mentale que celui non atteint, alliés précieux dans le développement harmonieux de leur enfant.

La littéracie : un outil complémentaire

Avant de fonder l'organisme *Anna et la mer*, Rebecca Heinisch a écrit un conte thérapeutique pour enfants intitulé « Anna et la mer » (2004). Il s'agissait alors du tout premier livre publié en langue française au Québec ayant pour thème le trouble de santé mentale d'un parent. La rédaction de ce livre a été le moteur menant à la création de l'initiative communautaire *Anna et la mer*. Depuis, différents ouvrages, de langues française ou anglaise, ont été publiés, dont : « Qu'est-ce qu'elle a maman? » (Faucher & Leroux, 2014) et « Sometimes Daddy cries » (Rennebohm, 2020).

La littéracie est de plus en plus utilisée en complémentarité à l'intervention en santé mentale, notamment auprès des jeunes dont un parent est atteint d'un trouble de santé mentale. Elle permet de leur offrir une opportunité d'action face à leur contexte de vie. Par exemple, le fait d'en connaître davantage à propos du trouble de santé mentale de son parent et de son traitement répond à un besoin exprimé par les jeunes (Grove & Reupert, 2017). De plus, la littéracie permet de cultiver l'espoir concernant leur situation et renforcer leur sentiment d'auto-efficacité. Finalement, la littéracie en santé mentale combinée au soutien social peut agir à titre de facteur de protection sur le développement de l'enfant vivant auprès d'un parent ayant un trouble de santé mentale (Gladstone et al., 2014).

Intervenir précocement auprès de ces jeunes vivant dans un contexte de vulnérabilité : un impératif de société

En guise de conclusion, en ajout aux études antérieures, les données issues de l'analyse de dossiers de jeunes ayant été soutenus par l'organisme *Anna et la mer* mettent à nouveau en lumière le contexte de vulnérabilité dans lequel ils vivent et l'importance d'intervenir précocement auprès d'eux. Backer et ses collaborateurs mentionnent d'ailleurs que déjà en très bas âge, ces jeunes

peuvent ressentir les impacts de vivre dans ce contexte. Ces jeunes demeurent à risque de côtoyer d'autres contextes de vulnérabilité, tels que la négligence d'un parent qui n'est pas en mesure de s'occuper adéquatement d'eux, les ruptures/abandons fréquents, etc. Le contexte de la pandémie de COVID-19 est un autre exemple de contexte pouvant fragiliser leur quotidien déjà parfois instable. Il importe de reconnaître, faire connaître et développer des organismes comme *Anna et la mer* qui peuvent apprendre à ces jeunes à développer leur potentiel, à augmenter leur capacité de résilience.

Références

- Backer, C., Murphy R., Fox J.R.E, Ulph F., & Calam. R. (2017). Young children's experiences of living with a parent with bipolar disorder: Understanding the child's perspective. *The British Psychological Society*, 90, 212-228.
- Bedeaux, C. (2018). *Projet de soutien aux jeunes dont un parent est atteint d'un trouble de santé mentale : synthèse de la consultation auprès d'adultes ayant grandi lors de leur enfance/adolescence avec un parent aux prises avec un ou des problème (s) de santé mentale*. Québec : Université du Québec à Montréal.
- Bee, P., Bower, P., Byford, S., Churchill, R., Calam, R., Stallard, P., ... Abel, K. (2014). The clinical effectiveness, cost-effectiveness and acceptability of community-based interventions aimed at improving or maintaining quality of life in children of parents with serious mental illness: A systematic review. *Health Technology Assessment*, 18, 1-250.
- Breaux, R. P., Harvey, E. A., & Lugo-Candelas, C. I. (2016). The role of parent psychopathology in emotion socialization. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44, 731-743.
- Campbell, S. B. (2016). Les troubles externalisés chez le jeune enfant à la lumière de la psychopathologie développementale. *Enfance* 1, 35-49.
- Canadian Mental Health Association (2016). *Is anybody listening? Children at risk from the major mental disabilities of their parents*. Canadian Mental Health Association.
- Carrière, M., Clément, M., Tétreault, S., Pépin, G., Fortier, M., & Paquet, S. (2010). Réflexion sur les services aux familles dont la mère souffre d'un trouble de santé mentale (TSM). *Santé mentale au Québec*, 35, 185-208.
- Faucher, S., & Leroux, F. (2014). *Qu'est-ce qu'elle a maman?* Montréal : Bayard Jeunesse.
- Gladstone, B. M., McKeever, P., Seeman, M., & Boydell, K. M. (2014). Analysis of a support group for children of parents with mental illnesses: Managing stressful situations. *Qualitative Health Research*, 24, 1171-1182.

- Grove, C., & Reupert, A. (2017). Moving the field forward: Developing online interventions for children of parents with a mental illness. *Children and Youth Services Review*, 82, 354-358.
- Grove, C., Riebschleger, J., Bosch, A., Cavanaugh, D., & van der Ende, P. C. (2017). Expert views of children's knowledge needs regarding parental mental illness. *Children and Youth Services Review*, 79, 249-255.
- Heinisch, R. (2004). *Anna et la mer*. Trois-Rivières, Québec : Association Anna et la mer.
- Huntsman, L. (2008). *Determinants of quality in child care: A review of the research evidence*. Centre for Parenting and Research, NSW Department of Community Services.
- Institut canadien d'information sur la santé (2009). *Améliorer la santé mentale des Canadiens. Explorer la santé mentale positive. Initiative sur la santé mentale de la population canadienne*. Gouvernement du Canada.
- Institut de la statistique du Québec (2018). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. L'adaptation sociale et la santé mentale des jeunes*. Gouvernement du Québec.
- Laflamme, J. (2012). *Thérapie familiale et problème de santé mentale chez le parent et l'enfant : vers une quête de services intégrés* (Essai critique inédit). Université de Montréal, Montréal, Québec.
- Liendle, M. (2012). Vulnérabilité. *Les concepts en sciences infirmières*, 2, 304-306.
- Maybery, D., Goodyear, M., & Reupert, A. (2012). The family-focused mental health practice questionnaire. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26, 135-144.
- McAll, C., Awad, J., Desgagnés, J.Y., Gagné, J., Godrie, B., Keays, N., ... Stoetzel, N. (2012). *Au-delà du préjugé : trajectoires de vie, pauvreté et santé*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Nicholson, J., Biebel, K., Hinden, B., Henry, A., & Stier, L., (2001). *Critical issues for parents with mental illness and their Families, Chap. 1 and 4*. Rockville: Center for Mental Health Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration Office of Policy, Planning and Administration.
- Piché, G., Bergeron, L., Cyr, M., & Berthiaume, C. (2011). Maternal lifetime depressive/anxiety disorders and children's internalizing symptoms: The importance of family context. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 176-185.
- Pölkki, P., Ervast, S.-A., & Huuponen, M. (2005). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Social Work in Health Care*, 39, 151-163.
- Reedtz, C., Lauritzen, C., & van Doesum, K. T. (2012). Evaluating workforce developments to support children of mentally ill parents: implementing new interventions in the adult mental healthcare in Northern Norway. *BMJ open*, 2, e000709.
- Rennebohm, T. (2020). *Sometimes Daddy cries*. Victoria, BC : Tellwell Talent.
- Reupert, A. E., J Maybery, D., & Kowalenko, N. M. (2013). Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. *The Medical Journal of Australia*, 199, 7-9.

- Reupert, A., Cuff, R., Drost, L., Foster, K., van Doesum, K., & van Santvoort, F. (2012). Intervention programs for children whose parents have a mental illness: A review. *The Medical Journal of Australia*, 1, 18-22.
- Riebschleger, J., Grove, C., Cavanaugh, D., & Costello, S. (2017). Mental health literacy content for children of parents with a mental illness: Thematic analysis of a literature review. *Brain Sciences*, 7, 141.
- Roy, S. (2008). De l'exclusion à la vulnérabilité : Continuité et rupture. Dans V. Châtel & S. Roy (Éds.), *Penser la vulnérabilité : visages de la fragilisation du social* (pp. 13-31). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Tabak, I., Zabłocka-Żytka, L., Ryan, P., Poma, S. Z., Joronen, K., Viganò, G., ... Dawson, I. (2016). Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness. *International journal of mental health nursing*, 25, 319-329.
- van der Ende, P. C., Van Busschbach, J. T., Nicholson, J., Korevaar, E. L., & Van Weeghel, J. (2016). Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 23, 86-97.
- Wahl, P., Bruland, D., Bauer, U., Okan, O., & Lenz, A. (2017). What are the family needs when a parent has mental health problems? Evidence from a systematic literature review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 30, 54-66.
- Wendland, J. (2017). Impact des troubles maternels borderline et psychotiques sur les relations mère-enfant : une revue de la littérature. *Carnet de notes sur les maltraitements infantiles*, 1, 5-27.

Section II – Vulnérabilités et parents

Chapitre 6

Mettre au monde un enfant : une période de vie sensible dans un univers fragilisant

Raymonde Gagnon

La grossesse est une période de vie sensible où la femme vit de profondes transformations qui lui permettront d'accueillir son enfant. Ces transformations, vécues à la fois sur les plans physique, psychologique et social (Laney et al., 2014) s'inscrivent également dans un contexte culturel et social qui s'est lui aussi transformé durant les dernières décennies. Dans nos sociétés occidentales, les avancées technologiques ont largement contribué à modifier les paramètres de cet évènement. Or, plusieurs études ont démontré que les peurs des femmes ne font que s'accroître bien que la vie de la mère et du nouveau-né ne soit plus considérée comme menacée (Fenwick et al., 2015; Hall et al., 2009; Nilsson et al., 2012). Nous pouvons alors nous demander ce qui contribue à générer ces sentiments, et surtout comment se vit aujourd'hui l'attente d'un enfant dans la société québécoise? Quels sont les facteurs dans l'environnement culturel et social qui peuvent contribuer à faire de cet évènement une source de vulnérabilité? L'objectif de ce chapitre vise à répondre à ces deux questions.

Une période de vie sensible

La grossesse, l'accouchement et le devenir parent sont des périodes de vie sensibles marquées par de profondes transformations (Bydlowski, 2004; Prinds et al., 2014). En effet, de nombreuses adaptations physiologiques s'opèrent. Parmi celles-ci, une plasticité neuronale distincte est observée. Des changements structurels et fonctionnels se produisent et accompagnent, de manière dynamique, les adaptations comportementales qui stimulent la femme à passer d'un stade de satisfaction de ses besoins individuels à celui de devenir responsable de prendre soin d'une autre vie (Barba-Müller et al., 2019).

De même, la vie psychique de la femme enceinte se modifie naturellement produisant un « état de transparence où des fragments du préconscient et de l'inconscient viennent facilement à la conscience »

(Bydlowski, 2001, p.41). Il s'agit d'une manifestation commune durant la grossesse, qualifiée comme étant une crise maturative mobilisant de l'énergie psychique pouvant réveiller de l'anxiété ou des conflits latents liés à des événements passés. Cependant, cet état est également une source d'adaptation bénéfique à la transition vers la maternité. Cette étape de maturation contribue au processus de transformation de l'identité (Bydlowski, 2001; Rubin, 1967). Bien que ces changements soient présents tout au long de l'expérience de devenir mère (Mercer, 2004; Rubin, 1984), nous nous concentrerons principalement sur leurs effets durant la grossesse et la période périnatale.

La naissance d'un premier enfant constitue une transition de vie pour la femme et fait partie du processus de développement (Laney et al., 2015). Ce passage représente une rupture dans un parcours de vie, car il crée un « avant » et un « après ». Il soulève des questions existentielles sur la mortalité et le sens de la vie, et implique souvent une réorganisation des valeurs (Prinds et al., 2014). Par ailleurs, la vie de couple s'en trouve transformée, puisque des changements s'opèrent ou sont à anticiper dans le style de vie, surtout si on est en couple depuis longtemps (Lemieux, 2009). Cette transition implique notamment un nouveau rôle et un nouveau statut social, ce qui requiert des ajustements. Elle se vit en continu, du moment où surgit le projet de maternité jusqu'après la naissance de l'enfant (Mercer, 2004). Le passage d'une situation connue à une nouvelle réalité requiert d'adopter de nouvelles stratégies tout en maintenant son intégrité.

La grossesse et l'accouchement préparent la mère à entrer en relation avec son enfant et à en prendre soin (Barba-Müller et al., 2019). Événement surprise ou aboutissement d'un projet heureux, la grossesse est susceptible d'apporter à la fois joie et inquiétudes (Ben-Ari et al., 2009). Des difficultés peuvent aussi être rencontrées au fil du temps avec lesquelles la femme enceinte doit alors composer, ce qui amène des défis supplémentaires (Fontein-Kuipers et al., 2015).

Dès lors, la grossesse et la maternité sont « des fenêtres sensibles, faites de risques et d'incertitudes, de doutes, de choix, parfois de crise lorsque le corps physique, mais aussi le corps psychique sont engagés » (Conrath & Ouazzani, 2019, p.3). Ces craintes et symptômes anxieux ressentis pendant la grossesse sont de plus en plus étudiés et de ces travaux a émergé le concept « d'anxiété spécifique à la grossesse » (ASG) (Huizink et al., 2004; Dunkel, 2011). L'ASG apparaît d'ailleurs comme un syndrome distinct, relié aux peurs exprimées par les futures mères à l'égard de leur santé, celle de leur bébé, de diverses expériences liées au suivi médical, ainsi que de leurs préoccupations au sujet de

l'accouchement et du rôle de mère. Reconnu comme un phénomène fréquent, on évalue la prévalence de l'ASG de 13 à 54 % (Reeves & Wendland, 2017). Ces états peuvent avoir des conséquences sur le déroulement de la grossesse, notamment en ce qui a trait à la prématurité ou la naissance de bébés de petits poids, voire même avoir d'autres impacts négatifs sur le développement de l'enfant (Dunkel & Tanner, 2012; Van den Bergh & Marcoen, 2004), en plus d'être un facteur de risque de dépression postnatale (Grant et al., 2008).

Les avancées technologiques permettent d'offrir des examens de dépistage de plus en plus poussés et entraînent une médicalisation de la grossesse encore plus importante, ce qui peut contribuer à augmenter l'angoisse des futurs parents (Daure, 2019). Une conscience plus accrue des risques et l'impuissance face à ceux-ci peuvent sans doute concourir à induire un état de vulnérabilité.

Vulnérabilité et grossesse

Si la grossesse constitue en soi une période sensible, peut-on penser à ce qui, dans notre société contemporaine et dans notre culture, contribue à générer une vulnérabilité ou du moins à fragiliser la femme dans son expérience de grossesse? Et comment s'exprime cette fragilité ou comment s'inscrivent ces zones de vulnérabilités? La vulnérabilité est un terme généralement utilisé pour les femmes enceintes en référence à un contexte de précarité socio-économique ou en rapport à des événements antérieurs tels des traumatismes. On l'attribue également aux situations jugées à risque pour la santé physique de la mère ou de l'enfant comme lors de recherche sur les médicaments (Abtroun, 2019).

Par surcroît, différents facteurs influencent l'adaptation à la transition vers la maternité. Parmi ceux-ci, les ressources personnelles dont dispose la femme comme l'estime de soi et le style d'attachement. Sa situation de couple ou familiale et son réseau de soutien facilitent ou non son adaptation et jouent un grand rôle sur son expérience (Ben-Ari et al., 2009). Expérience à fois biologique et psychique, l'expérience de la grossesse et du devenir mère est indissociable de l'environnement affectif, social et culturel dans lequel la femme évolue (Cailleau, 2009). Les interactions avec l'entourage et les professionnels qui gravitent autour de ces événements exercent aussi une influence.

Dans la seconde partie de ce chapitre, une attention particulière sera portée au vécu des femmes enceintes, et ce, dans les différentes étapes de leur parcours ainsi que dans leurs interactions avec l'entourage. Cette réflexion sera nourrie tant sur le plan professionnel que personnel par des résultats de deux

recherches qualitatives, réalisées auprès de primipares (Gagnon, 2017) et de multipares québécoises (Gagnon, 2021). Les témoignages des participantes rencontrées favorisent ainsi une meilleure compréhension des différentes facettes de leur expérience et mettent en évidence des situations où elles peuvent se trouver en situation de vulnérabilité. Le concept de vulnérabilité sera abordé dans la perspective d'un état qui peut se surajouter et contribuer à fragiliser la femme enceinte. En fin de chapitre, nous exposerons les principaux constats qui se dégagent de nos observations et de notre analyse.

L'expérience de femmes québécoises

Le projet de maternité des femmes québécoises s'inscrit de plus en plus tardivement dans le temps. Il n'est pas rare qu'elles attendent la trentaine pour avoir un premier enfant. La possibilité de mettre un enfant au monde apparaît le plus souvent après avoir franchi certaines étapes de la vie personnelle, professionnelle et de couple. *« Ça faisait un an que dans notre tête on commençait à être prêts et que si ça arrivait ce serait correct. Ça fait cinq ans qu'on est ensemble, puis on venait d'acheter une maison donc... on dirait que c'était l'étape suivante. »* [Bianca]. Si bien que lorsque le désir de concevoir est présent, il s'accompagne aussi de craintes en regard d'une possible infertilité. En effet, plusieurs disent avoir des amies ou des connaissances pour qui cela s'est avéré difficile et elles craignent pour elles-mêmes. *« J'ai vu tellement d'expériences autour de moi où c'était des 2-3 ans, même dans mes amies très proches, puis inséminées et tout, qu'on dirait que ce n'était pas facile pour moi de faire un bébé. »* [Annie]. L'accroissement des demandes dans les cliniques de procréation assistée même pour des femmes en bas de 35 ans témoigne de cette crainte ou de cette difficulté. Ainsi, en 2016, 16 000 inséminations utérines ont été réalisées au Québec.¹ On estime d'ailleurs que plus d'une Canadienne sur six éprouve des problèmes d'infertilité (Jones & McMahon, 2020).

Transformations et responsabilité

Les débuts de la grossesse sont vécus par plusieurs primipares comme une période de flottement, d'inconnu. La crainte d'une possible fausse-couche les habite aussi, ce qui suscite un sentiment d'ambivalence à l'idée d'annoncer la nouvelle aux proches. Il faut dire qu'avec les tests de grossesse à réponse rapide, le résultat est connu beaucoup plus tôt, ce qui contribue à accroître la perception

¹ 15 916 inséminations intra-utérines (tous les cycles effectués chez une même femme sont comptés) ont eu lieu en 2016, dont la moitié était pour des femmes de moins de 35 ans et 2 600 cycles de FIV ont été réalisés (Gref & Thiffault, 2019).

de ce risque.² Plusieurs femmes ne seront rassurées que lorsque les trois premiers mois de grossesse sont complétés. Dans notre étude, les femmes immigrantes soulignaient d'ailleurs ce fait comme étant une particularité québécoise qu'elles comprenaient difficilement, puisque leur expérience était tout autre : elles s'empressaient de partager cet événement avec leur entourage, comme c'était la coutume dans leur pays d'origine.

La découverte de nouvelles sensations corporelles suscite à la fois curiosité et inquiétudes. L'image de soi se trouve aussi transformée et bon nombre expriment des difficultés à adapter leur style de vie à leurs nouveaux besoins. Elles apparaissent confrontées aux valeurs sociales de performance et de santé axées sur le corps idéal et l'activité physique. Les inquiétudes sont nombreuses et les impacts de devenir mère, sur leur vie professionnelle ou leur vie de femme, sont anticipés. Celles qui peuvent bénéficier d'un retrait préventif³ sont plusieurs à se sentir déstabilisées lorsqu'elles se retrouvent du jour au lendemain à la maison et qu'elles voient leur quotidien bouleversé. Les multipares participantes à notre deuxième étude, nous ont confirmé avoir vécu leur première expérience avec beaucoup d'incertitude. Elles disaient que le manque d'expérience les avait amenées à douter de la normalité des sensations qu'elles avaient éprouvées. Face à une autre grossesse, elles se sentaient plus en confiance parce qu'elles avaient cette fois-ci des repères.

Par ailleurs, le sentiment de responsabilité se concrétise dès le moment où la femme pense être enceinte. C'est ce ressenti qui en avait amené plusieurs à modifier certains comportements, comme ne plus consommer d'alcool, avant même d'avoir acquis la certitude d'être enceinte. Le sentiment de responsabilité suscite aussi chez elles des questionnements qu'elles n'avaient pas anticipés ou sous-estimés. Devenir responsable d'un autre être que soi marque pour certaines le véritable passage à la vie adulte : *C'est toute la charge de responsabilités je pense que ça apporte aussi. Avant ça, je trouve qu'on peut encore dire, bon je suis un enfant à mes heures, mais à partir de ce moment-là, la vie d'adulte s'entame pour vrai.* [Annie].

D'autres anticipent une perte liberté et craignent pour l'avenir. Elles se demandent comment elles pourront concilier à la fois leur rôle de mère, de professionnelle, de conjointe et de femme. Confrontées à une image de la mère idéale, elles voient leur identité se transformer. La situation leur apparaît

² L'arrêt spontané de la grossesse est d'environ 15 à 20 %, avec un taux supplémentaire de 10 %, entre le moment de la conception et l'arrêt des menstruations (Layne, 2009).

³ Programme gouvernemental québécois visant à protéger la santé de la mère et du fœtus en présence de conditions de travail jugées potentiellement néfastes. En 2017, environ 38 % des femmes avaient obtenu un retrait du travail ou une réaffectation de tâches (CNEST, 2019).

davantage inconfortable, car elles réalisent qu'elles doivent assumer une responsabilité individuelle dans un processus pour lequel elles ont peu ou pas de contrôle. Cette situation leur fait craindre de s'opposer à tout ce qui leur est recommandé, car elles ne veulent pas compromettre la santé de leur futur enfant ou lui causer du tort.

Ces propos montrent les nouveaux défis et enjeux auxquels font face les femmes lorsqu'elles souhaitent devenir mères. Elles sont amenées à vivre avec toute la complexité de devoir composer avec de nombreuses craintes induites par de nouvelles normes sociales et la technologie. Si celle-ci apporte certaines réponses, elle contribue néanmoins à susciter de nouveaux questionnements. Le recours précoce aux outils de diagnostic a pour effet de modifier le rapport que la femme entretenait avec son corps. Son expérience devient de moins en moins vécue dans son ressenti corporel, mais avec une image échographique ou une promesse de grossesse laissant libre cours à son imaginaire. Devoir composer avec l'incertitude est une réalité qui semble lourde à porter et conduit vers une recherche grandissante de réassurance. Le désir de maîtriser toutes les sphères de sa vie est fort et l'impossibilité à y parvenir a pour effet de se sentir en perte de contrôle. Se sentir en équilibre, c'est avoir le sentiment de contrôler les différentes sphères de sa vie, d'agir sur les événements plutôt que de les subir (Palazzolo & Arnaud, 2015). Par ailleurs, même pour les grossesses subséquentes, les femmes sont généralement empressées de trouver un médecin ou une sage-femme pour leur suivi. Elles cherchent réassurance, information et soutien.

Premiers pas de la grossesse marqués par le risque
au contact du médical

Parmi les premières démarches effectuées par les femmes enceintes, obtenir un rendez-vous médical est jugé important afin de pouvoir d'abord être rassurées et confirmées sur leur état de grossesse dont elles continuent de douter surtout lors d'une première expérience. « *Ça me frustrait un peu, ne pas pouvoir avoir un suivi avant le troisième mois, mais avant comme rien, là c'était un vide* ». [Karina]. Ce premier rendez-vous marque en quelque sorte l'inscription officielle de leur statut. Par contre, les femmes ne seront généralement rassurées sur la présence du fœtus que lorsqu'elles passeront leur première échographie. Celle-ci survient de plus en plus tôt, puisque beaucoup de médecins la jugent importante pour établir « l'âge de grossesse »⁴. Ce moment tant attendu vient leur confirmer qu'elles seront réellement mères et contribue à donner une identité au fœtus : « *Je ne sais pas, c'est une curiosité. [...] On dirait que ça... il va*

⁴ Déterminer le nombre de semaines de grossesse.

devenir quelqu'un, tu sais, officiellement quand on va savoir le sexe. Il va avoir un nom, puis ça va devenir officiellement quelqu'un qui fait partie de la famille. » [Sarah].

Une panoplie de tests, appelés communément « examens de routine », fait aussi partie de l'expérience de grossesse. La plupart désirent être certaines de passer tous les tests requis afin de « mettre toutes les chances de leur côté » pour avoir un enfant en santé. « *Moi, j'aime mieux qu'il y en ait plus que pas assez! Ça me rassure. Disons que je n'en ai pas fait depuis sept ans. Qu'est-ce qui a pu se passer depuis ce temps-là? Je ne le sais pas...* » [Wendy]. Outre les tests liés à la condition de santé générale, divers examens de dépistages seront faits, dont celui de la trisomie 21. À l'égard de ce test, les femmes parlent peu de la possibilité d'interruption de grossesse. La plupart refusent même d'y penser en reportant à plus tard la possibilité d'y réfléchir. Elles considèrent ces examens comme une réassurance plutôt qu'un test de dépistage et se réjouissent de la possibilité de voir leur bébé avec l'échographie de clarté nucale⁵ qui l'accompagne souvent.

Parmi les autres démarches jugées importantes figure l'acquisition d'un livre traitant de la grossesse. Toutes les primipares rencontrées s'en étaient procuré un et insistaient sur le fait qu'il soit rédigé par des experts. Elles cherchaient à suivre pas à pas le développement du fœtus chaque semaine, à trouver réponse aux nouvelles sensations induites par les transformations physiques et émotives qui s'opéraient en elles graduellement. Aussi, de plus en plus d'applications mobiles jouent ce rôle et certaines participantes y voyaient l'avantage de se créer des rappels. Peu importe la forme, cette littérature diffuse abondance de conseils et de recommandations aux femmes enceintes, les enjoignant à adopter divers comportements reconnus comme sains pour mener à bien la grossesse. Derrière ces informations, se profile généralement le spectre du risque et comment le contrer.

Ces codes de conduite amènent une conscience accrue des risques et déqualifient les femmes de leur propre expérience au profit d'experts qui la gère et la mystifie accroissant ainsi la médicalisation autour de ces événements (Finerman et al., 2015; Lee et al., 2014). La grossesse apparaît dès lors comme une expérience qui se construit au carrefour de la médicalisation et des pressions sociales. L'avalanche d'informations survenue avec la modernité et la multiplicité des points de vue a eu pour effet de contribuer à créer chez certains individus

⁵ Mesure échographique de l'espace sous-cutané situé sous la nuque du fœtus. La clarté nucale est un marqueur qui sert à dépister les trisomies. Habituellement, cet examen est fait entre 11 à 14 semaines de grossesse.

une plus grande anxiété (Giddens, 1994; Moore, 2013). L'intolérance à l'ambiguïté pourrait aussi être consécutive aux croyances suscitées par le discours de toute-puissance de la médecine moderne à résoudre les problèmes (Foucault, 1976).

Une palette grandissante de « choix »

Avec le développement de la technologie, les possibilités de dépistages génétiques sont florissantes, que ce soit pour détecter les anomalies chromosomiques ou les maladies à caractère héréditaire. Ainsi, les femmes enceintes se voient offrir de plus en plus de tests de dépistage génétique. Créé avec l'intention d'offrir la possibilité aux parents de choisir d'y recourir ou non, le programme québécois du dépistage génétique de la trisomie 21 est maintenant solidement implanté. La plupart des femmes y ont recours, tant celles suivies par des sages-femmes que par des médecins. Si pour certaines, le programme réfère à un choix, d'autres se font un devoir d'y souscrire puisque c'est un programme gouvernemental et qu'elles veulent mettre en œuvre tout ce qui leur est proposé.

Mais face à la montée des technologies en grossesse, peut-on véritablement parler de véritable choix? Comme le disait l'une des participantes, « *Mais en fait, c'est ma première expérience, fait que j'suis comme excitée avec n'importe quoi, t'sais. J'vois ça bien là, je ne suis pas... j'essaye d'être zen par rapport à ça.* ». [Laurence]. D'une part la curiosité « de savoir » en amène plus d'une à recourir aux nombreux examens proposés et d'autre part, ce n'est que confrontées à des résultats incertains ou positifs que les questionnements surgissent. En effet, devant l'incertitude générée par des premiers résultats indiquant une probabilité d'anomalies, d'autres tests devront être effectués pour conduire à un diagnostic. Le stress devient alors énorme et les inquiétudes ne font que grandir. Les parents se retrouvent alors dans une spirale où ils cherchent à avoir l'heure juste, le plus souvent à tout prix, tout en devant composer avec l'incertitude. Ils comprennent alors que la décision de poursuivre ou non la grossesse leur revient finalement, mais impuissants, ils doivent aussi se fier aux experts spécialistes dont les recommandations contiennent aussi une part d'inconnu :

[...] il y avait une mauvaise lecture du pli nuchal. Donc, c'était vraiment à titre préventif au départ puis là finalement ils nous ont fait rencontrer un généticien. Puis, lui faisait des statistiques... les chiffres étaient un petit peu alarmant selon lui et il conseillait fortement... Là on était un peu sous le choc : on ne s'attendait pas à ça. Finalement

on a décidé de se fier à leur jugement [...] Si on ne l'avait pas fait, j'aurais eu de la difficulté à passer à autre chose. Mais ça fait peur aussi, c'était comme un peu trop d'information. Après ça, je me demandais si c'était pertinent de passer tous ces tests-là puis ces échos-là [...] j'me disais m'semble que ça ne devrait pas être médicalisé autant là, puis que tout soit obligatoire. Le test sanguin était très beau. Si on s'était fié à ça [...] L'amnio, ça a été rapide, mais le petit bébé n'arrêtait pas de bouger! Il a fallu qu'on attende un peu. Moi, j'avais l'aiguille dans le ventre, donc j'espérais qu'il se calme [...] Après l'amniocentèse, on s'était dit, « si ça arrivait encore une fois on ne le fera pas. » C'était trop de stress, tu sais, on aurait pu perdre le bébé. Là on se disait « non! non! On aurait dû se faire confiance plus. »
[Élise]

Les programmes de dépistage ont aussi introduit une nouvelle norme sociale où celles qui décident de ne pas s'en prévaloir se sentent marginales. C'était le cas de Chloé qui à la toute fin des entretiens s'est finalement autorisée à nous faire part de sa décision de ne pas recourir aux tests de dépistage de la trisomie 21 :

Je ne vois pas pourquoi que c'est sur eux autres qu'on met le doigt dessus puis de les éliminer, alors qu'on sauve des bébés prématurés qui vont être handicapés [...] Je ne sais pas c'est quoi le vrai problème. Pourquoi? Parce qu'on peut le dépister tu me diras... mais je ne le sais pas, je suis un peu mitigée par rapport à ça.

Par ailleurs, nous sommes à l'aube des dépistages génétiques puisqu'avec l'avènement de la médecine personnalisée il devient possible de statuer sur le devenir de la personne en identifiant son bagage génétique, et ce, même avant sa naissance. Les propos d'une participante issue d'une population jugée à risques de transmission de maladies héréditaires illustrent bien la perception et l'attitude adoptée en regard de cette réalité qui pourrait assez rapidement devenir celle de tous les futurs parents : « J'me dis c'est l'fun d'avoir la chance de pouvoir avoir ce test-là. Ça nous renseigne sur nous. En même temps, comme il n'y a pas d'antécédents connus, ça ne m'inquiète pas, mais on ne sait jamais. Ça va être une information intéressante. » [Mylène]. De plus, les femmes enceintes, principalement lors d'une première expérience, deviennent facilement perturbées ou vulnérables aux regards des autres.

Les pressions sociales

Toutes les participantes rencontrées lors de nos recherches nous ont parlé des nombreux commentaires qu'elles avaient reçus de l'entourage. Si elles peuvent relativiser ces remarques lorsqu'elles sont en attente d'un deuxième enfant en se reposant sur leur propre expérience, ce n'est pas le cas lors d'une première grossesse. Les histoires que leurs proches leur partagent sont presque la plupart du temps empreintes de problèmes, de complications ou de mise en garde. « *T'es rendue la propriété de tout le monde. Tout le monde te conte leurs histoires d'horreurs d'accouchement, "mais c'est quand même le plus beau jour de ma vie!" Na-na-na-na.* » [Daphnée]. De plus, il est fréquent que de parfaits inconnus s'autorisent à toucher directement leur ventre sans demander la permission, ce qui crée un sentiment d'intrusion et d'envahissement. En outre, les médias contribuent pour une grande part à créer ou renforcer les peurs autour de l'accouchement. Les séries de « télé-réalités » mettent l'accent sur le côté dramatique des choses, ce qui contribue à accroître le sentiment de vulnérabilité.

De même, le partenaire porte pareillement son propre monde de représentations. Il est lui aussi perméable aux propos entendus. Comme il sent le besoin de créer un environnement sécuritaire autour de sa conjointe, il veillera à éliminer le plus possible ce qu'il perçoit comme des sources de danger potentiel. Des femmes nous ont raconté comment elles avaient dû mettre en veilleuse leur désir de vivre une expérience plus proche de leur ressenti, soit en acceptant certains tests parce que leur partenaire y tenait ou en optant pour un suivi médical au lieu du suivi sage-femme qu'elles désiraient. Le suivi de grossesse joue aussi un rôle important en regard des préoccupations des femmes.

Le contact avec les intervenants en santé

Le choix de l'intervenant est souvent orienté par les amies, la famille. Les femmes souhaitent principalement s'assurer que tout se déroule normalement. Celles qui étaient suivies par des gynécologues-obstétriciens disaient avoir peu d'attente et considéraient les brefs moments passés avec lui comme efficaces pour évaluer leur état et celui du fœtus : « *Moi je m'attends à ce que ça soit assez court comme intervention (rires). En général un médecin c'est un médecin... C'est sûr que moi, j'aimerais ça que ce soit la mienne [à l'accouchement], mais, sinon peu importe. Je me dis que déjà je vais avoir un médecin, c'est parfait là.* » [Isa]. Ainsi, les femmes démontrent une grande capacité d'adaptation en regard de ce qu'elles perçoivent de l'offre des services institutionnels avant même d'être en

contact avec leurs propres besoins (Lacharité, 2012). Elles se tournent ensuite vers des lectures, des échanges avec leur entourage ou les cours prénataux des CLSC pour en apprendre davantage.

Bien que les femmes se conforment aux services médicaux offerts, certains propos rapportés par nos participantes indiquent également que les messages de santé publique contribuent à créer certains inconforts. D'une part, la nombreuse documentation pose problème parfois, car il semble difficile lors d'une première expérience de juger de ce qui est important. En outre, les recommandations diverses des infirmières notamment, qu'il s'agisse d'alimentation, de consommation d'alcool ou autre, leur semblent trop intenses. *« Bien tous les risques là, tu sais, il ne faut pas manger si parce que ça, et faut pas faire s ... Bien là! Je trouve que ça va loin un p'tit peu. »* [Gabrielle]. Ces mises en garde en amènent plus d'une à se culpabiliser. Bien que les restrictions alimentaires aient pour but de « produire » un bébé en santé, elles sont aussi vues comme un agent de contrôle puissant sur l'expérience de grossesse (Nash, 2015).

Si lors d'une première expérience, plusieurs femmes cherchent à en savoir le plus possible en se documentant, il n'en va pas de même lors des expériences subséquentes. Ainsi, les multipares trouvent important de se préparer à l'accouchement, mais par un tout autre type de préparation. Elles disent être conscientes qu'il s'agit davantage d'une préparation physique et psychologique plutôt que d'une préparation d'ordre intellectuel. Elles trouvent important de prendre davantage confiance dans leurs capacités de mettre au monde leur enfant.

D'autre part, la communication avec les intervenants demeure une clé pour faciliter l'accouchement ou les premiers moments de vie avec l'enfant. Les multipares rencontrées se montraient très explicites sur ce point. Elles affirmaient leur besoin que les professionnels leur expliquent ce qui se passe ou ce qu'ils veulent mettre en place. Certaines s'étaient senties mises à l'écart des décisions qui les concernaient. De plus, elles vivaient difficilement le fait de ne pas être écoutées et entendues lorsqu'elles voulaient communiquer leur ressenti.

Ç'a été une expérience qui m'a laissé un goût amer. J'ai eu le sentiment d'être bousculée et de ne pas être écoutée. [...] C'est censé être une expérience positive, c'est la venue au monde d'un bébé. Mais on dirait qu'ils [le personnel de l'hôpital] se sont comme organisés pour briser ma bulle et pour défaire ce beau moment-là. [Marie]

Pour ces femmes, il va de soi que leur expérience devrait être reconnue et prise en compte puisqu'elles sont directement concernées.

Bien que les femmes expérimentées se font généralement plus confiance lors des naissances subséquentes et s'affirment davantage devant les influences de leur entourage, elles demeurent néanmoins perméables aux interactions avec le milieu professionnel. Elles trouvent difficile de ne pas pouvoir être considérées pleinement dans tout ce qui les concerne et devoir subir des commentaires ou des interventions à l'encontre de leurs désirs ou leurs valeurs. « *Cette fois-là [4^e accouchement], j'ai vraiment senti tout au long de mon accouchement que je les dérangeais à ne pas faire ça comme ils voulaient. Comme si tout devait se faire en suivant un protocole...* ». [Marie]. Les femmes doivent naviguer dans cet univers où elles se sentent parfois démunies, car elles se sentent impuissantes à s'opposer à des discours faisant autorité.

La césarienne : une réalité de plus en plus présente

Parmi les événements auxquels plusieurs femmes ont aussi à faire face se trouve la césarienne. En effet près d'une femme sur trois donne maintenant naissance par césarienne en raison de l'accroissement de ce type d'intervention. Au Québec, les études montrent que peu de femmes la souhaitent d'emblée (Rossignol et al., 2012). Les participantes à nos études s'accordaient pour dire que non seulement elle n'était pas souhaitée, mais crainte. Elles interrogeaient d'ailleurs la propension grandissante de cette intervention médicale. En outre, la césarienne, lorsqu'elle survient de manière dite urgente, est vécue comme un événement traumatisant à la fois par la femme et le père. Les femmes rencontrées étaient souvent amères de leur expérience qui leur avait laissé le sentiment de ne pas avoir pu vivre pleinement leur accouchement. Elles déploraient aussi le fait que le processus de rémission avait été pénible et avait nui à certains aspects de leur maternité, comme avoir été privée du contact peau à peau directement après la naissance et avoir éprouvé des difficultés à prendre soin de leur nouveau-né. Des participantes ont aussi évoqué les pensées et les questionnements qui les ont habitées par la suite : *Suis-je normale? Est-ce que le fait de ne pas être capable de mettre au monde normalement mon bébé fait de moi une femme moins apte à la maternité? Est-ce que mon lien avec mon enfant va être aussi fort que si je l'avais mis au monde par moi-même?* De surcroît, les femmes concernées expliquent que ces sentiments sont généralement incompris par les gens qui les entourent. Leurs propos sont rapidement évités ou détournés en les invitant à se concentrer sur la chance qu'elles ont d'avoir un bébé en santé.

Devenir parent : une expérience qui se construit

L'expérience parentale ne se construit pas en vase clos, mais à l'interface d'une multitude d'avis et de conseils souvent divergents. L'intention n'est pas de stigmatiser la femme enceinte en l'identifiant comme vulnérable, mais bien de mieux comprendre son vécu afin d'être présent à elle et de la soutenir avec respect et sollicitude dans les situations d'accompagnement où elle doit composer avec des éléments qui peuvent justement induire de la vulnérabilité.

La grossesse n'est pas une maladie. Elle représente un passage dans la vie d'une femme qui l'amène graduellement à devenir mère ou à élargir ce rôle. L'entrée dans la parentalité requiert un sentiment de confiance qui n'est pas inné. Ce sentiment se construit au fil des expériences positives vécues. L'augmentation de l'anxiété en grossesse, la prégnance de la peur autour de l'accouchement et les nombreuses situations de dépression postnatale indiquent un mal-être qui se répercute sur l'expérience parentale. Or, les propos des femmes rencontrées, qu'elles soient en attente d'un premier enfant ou déjà mères mettent en évidence des situations où elles doivent faire face à de l'adversité susceptible de les fragiliser. Ces mises en tension émanent le plus souvent de l'expérience vécue à travers le suivi obstétrical de grossesse et à l'interface d'une confrontation aux normes sociales de ce qu'est "être une bonne mère" avec toutes ses composantes dans notre société contemporaine.

Dans les services de périnatalité actuels, l'accent est mis sur les aspects biomédicaux. C'est ce qui définit le cadre de la transition vers la maternité. Les questions plus fondamentales touchant le sens de cet événement pour la femme et sa famille ne sont pas discutées ou prises en compte du moins dans les services médico-nursing. Par ailleurs, la vulnérabilité se situe dans le rapport à l'autre. Celle-ci est à la fois individuelle, car elle renvoie la personne à ses propres limites et elle apparaît aussi universelle, peut-être même à notre insu. En ce sens, nous sommes vulnérables dans un contexte donné et en fonction des défenses et des protections dont on dispose (Soulet, 2005). Elle peut également être réversible, selon les ressources mobilisables de la personne sur lesquelles elle s'appuiera pour retrouver davantage d'autonomie (Genard, 2009).

L'impossibilité de se faire entendre et de se faire comprendre par autrui est devenue une source majeure des nombreuses situations de vulnérabilité à laquelle chacun d'entre nous peut se trouver confronté (Ennuyer, 2017). C'était souvent le cas des femmes rencontrées et c'est ce que les multipares jugeaient d'ailleurs comme le plus blessant. Une approche intégrative, comme le suggère

Prinds et al (2014), favoriserait le potentiel de croissance lié à ces événements et soutiendrait les femmes dans les processus de transformation qui s'opèrent.

La technologie jugée à première vue comme une source de réassurance contribue elle-même à créer une forme d'incertitude fabriquée notamment en ce qui concerne les examens de dépistage prénatal (Burton-Jeangros et al., 2013; Giddens, 1994). Le dépistage prénatal touche toutes les femmes enceintes alors que la possibilité d'anomalies chromosomiques demeure minime. Elles peuvent certes refuser les tests, mais elles ne peuvent plus éviter de devoir prendre une décision à ce sujet compte tenu de l'offre systématique faite dans le cadre des soins prénataux (Brauer, 2016). De plus, comme le taux de césarienne ne fait que s'accroître et que le vécu des femmes à cet égard semble particulièrement difficile, on ne peut que se questionner sur ses conséquences. La littérature montre d'ailleurs que plus de 33 % des femmes vivent une expérience d'accouchement qu'elles déclarent traumatique, notamment si elles vivent une césarienne d'urgence (Chabbert et al., 2021), ce qui s'ajoute aux éléments contribuant à créer de la vulnérabilité.

Par ailleurs, il appert que la société a intégré la vision dominante de la naissance, comme quoi mettre au monde un enfant est une entreprise risquée. Ceci influence grandement les représentations individuelles puisque que l'expérience personnelle est aussi sous l'emprise des discours et valeurs de la société dans laquelle nous vivons, car les « contraintes sociales sont intériorisées par les sujets que nous sommes jusqu'à constituer la trame de nos affects les plus personnels. » (Castel, 2012, p. 340). De plus, la valorisation des experts par les femmes elles-mêmes, bien que ce phénomène se situe en écho des nouvelles normes sociétales, contribue à créer un sentiment de dépossession et de manque de contrôle personnel sur les événements. Paradoxalement, le contexte contemporain d'incertitude et de report de la responsabilité sur les individus contribue à accroître le sentiment de responsabilité pour chacune dans un environnement ou face à des événements dont elle n'a pas de contrôle. Cette individualisation produit un univers de vulnérabilité et place la femme dans un contexte d'épreuves et d'évaluations permanentes (Soulet, 2005) autant médicales que sociales avec lequel elle doit composer. En outre, parmi les normes sociales véhiculées se situent aussi les tiraillements sur son rôle professionnel qui commencent déjà durant la grossesse (Cicchelli, 2001). Devoir concilier le fait d'être à la fois femme, mère et travailleuse contribue à générer plusieurs questionnements et impose des changements de vie.

Par ailleurs, la vulnérabilité ne se traduit pas automatiquement en termes de difficulté, car la femme se retrouverait alors dans cette situation suite à un

évènement ou à un choc qu'elle ne serait pas en mesure de surmonter (Favrat, 2015). Contrairement à une idée communément répandue,

la vulnérabilité et l'autonomie ne s'opposent pas, elles sont la condition l'une de l'autre, et ce de façon réciproque. La vulnérabilité est notre fonds commun d'humanité et c'est seulement à partir de cette reconnaissance de notre vulnérabilité commune que nous pouvons contribuer à l'autonomie de ceux qui apparaissent plus vulnérables que nous (Ennuyer, 2017, p.366).

De même la vulnérabilité ne peut être dissociée de l'autonomie. Ces deux concepts font l'objet d'un paradoxe selon Ricœur (2001, p.86-87), « puisque non contents de s'opposer, les deux termes se composent entre eux : l'autonomie est celle d'un être fragile, vulnérable [...] la fragilité d'un être appelé à devenir autonome, parce qu'il l'est dès toujours d'une certaine façon ».

La vulnérabilité est souvent associée en psychologie à la notion de résilience, donc la capacité d'un individu à s'adapter à un monde en mouvance et à surmonter les difficultés. La conscience accrue des risques et l'impuissance de tous les surmonter contribuent à accroître la notion de vulnérabilité (Brodiez-Dolino, 2016) et conséquemment à mobiliser ses ressources personnelles pour y faire face. Chaque personne, chaque femme enceinte réagit différemment en regard des situations qu'elle rencontre et vit. La vulnérabilité est aussi contextuelle et se développe ou se contraint en fonction des protections dont chacune bénéficie. Elle sera source d'*empowerment* pour certaines ou en placera d'autres en situation de dépendance. Elle invite à créer des environnements moins « vulnérabilisant » qui seront favorables au bien-être de chaque femme dans son expérience de transition vers la maternité. Elle nous convie également à soutenir les personnes dans leurs ressources qu'elles sauront mobiliser mieux que nous. Être sensible au vécu des futures et nouvelles mères et mieux comprendre les effets de nos interventions peut favoriser l'adoption d'attitudes d'écoute et d'empathie.

Comment parvient-on à créer des situations ou des environnements porteurs de vulnérabilité? Voilà une question qui mérite de s'y attarder. Avoir une pratique réflexive peut alors ouvrir de nouveaux horizons sur nos pratiques d'intervention et sur les rapports que nous entretenons de manière générale avec les femmes enceintes. Les actions de prévention peuvent alors s'articuler sur le fait que « les personnes vulnérables sont aussi considérées comme des individus créatifs et responsables pour leur permettre de mieux affronter

l'incertitude et de limiter les risques » (Favrat, 2015, p.90), tout en tenant compte de l'impact de nos discours et de l'effet de nos pratiques.

Conclusion

La vulnérabilité dans ce contexte, c'est tout ce qui concourt à fragiliser davantage les personnes au cours de la grossesse, de l'accouchement et les débuts de la vie avec le bébé, mais qui aura aussi des conséquences sur l'établissement de la relation avec l'enfant et l'expérience parentale à court, moyen et peut-être même long terme. Dans une période intense de transformation, elle se situe dans une dynamique qui résulte d'une interaction entre la personne et son environnement au sens large. Le contexte sociétal d'incertitude qui s'oppose à un désir de contrôler sa vie et la responsabilisation de l'individu contribuent largement à induire un état de vulnérabilité chez les femmes enceintes ou les nouvelles mères. Par ailleurs, il serait aussi intéressant de mieux comprendre l'expérience des hommes qui deviennent pères. Que vivent-ils, eux aussi, en regard de leur cheminement à travers les institutions et le monde social? Cela permettrait certainement d'apporter un éclairage sur ce qui intervient et se négocie dans les prises de position entre les deux parents ou futurs parents.

Références

- Abtroun, S. N. (2019). Vulnérabilité des femmes enceintes en éthique de la recherche : un problème sémantique. *Canadian Journal of Bioethics/Revue canadienne de bioéthique*, 2, 11-14. doi : 10.7202/1058141ar
- Barba-Müller, E., Craddock, S., Carmona, S., & Hoekzema, E. (2019). Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: Links to maternal caregiving and mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 289-299. doi : 10.1007/s00737-018-0889-z
- Ben-Ari, O. T., Shlomo, S. B., Sivan, E., & Dolizki, M. (2009). The transition to motherhood—A time for growth. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 943-970. doi: 10.1521/jscp.2009.28.8.943
- Brauer, S. (2016). Moral implications of obstetric technologies for pregnancy and motherhood. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 19, 45-54. doi: 10.1007/s11019-015-9635-8
- Brodiez-Dolino, A. (2016, février). Le concept de vulnérabilité. *La Vie des idées*. Repéré à <https://lavedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite.html>

- Burton-Jeangros, C., Cavalli, S., Gouilhers, S., & Hammer, R. (2013). Between tolerable uncertainty and unacceptable risks: How health professionals and pregnant women think about the probabilities generated by prenatal screening. *Health, Risk & Society*, 15, 144-161. doi : 10.1080/13698575.2013.771737
- Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*, 13, 41-52. doi : 10.3917/dev.012.0041
- Bydlowski, M. (2004). Transparence psychique de la grossesse et dette de vie. Dans M. Dugnat (Éd.), *Devenir père, devenir mère* (pp. 73-81). Toulouse, France : ERES. doi : 10.3917/eres.dugna.2004.01.0073.
- Cailleau, F. (2009). Percer le secret de la grossesse : de la transparence du corps à la transparence psychique. *Cahiers de psychologie clinique*, 32, 75-87. doi : 10.3917/cpc.032.0075
- Castel R. (2012). Témoignage : à Buchenwald. Dans R. Castel R. et C. Martin C. (Éds), *Changements et pensées du changement. Échanges avec Robert Castel* (pp. 339-345). Paris, France : La Découverte.
- Chabbert, M., Panagiotou, D., & Wendland, J. (2021). Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: A systematic review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39, 43-66. doi : 10.1080/02646838.2020.1748582
- Cicchelli, V. (2001). La construction du rôle maternel à l'arrivée du premier enfant : travail, égalité du couple et transformations de soi. *Revue des Politiques sociales et familiales*, 63, 33-45. doi : 10.3406/caf.2001.935
- CNESST (2019) Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CNESST). (2019). *Pour une maternité sans danger : statistiques 2014-2017* (publication no. DC 300-254 12). Repéré à <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Documents/DC300-254web.pdf>
- Conrath, P., & Ouazzani, M. (2019). De la femme à la mère. *Le Journal des psychologues*, 7, 3. doi : 10.3917/jdp.369.0003
- Daure, I. (2019). De la grossesse à la maternité : devenir parent, un processus multigénérationnel. *Le Journal des psychologues*, 7, 14. doi : 10.3917/jdp.369.0014
- Dunkel, C. S. (2011). Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review of Psychology*, 62, 531-558. doi: 10.1146/annurev.psych.031809.130727
- Dunkel, C. S., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 141-148. doi : 10.1097/ycp.0b013e3283503680
- Ennuyer, B. (2017). La vulnérabilité en question? *Ethics, Medicine and Public Health*, 3, 365-373. doi : 10.1016/j.jemep.2017.06.002
- Favrat, A. (2015). [Compte rendu de lecture du livre *La vulnérabilité : questions de recherche en sciences sociales*, par M. Bresson, V. Geronimi et N. Pottier (Éds.)]. *Revue des Politiques sociales et familiales*, 119, 89-90. Repéré à https://www.persee.fr/doc/caf_2101-8081_2015_num_119_1_3082

- Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J., & Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women : A qualitative investigation. *Midwifery*, 31, 239-246. doi : 10.1016/j.midw.2014.09.003
- Finerman, R. D., Sanders, A. M. F., & Sagrestano, L. M. (2015). Pregnancy and birth as a medical crisis. Dans M. C. McHugh & J. C. Chrisler (Éds), *The wrong prescription for women: How medicine and media create a "need" for treatments, drugs, and surgery* (pp. 17-35). Westport: Praeger.
- Fontein-Kuipers, Y., Ausems, M., Bude, L., Van Limbeek, E., De Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2015). Factors influencing maternal distress among Dutch women with a healthy pregnancy. *Women and Birth*, 28, e36-e43. doi : 10.1016/j.wombi.2015.02.002
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*. Paris, France : Gallimard.
- Gagnon, R. (2017). *La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie : l'expérience de femmes au Québec* (thèse de doctorat en sciences humaines appliquées), Montréal, Université de Montréal. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/19996>
- Gagnon, R. (2021, sous presse). Giving birth to another child: women's perceptions of their childbirth experiences in Quebec. *Qualitative Health Research*.
- Genard, J.-L. (2009). Une réflexion sur l'anthropologie de la fragilité, de la vulnérabilité et de la souffrance. Dans T. Périlleux & J. Cultiaux (Éds), *Destins politiques de la souffrance* (pp. 27-45). Toulouse, France : ERES. doi : 10.3917/eres.peril.2009.01.0027
- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris, France : L'Harmattan.
- Grant, K. A., McMahon, C., & Austin, M. P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 101-111. doi : 10.1016/j.jad.2007.10.002
- Gref, P., & Thiffault, G. (2019). *Évaluation des activités de procréation médicalement assistée : présentation des données globales et comparatives sur les activités liées à la médecine reproductive au Québec*. Collège des médecins du Québec. Repéré à <http://www.cmq.org/pdf/procreation-medic-assistee/rap-pma-2016-20200609-def.pdf?t=1602276760779>
- Hall, W. A., Hauck, Y. L., Carty, E. M., Hutton, E. K., Fenwick, J., & Stoll, K. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38, 567-576. doi : 10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x
- Huizink, A. C., Mulder, E.J., Robles de Medina, P. G., Visser, G.H., & Buite-Laar, J.K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 79, 81-91. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014
- Jones, C., & McMahon, E. (2020, janvier 25). En procréation assistée, mieux vaut parfois en faire moins. *Le Soleil*. Repéré à <https://www.lesoleil.com/opinions/point-de-vue/en-procreation-assistee-mieux-vaut-parfois-en-faire-moins-b217f96aceff8d135956e2aae380b4fe>
- Lacharité, C. (2012). Les politiques sociales en périnatalité : pratiques institutionnelles et expériences personnelles. Dans F. de Montigny, A. Devault & C. Gervais (Éds), *La*

naissance de la famille : accompagner les parents et les enfants en période périnatale (pp. 20-35). Chenelière Éducation.

- Laney, E. K., Carruthers, L., Hall, M. E. L., & Anderson, T. (2014). Expanding the self : Motherhood and identity development in faculty women. *Journal of Family Issues*, 35, 1227-1251. doi : 10.1177/0192513X13479573
- Laney, E. K., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., & Willingham, M. M. (2015). Becoming a mother: The influence of motherhood on women's identity development. *Identity*, 15, 126-145. doi : 10.1080/15283488.2015.1023440
- Layne, L. L. (2009). The home pregnancy test: A feminist technology? *Women's Studies Quarterly*, 37, 61-79. Repéré à <https://www.jstor.org/stable/27655139>
- Lee, E., Bristow, J., Faircloth, C., & Macvarish, J. (2014). *Parenting culture studies*. Londres : Palgrave Macmillan.
- Lemieux, D. (2009). Temps et rites contemporains de la grossesse et de la naissance : de la maternité à la parentalité. Dans L. Charton & J. Lévy (Éds), *Génération et cycles de vie : au carrefour des temps biologiques et psychosociaux* (pp. 33-166). Presses de l'Université du Québec.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship*, 36, 226-232. doi : 10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x
- Moore, S. B. (2013). *The moral landscape of modern motherhood: Ideology, identity, and the making of mothers* (Thèse de doctorat inédite). George Mason University. Repéré à <https://hdl.handle.net/1920/8935>
- Nash, M. (2015). Indulgence versus restraint: A discussion of embodied eating practices of pregnant Australian women. *Journal of Sociology*, 51, 478-491. doi : 10.1177/1440783312474357
- Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women and Birth*, 25, 114-121. doi: 10.1016/j.wombi.2011.06.001
- Palazzolo, J., & Arnaud, J. (2015). Contrôle perçu et lieu de contrôle : une approche plurifactorielle. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173, 412-418. doi : 10.1016/j.amp.2014.07.012
- Prinds, C., Hvidt, N. C., Mogensen, O., & Buus, N. (2014). Making existential meaning in transition to motherhood-A scoping review. *Midwifery*, 30, 733-741. doi : 10.1016/j.midw.2013.06.021
- Reeves, N., & Wendland, J. (2017). Style d'attachement, maternité et anxiété spécifique à la grossesse. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 65, 211-218. doi : 10.1016/j.neurenf.2017.03.001
- Ricœur, P. (2001). *Le Juste 2*. Coulandon, France : Éditions Esprit.
- Rossignol, M., Boughrassa, F., & Moutquin, J. M. (2012). *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque*. (ETMIS, Vol. 8). Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/ETMIS_2012_Vol8_No14.pdf

- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role : Part 1. Processes. *Nursing Research*, 16, 237-245. Repéré à <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovfta&NEWS=N&AN=00006199-196701630-00006>
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. Berlin : Springer.
- Soulet, M.-H. (2005). La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique. *Pensée plurielle*, 2, 49-59. doi : 10.3917/pp.010.0049
- Van den Bergh, B. R., & Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Development*, 75, 1085–1097. doi : 10.1111/j.1467-8624.2004.00727.x

Chapitre 7

Lorsque la paternité rime avec la prématurité

Marie-Josée Martel et Mariane Chiasson-Roussel

L'expérience paternelle de la prématurité

La naissance prématurée représente une réalité à laquelle de nombreuses familles sont confrontées. Selon l'Institut de la statistique du Québec (2020), 7 % des naissances sont avant le terme de la gestation (37 semaines de grossesse) soit près de 6000 naissances annuellement. Dépendamment de leur condition de santé, la majorité des enfants nés prématurément sont hospitalisés à l'unité néonatale (UNN). Lorsqu'un enfant naît avant le terme, la préparation psychologique des parents en devenir est bouleversée. Chacun d'eux se retrouve catapulté dans l'inconnu, au cœur d'une épreuve caractérisée par l'inquiétude, la culpabilité et l'impuissance. De plus, cette naissance avant terme les plonge précocement dans leur rôle parental et chacun des parents est appelé à redéfinir son rôle (Martel, 2012). Par exemple, le père se retrouve dans un rôle imprévu puisque sa présence auprès de l'enfant est requise dès les premiers instants et qu'il doit suivre pas à pas les progrès de celui-ci (Koliouli et al., 2018). Dans cet univers technologique, les parents sont séparés physiquement de leur enfant tout en étant préoccupés par sa condition et ils doivent s'adapter à un environnement qui manque d'intimité en faisant leur place et en acceptant que des inconnus prennent aussi soin de leur enfant (Reid et al., 2007). C'est précisément dans cet environnement et à la vue des soignants que les mères et les pères débiteront la relation intime avec leur enfant. La création de ce précieux lien constitue donc un défi à l'UNN (Fegran et al., 2008).

Sachant que les expériences précoces, plus particulièrement les premières relations, sont fondamentales et ont une influence sur la capacité d'adaptation ainsi que sur la dimension cognitive, affective, physique et motrice du développement global de l'enfant (Kennell & Klaus, 1998), il n'est pas étonnant de constater qu'au fil des années, la relation parent-enfant prématuré a été examinée sous la loupe de nombreuses études. De celles-ci, la dyade mère-enfant prématuré a été plus étudiée que celle incluant les pères. Selon certains auteurs, les mères ont été davantage interviewées dans les études non seulement à cause de leur perspective maternelle unique, mais également parce

qu'elles sont plus présentes à l'UNN (Arockiasamy et al., 2008). Toutefois, il importe de regarder la relation père-enfant prématuré puisque ces derniers réagissent différemment des mères lors de l'hospitalisation de leur enfant à l'UNN (Stevens et al., 2010). De même, l'importance du rôle des pères auprès de leur enfant n'est à prouver. En effet, à plus long terme, les pères favorisent chez l'enfant le développement du sentiment de sécurité, préférentiellement lors de l'exploration en soutenant l'apprentissage de la résolution de problème, le développement d'aptitudes à la compétition et la résolution de conflits de manière socialisée (Bekhechi, et al., 2009).

Dans un premier temps, il est d'une évidence que l'enfant né prématurément doit poursuivre son développement dans un environnement qui est très différent, voire totalement opposé à ce qu'il a connu dans le ventre de sa mère (Martel & Milette, 2017). De ce fait, il est soumis à de nombreuses stimulations extérieures dans lequel les sons sont trop forts, la lumière trop vive et où on le touche plusieurs fois par jour. Il doit en outre composer avec des odeurs et des goûts inconnus, l'air sec de l'UNN et des forces gravitationnelles qui restreignent ses mouvements (Martel & Milette, 2017). Leur système neurologique immature et leur état de santé généralement instable contribuent à l'incapacité à gérer adéquatement ces stimulations. Ainsi, les comportements de l'enfant prématuré sont très différents de ceux de l'enfant à terme né en santé. Par exemple, il peut avoir des sursauts qui se traduisent par des mouvements spontanés des bras et, dans certains cas, par une diminution de la saturation en oxygène et une baisse de ses pulsations cardiaques. Les parents, qui ont déjà de la difficulté à faire abstraction de l'environnement de l'UNN, peuvent ainsi être déroutés par les comportements imprévisibles de leur enfant. Bien que l'UNN soit un milieu salvateur, la prolongation de l'hospitalisation n'est pas bénéfique (Jefferies et al., 2014). En effet, l'hospitalisation prolongée s'associe, à plus long terme, à une moins bonne relation entre le parent et l'enfant, à un retard staturopondéral, à une augmentation du risque de violence faite à l'enfant ainsi qu'au sentiment de tristesse et d'inadéquation de la part des parents (Merritt et al., 2003).

Parmi les études qui ont été recensées sur la relation père-enfant prématuré, il en ressort que les pères sont confrontés dès les premières minutes de vie de leur enfant prématuré à des défis importants. En effet, il arrive très souvent que les pères soient les premiers à se présenter à l'UNN laissant leur conjointe en salle d'accouchement ou les laissant récupérer physiquement dans leur chambre de soins post-partum. De ce fait, un dilemme naît en même temps soit le fait qu'ils désirent être présents au chevet de leur enfant (Arockiasamy et al., 2008; Lindberg et al., 2007, 2008; Sitanon, 2009) tout en souhaitant être près

de la mère. En fait, ils souhaiteraient pouvoir être avec les deux en même temps (Lindberg et al., 2008). De plus, les pères désirent s'engager et être une source de soutien pour la relation mère-enfant prématuré (Arockiasamy et al., 2008; Guillaume et al., 2013; Feeley et al., 2013). Quant aux émotions vécues avec leur enfant, les pères disent se sentir concernés par l'état de leur enfant tout en vivant cette période comme dans une sorte d'irréalité (Jackson et al., 2003). Fegran et al. (2008) parlent des premiers jours suivants la naissance comme un état de choc pour les pères. Le sentiment d'impuissance semble donc dominant chez ces derniers (Censini, 2015). Indéniablement, ces particularités reliées aux pères à l'aube de la relation avec leur enfant prématuré peuvent créer des conditions de vulnérabilité qui aura, certes, des conséquences pour le futur au niveau de la relation père-enfant.

Selon Rogers (1997), les périodes de transitions dans une vie sont susceptibles de faire vivre de la vulnérabilité et la naissance d'un enfant constitue une transition d'une grande importance (de Montigny et al., 2012). La transition à la parentalité est également une expérience intense qui génère des besoins multiples chez les nouveaux parents et qui les place dans des conditions de vulnérabilité (Hamelin-Brabant et al., 2013). La vulnérabilité lors de la période périnatale est une situation de transition dans laquelle une ou des difficultés peuvent être vécues sur le plan physiologique, psychologique, social et cognitif (Lessick et al., 1992). Plus précisément, Hamelin-Brabant et ses collègues (2013) identifient des conditions d'opérationnalisation et des thèmes pour la notion de vulnérabilité et de soutien social selon quatre conditions de vulnérabilité 1) *conditions biologiques*; 2) *conditions psychologiques*; 3) *conditions sociales* et 4) *conditions cognitives*. Le tableau 1 résume ces conditions et thèmes.

Conditions biologiques	Conditions psychologiques	Conditions Sociales	Conditions cognitives
• Le manque de sommeil et la fatigue • Les difficultés d'allaitement	• L'intensité et la variabilité des émotions • L'estime de soi des parents • Le besoin de soutien émotionnel	• La transformation du quotidien lié au nouveau rôle de parent • Le besoin de se reconnaître et d'être reconnu comme un bon parent • La transformation de la relation conjugale • La transformation des relations sociales • Le besoin d'aide au quotidien • Le besoin de soutien en période de crise • L'accès à des moments de pause	• Apprendre à prendre soin du nouveau-né (information) • Être informé sur les besoins accrus en période prénatale (dépression post-partum, psychose post-partum, etc.) • Le sentiment de préparation à l'expérience parentale

Tableau 1 - Conditions d'opérationnalisation et thèmes pour la notion de vulnérabilité et de soutien social selon quatre conditions de vulnérabilité identifiés par Hamelin-Brabant et al. (2013)

Afin de s'attarder à la relation père-enfant prématuré à l'UNN, le modèle de Bell (2002) a été choisi. Celui-ci aborde l'établissement de la relation entre les parents et leur enfant né à terme et en santé. Il se décline en cinq composantes qui sont considérées à la lumière de la sensibilité parentale : l'engagement, le contact affectif, la découverte, la proximité physique et la communication. Ce modèle s'inscrit dans la continuité de plusieurs études qualitatives qui avaient pour but de cerner la manière dont la relation parents-enfant se construit dans les premiers mois d'une naissance à terme (Bell et al., 1996; Bell, 2002; Goulet et al., 1998). Le tableau 2 résume les principales composantes du modèle de Bell (2002).

Composantes	Définitions
L'engagement	L'investissement des parents dans la relation avec l'enfant.
Le contact affectif	L'échange d'affects entre les parents et l'enfant.
La découverte	Processus par lequel les parents font la connaissance de leur enfant.
La proximité physique	La présence et la recherche de contact physique entre les parents et l'enfant.
La communication	L'initiation et le maintien des interactions entre les parents et l'enfant.

Tableau 2 - Composantes de la relation parents-enfants du modèle de Bell (2002)

Les premiers fondements de la relation père-enfant prématuré et le déploiement des composantes de cette relation sont présents et observables à l'UNN. Sachant que les pères vivent de nombreux défis dans l'établissement de la relation avec leur enfant admis à l'UNN, il importe de s'y attarder et de porter un regard sur les conditions possibles de vulnérabilité qui entourent la création de ce lien.

Méthode

Afin de mieux comprendre l'établissement de la relation père-enfant prématuré dans un contexte d'hospitalisation à l'UNN, deux études ont été réalisées. Spécifiquement, ces deux études avaient pour but de décrire le déploiement de chacune des composantes de la relation père-enfant prématuré à l'UNN et avaient les questions de recherche suivantes :

- ❖ Comment les pères établissent-ils la relation avec leur bébé prématuré hospitalisé à l'UNN?
- ❖ Comment ces composantes se déploient-elles dans la relation père-enfant prématuré?

Un devis qualitatif de type théorisation ancrée (Strauss & Corbin, 1990, 1994, 1998) a été utilisé pour ces études. Selon Paillé (1996), la théorisation ancrée est une méthode d'analyse qualitative « visant à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressive et valide de données empiriques qualitatives » (p.184). La théorisation ancrée représente donc une démarche systématique qui permet de décrire et analyser les principaux processus sociopsychologiques et structurels qui se déploient dans un

contexte social particulier (Glaser & Strauss, 1967). Cette approche permet d'aborder la description empirique de l'établissement de la relation des pères d'enfants prématurés hospitalisés à l'UNN.

Milieu et participants

Les études se sont déroulées à l'UNN du Centre Hospitalier Universitaire de la région métropolitaine de Montréal, Canada. Il s'agit de la plus grande UNN au Canada qui accueille, chaque année, 1 500 bébés dont environ 130 sont d'extrêmes prématurés¹. Précisément, les participants sont des pères d'enfants prématurés issus d'une grossesse unique dont le temps de gestation se situe entre la 32^e et la 37^e semaine. Cette catégorie d'âge gestationnel représente la classification d'enfants dits « prématurés » (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, 1986; World Health Organisation, 1980). D'autres critères d'admissibilité ont été choisis afin d'éviter des situations de santé qui s'ajouteraient initialement à la prématurité de l'enfant. Le Tableau 3 résume ces critères pour les enfants prématurés et les pères.

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine (2009-2010 et 2013-2014), le comité d'éthique en santé chez l'humain du CHU de Sherbrooke (2009-2010) et le comité d'éthique à la recherche avec les êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (2009-2010 et 2013-2014).

Collecte des données

La collecte des données s'est faite en deux temps, soit en 2009-2010, dans le cadre d'une étude doctorale (Université de Sherbrooke, faculté de médecine et des sciences de la santé). Cette recherche visait à la fois de comprendre l'établissement de la relation des mères et des pères avec leur enfant prématuré. Dans un deuxième temps, en 2013-2014 dans le cadre d'un Fonds institutionnel de recherche (FIR) — volet Émergence des nouveaux professeurs en recherche, une deuxième étude a été réalisée dans le but d'augmenter le nombre de pères pour ainsi équilibrer les deux groupes et atteindre une saturation des données pour les pères.

L'ensemble des données a été recueilli par la chercheuse principale avec l'aide d'infirmières de recherche pour le recrutement des pères. Ceux-ci étaient approchés directement à l'UNN au chevet de leur enfant ou dans la chambre de la mère. Ensuite, les pères étaient contactés afin de planifier les deux entretiens

¹ <https://www.chusj.org/fr/soins-services/N/Neonatalogie>

semi-dirigés (un individuel dans une pièce disponible à l'UNN et un « in situ » au chevet de l'enfant) qui se déroulaient la même journée. Deux guides d'entretien à l'intention des pères ont été développés selon les cinq composantes du modèle de Bell (2002) présenté précédemment. En incluant les deux études, 17 pères ont participé. De ce nombre, deux pères ont accepté de faire le deuxième entretien au chevet de leur enfant. Ainsi, 19 entretiens de pères ont été utilisés pour l'analyse des données.

Méthode d'analyse des données

L'analyse des données a été réalisée à partir de la transcription intégrale des entretiens préalablement enregistrés sur bande magnétique. Ces transcriptions ont été codées à l'aide du logiciel de gestion des données QRS NVivo 8 qui a permis une gestion optimale des données. L'analyse des données a été réalisée selon les trois niveaux d'analyse proposés par Strauss et Corbin (Strauss & Corbin, 1990, 1994, 1998) soit, la codification ouverte, qui vise à faire émerger des données le plus grand nombre de concepts et de catégories possibles ; la codification axiale, où l'objectif est d'établir des relations entre les catégories dégagées ; et la codification sélective, qui vise l'intégration finale de la théorie par rapport à une catégorie centrale qui va au cœur du phénomène à l'étude.

Résultats et discussion

Il est à préciser que dans le cadre de ce présent article, des choix ont dû être faits afin d'illustrer les conditions possibles de vulnérabilité dans l'établissement de la relation père-enfant prématuré. Ainsi, même si la totalité des questions des entretiens visait la relation père-enfant prématuré, trois composantes ont permis d'observer le triangle relationnel père-mère-enfant. Ainsi, les composantes de l'engagement, du contact affectif et de la proximité physique ne sont exclusives aux pères et leur enfant puisqu'elles incluent également la présence des mères. Ces constations sont des conditions qui sont en lien avec l'adaptation au nouveau rôle parental et conjugal, l'estime de soi des pères, leur gestion émotionnelle et leur apprentissage par rapport aux soins de leur enfant. Même s'il y a trois composantes qui sont décrites dans ce chapitre, la figure 1 présente la modélisation complète des cinq composantes de la relation père-enfant prématuré à l'UNN, et ce, afin de guider le lecteur. Le lecteur pourra apprécier l'importance et la définition de chacune des composantes et les articulations entre elles. De plus, les composantes présentées dans ce chapitre et illustrées dans la figure sont facilement repérables puisqu'elles comportent un pictogramme représentant la mère.

L'engagement

L'engagement est la principale composante caractérisant l'établissement de la relation père-enfant prématuré à l'UNN. L'engagement désigne l'investissement du père et sa capacité à assumer de nouvelles responsabilités envers l'enfant (Bell, 2002). Dans la présente étude, l'engagement s'est manifesté par trois actions. La première action est **Accompagner et protéger l'enfant, soutenir la dyade mère-enfant**. Après la naissance de l'enfant, le père s'engage envers lui en l'accompagnant du ventre de la mère à la table de réanimation (salle d'accouchement) ou jusqu'à l'UNN. L'engagement se manifeste également en lui assurant une protection du fait de sa présence auprès de lui. De plus, les pères affirment vouloir soutenir tant la mère que l'enfant. Ils se perçoivent comme le liant entre la mère et son enfant. La deuxième action est **Participer ou non aux soins**. La moitié des pères désire participer aux soins, l'autre non. Une technologie réduite autour de l'enfant et un partenariat avec la conjointe sont des facteurs favorables à leur engagement à participer aux soins. La troisième action est celle de **Porter des nouvelles**. Les pères sont des « porteurs de nouvelles » pour les conjointes incapables de se rendre rapidement à l'UNN.

En somme, il appert que l'**Engagement** des pères représente la principale composante par laquelle ils établissent la relation avec leur enfant à l'UNN et ce, dès les premières minutes de vie après l'accouchement. Cependant, cette composante met en lumière que les pères sont à la fois investis d'une mission d'accompagner leur enfant à l'UNN, d'apporter des nouvelles à la mère tout en désirant assurer un soutien à la mère qu'au bébé. Bien que ces éléments soient cohérents avec le fait que l'engagement s'inscrit aussi dans une dynamique de couple (Wright & Leahey, 2014), cette double préoccupation que vivent les pères peut contribuer à mettre leurs émotions, leurs besoins et le déploiement de leur rôle paternel en veilleuse. Cette composante illustre bien le fait que les pères investis auprès de leur enfant à la salle d'accouchement vivent rapidement des préoccupations dirigées (soutien et porter des nouvelles) vers la mère et certains même, peuvent adopter un rôle passif dans les soins à leur enfant préférant laisser la place à la mère. Ces conditions jouent indéniablement sur leur adaptation à leur nouveau rôle paternel et conjugal, leur estime de soi et leur apprentissage par rapport aux soins à leur enfant.

Le contact affectif

La deuxième composante en importance dans la relation père-enfant prématuré, le contact affectif, désigne l'échange affectif entre le parent et son enfant (Bell, 2008). Dans la présente étude, le contact affectif se traduit par un premier aspect **Entre fierté et peur**. La gamme des sentiments évoqués par les pères se situe sur un continuum entre la fierté éprouvée envers leur enfant et la peur liée à leur prématurité. Par exemple, la capacité du bébé de téter malgré son âge gestationnel procure une fierté, mais le voir « branché » évoque la peur de futures séquelles. Le nouveau-né étant un récepteur des émotions et des états affectifs de leurs parents (Bell, 2008) il importe de soutenir le père de ses états émotifs contradictoires. La peur vécue par les pères de la présente étude n'est pas reliée à la survie de leur enfant puisqu'il s'agit d'enfant de 32 à 37 semaines de gestation, mais davantage aux inquiétudes reliées à la vue de l'enfant « branché ». Même s'ils sont fiers de leur bébé, il n'en demeure pas moins que la vue des fils, équipements, alarmes, etc., laisse une empreinte de peurs. De même, plusieurs pères ont évoqué des peurs quant au futur et aux séquelles possibles de la prématurité. Il est à penser que les images véhiculées dans les médias de grands prématurés peuvent contribuer à laisser planer des doutes quant au devenir de leur enfant. Même si tout semble bien aller à l'UNN, les pères conservent une certaine réserve, voire une peur que des séquelles soient présentes dans l'avenir. Le deuxième aspect du contact affectif se traduit par le **Désir d'échanges affectifs en présence de la mère**. Les pères souhaitent avoir des échanges de nature affective avec leur enfant, mais sont préoccupés par l'absence de la mère. Ainsi, même s'ils interagissent émotionnellement avec leur enfant, les pères désiraient une certaine réunification familiale et appréciaient lorsque la mère était enfin présente au chevet. Ce désir d'échanges affectifs en présence de la mère se définit dans la présente étude par le désir des pères d'avoir des échanges avec leur enfant tout en étant teinté par une préoccupation à l'endroit de la mère, illustrée par la volonté que cette dernière soit au chevet de leur enfant. Cette composante peut illustrer une condition de vulnérabilité liée à la gestion des émotions des pères dans l'établissement de la relation avec leur enfant puisque la présence de la mère est souhaitée pour le contact affectif. Force est de constater que certains pères attendent la présence de la mère au chevet de leur enfant pour vivre des émotions avec leur bébé. Pourtant, dans les premiers moments, voire les premières heures suivant l'accouchement, les pères sont seuls auprès du bébé puisque les mères sont, très souvent en salle de réveil ou dans un autre centre hospitalier.

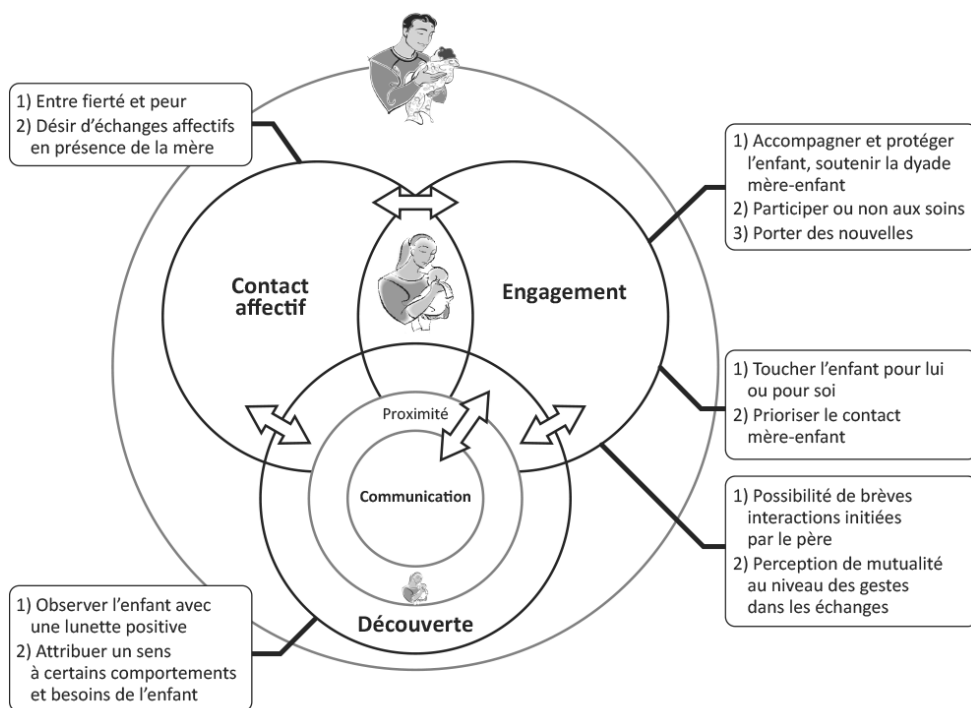


Figure 1 - Modèle de la relation père-enfant prématuré à l'UNN (Source : auteurs)

La proximité physique

La quatrième composante, la proximité physique, définit les contacts physiques chaleureux et fréquents avec l'enfant (Bell, 2002). Bell (2008) précise également que le plaisir vécu par le parent et l'enfant lors de ce contact physique fait partie de cette composante. Pour les pères de la présente étude, elle consiste d'abord à 1) **Toucher l'enfant pour lui ou pour soi**. Pour les pères, les contacts physiques ont non seulement des effets sur l'enfant, mais également sur eux. Ils reconnaissent que toucher l'enfant est important pour lui offrir du réconfort et ils rapportent que ces contacts leur font aussi du bien en engendrant une émotion positive. Ensuite, les pères tentent de 2) **Prioriser le contact mère-enfant**. Malgré les opportunités et le désir de proximité physique présent chez les pères, le tiers d'entre eux souligne que les contacts physiques mère-enfant doivent être prioritaires par rapport à ceux du père avec son enfant. Ainsi, même si les pères mentionnent que par les contacts physiques, ils peuvent faire la différence pour leur enfant (le rassurer par exemple), la primauté du contact physique entre la mère et son enfant prématuré émane chez plusieurs pères.

En lien avec cette composante, il est évident que celle-ci est représentée dans le discours des pères, mais qu'elle n'est pas une préoccupation majeure dans l'établissement de la relation père-enfant prématuré puisqu'elle est la quatrième composante en importance. Cependant, elle met en lumière le fait que les pères se placent volontairement en veilleuse pour laisser les premiers contacts physiques avec leur bébé. Il est permis de croire qu'ainsi, ils préfèrent laisser le contact à la mère durant l'hospitalisation pour ne pas perturber la ligne temporelle de la proximité physique mère-enfant bâtie au fil des semaines durant la grossesse. Pourtant, les pères ont de nombreuses occasions d'établir une relation avec leur enfant via cette composante qu'est la proximité physique. Cet élément amène à se questionner sur la perception qu'on les pères de leur estime de soi, mais également sur leur adaptation dans les soins à l'enfant qui demandent une proximité physique. Indéniablement, ces conditions reliées à cette composante peuvent contribuer à une vulnérabilité chez les pères lors de l'établissement de la relation avec leur enfant.

Conclusion

De nos jours, la place du père auprès de son enfant dans tous les moments de sa vie n'est plus à prouver. Ceci est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit d'une naissance à terme et en santé et cela se reflète dans les politiques actuelles entourant la naissance. Cependant, lorsqu'il s'agit d'une naissance prématurée, très peu d'études ont été réalisées auprès des pères et encore moins à s'intéresser à savoir comment ils établissent les bases relationnelles avec leur enfant. Qui plus est, la réalité et les besoins des pères peuvent aisément passer sous le radar des professionnels de la santé qui les côtoient.

À notre connaissance, il s'agit de la première étude à poser un regard sur l'établissement de la relation précoce entre les pères et leur enfant né prématurément entre la 32^e et la 37^e semaine de gestation hospitalisé à l'UNN. Les résultats de ces études permettent de mieux comprendre le déploiement de certaines composantes en plus de déceler des conditions qui peuvent contribuer à la vulnérabilité des pères. En effet, certains pères peuvent se mettre volontairement en veilleuse pour laisser la place à la mère auprès de l'enfant. Ces constatations peuvent être des pistes de réflexions, de discussions et d'interventions avec les pères qui vivent une telle expérience. Les professionnels de la santé qui gravitent autour des familles à l'UNN sont aux premières loges pour aborder la place du père, celle qu'ils veulent occuper auprès de leur enfant, de l'équilibre désiré avec la mère et des croyances qui les habitent, etc. Tant de sujets importants qui sont pourtant si peu abordés. Sachant que ces débuts peuvent venir teinter leur relation future au retour à la maison, il serait

souhaitable de se préoccuper de la place du père ainsi que de l'établissement de la relation avec leur enfant, et ce, de l'admission jusqu'au congé de l'hôpital.

Références

- Arockiasamy, V., Holsti, L., & Albersheim, S. (2008). Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pediatrics*, 121, e215-22.
- Bell, L., Goulet, C., St-Cyr Tribble, D., Paul, D., & Polomeno, V. (1996). Analysis of the concept of parent-child attachment. *Recherche En Soins Infirmiers*, 46, 4-13.
- Bell, L. (2002). *Perceptions parentales de l'établissement de la relation avec leur enfant à la période périnatale et en contexte familial* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec.
- Bell, L. (2008). L'établissement de la relation parents-enfant. Un modèle d'évaluation et d'intervention ayant pour cible la sensibilité parentale. *L'infirmière Clinicienne*, 5, 39-43.
- Bekhechi, V., Rabouam, C., & Guédeney N. (2009). Le système des soins parentaux pour les jeunes enfants, le caregiving. Dans N. Guédeney & A. Guédeney (Éds), *L'attachement : approche théorique*, 3^e édition (pp. 17-28). Paris : Elsevier Masson. Repéré à <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-09433-0.00003-8>.
- Censini, C. (2015). *Le lien parental à l'épreuve de la prématurité : le père. Un versant unificateur face à l'angoisse ?* (Thèse de doctorat), Université catholique de Louvain, Louvain, France. Repéré à <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:2604>.
- de Montigny, F., Lacharité, C., & Devault, A. (2012). Transition to fatherhood: modeling the experience of fathers of breastfed infants. *Advances in Nursing Science*, 35, E11-E22. doi : 10.1097/ANS.0b013e3182626167
- Feeley, N., Sherrard, K., & Boisvert, L. (2013). The father at the bedside: patterns of involvement in the NICU. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing*, 27, 72-80.
- Fegran, L., Helseth, S., & Fagermoen, M. S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 810-816.
- Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (1986). *Report of the FIGO sub-committee on Perinatal Epidemiology and Health statistics following a Workshop in Cairo, November 11-18, 1984, on the methodology of measurements and recording in infant growth in the perinatal period*. London : Figro.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago : Aldine Publishing Company.
- Goulet, C., Bell, L., St-Cyr, D., Paul, D., & Lang, A. (1998). A concept analysis of parent-infant attachment. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 1071-1081.

- Guillaume, S., Michelin, N. Amrani, E., Bernier, B., Durrmeyer, X., Lescure, S., ... Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *Neonatal Intensive Care*, 26, 40-46.
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M. H., Mbourou Azizah, G., Bourque Bouliane, M., & Comeau, Y. (2013). *Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une recension des écrits. Rapport de recherche volet 1. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de "relevailles" offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec*. Québec : Centre de recherche du CHU de Québec.
- Institut de la statistique du Québec (2020). Repéré à <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/naissance-fecondite/418.htm>
- Jackson, K., Ternestedt, B. M., & Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants *Journal of Advanced Nursing*, 43, 120-129.
- Jefferies, A. L., Société canadienne de pédiatrie, & Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né (2014). Rentrer à la maison : faciliter le congé du nourrisson prématuré. *Paediatrics & Child Health*, 19, 37-42.
- Kennell, J. H., & Klaus, M. H. (1998). Bonding: Recent observations that alter perinatal care. *Pediatrics Review*, 19, 4-12.
- Koliouli, F., Gaudron, C. Z., Azemar-Hopker, F., & Raynaud, J. P. (2018). Le devenir père de nouveau-né prématuré : analyse de trois études de cas. *Bulletin de psychologie*, 6, 903-913.
- Lessick, M., Woodring, B. C., Naber, S., & Halstead, L. (1992). Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 6, 1-14.
- Lindberg, B., Axelsson, K., & Öhrling, K. (2007). The birth of premature infants: experiences from the fathers' perspective. *Journal of Neonatal Nursing*, 13, 142-149.
- Lindberg, B., Axelsson, K., & Öhrling, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 22, 79-85.
- Martel, M.-J. (2012). *L'établissement de la relation parent-enfant prématuré à l'unité néonatale*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec.
- Martel, M.-J., & Milette, I. (2017). *Être parents à l'unité néonatale : Tisser des liens pour la vie. Collection parents*. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Merritt, T.A., Pillers, D., & Prows, S.L. (2003). Early NICU discharge of very low birth weight infants: A critical review and analysis. *Semin Neonatol*, 8, 95-115.
- Paillé, P. (1996). L'échantillonnage théorique. Induction analytique qualitative par théorisation (analyse). Vérification des implications théoriques. Dans A. Mucchielli (Éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (pp. 54-55; 101-102; 184-190; 266-267). Paris : Armand Colin.

- Reid, T., Bramwell, R., Booth, N., & Weindling, M. (2007). Perceptions of parent – staff communication in neonatal intensive care: The development of a rating scale. *Journal of Neonatal Nursing*, 13, 24-35.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 65- 72. doi : 10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x.
- Sitanon, T. (2009). *Thai parents' experiences of parenting preterm infants during hospitalization in the neonatal intensive care unit* (Thèse de doctorat inédite). Washington : University of Washington.
- Stevens, D., Helseth, C. C., & Kurtz, J. C. (2010). Achieving success in supporting parents and families in the neonatal intensive care unit. Dans J. M. McGrath.& C. Kenner (Éds), *Developmental care of newborns and infants: a guide for health professionals* (2^e éd, pp. 161-190). Glenview: National Association of Neonatal Nurses.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994). *Grounded theory methodology: An overview*. Dans N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Éds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273-285). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- World Health Organisation (1980). *World Health Organisation International Classification of impairments, disabilities and handicaps*. A manual of classification relating to consequence of disease. Geneva: World Health Organisation, p. 207.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2014). *L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention* (4^e éd.). Saint-Laurent : ERPI.

Chapitre 8

Se bricoler une famille : incursion dans le monde de la recherche en adoption

Patricia Germain, Angela Esquivel et Roxanne Brault

La recherche permet de rendre visible ce que la vie quotidienne nous fait oublier. C'est dans le quotidien qu'on peut apercevoir ces petits détails qui peuvent du jour au lendemain nous faire plonger dans un contexte de vulnérabilité. Une situation familiale qui peut osciller dans ces zones de vulnérabilité est l'adoption, et en ce qui nous concerne plus précisément l'adoption internationale. L'adoption est souvent méconnue du grand public ou encore des intervenants. Pourtant, il y a de nombreux défis au quotidien, beaucoup de besoins, mais peu d'outils ou de ressources. Ce contexte amène les familles à composer avec ce qu'ils ont pour éviter de glisser vers la vulnérabilité. C'est pour cette raison que nous utilisons l'image du bricolage, puisque les familles tentent de se construire avec les matériaux qu'ils ont, ceux qu'ils cherchent, ceux qu'ils créent ainsi que ceux qu'ils leur manquent. C'est là l'extraordinaire dans l'ordinaire. C'est la complexité dans sa plus pure expression.

En effet, réfléchir et tenter de comprendre l'adoption, ce sont plusieurs couches de complexité : du côté des parents, du côté de l'enfant, du point de vue administratif, santé, social, et ce, sans oublier les parents d'origine (que certains appellent biologiques, mais que nous préférons nommer parents de naissance). Ces couches de complexité s'entremêlent. C'est cette complexité qui peut nous mener vers la vulnérabilité. S'approcher de cette complexité exige un regard interdisciplinaire où les regards se croisent sur l'objet commun qu'est l'adoption.

Comprendre les trajectoires des familles adoptives et des personnes adoptées permet de saisir les points tournants et les zones de fragilité rencontrées par ces personnes. C'est ce que notre équipe tente de faire depuis les dernières années grâce notamment à la programmation *Expériences Adoptions*.

Notre façon de regarder la recherche en adoption

L'adoption internationale, de par sa nature même, amène de nouveaux questionnements. Certes, par rapport à la vie familiale dominante, mais surtout par rapport au quotidien. Il n'est pas rare d'observer des différences culturelles et ethniques entre parents et enfants et entre enfants d'une même fratrie. L'intimité de la famille se trouve ainsi dévoilée (Germain, 2009). Cette configuration familiale s'avère rencontrée fréquemment. Encore faut-il, pour concevoir l'adoption, d'abord concevoir l'abandon et ses impacts de privation.

Cet aspect important aura un impact sur l'état de santé de l'enfant. Les conditions de vie dans lequel grandit l'enfant influenceront grandement son état de santé (Pomerleau et al., 2005). Les antécédents personnels et familiaux de même que l'histoire d'abandon et d'institutionnalisation, le ratio soignant/soigné, les conditions épidémiologiques et nutritionnelles auront une influence sur l'état de santé et du développement de l'enfant. Cela aura un impact pour la famille dans son quotidien et dans son rapport avec les professionnels. C'est d'ailleurs souvent la santé qui est l'angle d'approche pour les services professionnels de ces familles (Hellerstedt et al., 2008).

La programmation de recherche *Expériences Adoptions* puise ses racines dans l'interrelation entre la santé, le social, les soins, les services bref le quotidien. *Expériences Adoptions* est une programmation de recherche vaste comportant plusieurs projets. Le but de cette grande programmation de recherche est de développer de nouvelles connaissances sur l'état de santé des personnes adoptées et de leurs familles. Lorsque nous parlons de santé, nous nous appuyons sur la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), c'est-à-dire, *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladies*. La dimension sociale, l'expérience de la personne adoptée sont des éléments très importants pour nous. On s'intéresse au regard que posent les personnes elles-mêmes sur leurs expériences dans le but d'identifier un meilleur accompagnement des familles et des professionnels.

Devenir une famille par adoption, voilà une réalité rencontrée plus fréquemment qu'on le croit. La famille adoptive subit constamment la comparaison avec la famille biologique, bien que les membres de la famille adoptive connaissent ces nombreuses différences. On doit au chercheur canadien David Kirk une nouvelle vision de la famille adoptive. Il l'a exposée dans son livre *Shared Fate* (1964), en insistant sur le fait suivant : devenir parent par adoption et le devenir par procréation sont deux expériences sans doute

similaires d'un certain point de vue, mais nettement différentes. Jusqu'aux années 60, on demandait aux familles adoptives de ressembler aux familles biologiques. Ces familles se retrouvent depuis dans des zones de fragilité qui sont peu comprises dans les milieux de pratiques. L'objectif du présent chapitre est de décrire les trajectoires des familles adoptives pour mieux saisir leur contexte de vulnérabilité.

Mise en contexte de l'adoption

Plusieurs événements de vie encouragent les couples ou les personnes célibataires vers le choix de devenir parent par adoption. Parmi les raisons qui les y poussent, on trouve bien sûr l'infertilité (Johnson & Kole, 1999; Chicoine et al., 2003). De nombreux futurs parents adoptants choisissent en fait d'adopter après de nombreuses tentatives infructueuses menées dans les cliniques de fertilité. Pour d'autres, l'attente du partenaire idéal pour construire une famille n'arrive pas après plusieurs années d'attente. Les raisons pour adopter un enfant sont multiples, mais elles découlent du besoin de donner un milieu de vie sain et chaleureux à un l'enfant. De nombreuses familles au Québec feront le choix de devenir parent par le biais de l'adoption internationale ou l'adoption nationale que certains appellent adoption domestique c'est-à-dire l'adoption d'enfants nés au Québec et adoptés au Québec. Le présent chapitre traitera uniquement de l'adoption internationale.

Adoption des enfants nés à l'étranger

Le contexte entourant l'adoption internationale pour les familles au Québec a subi diverses modifications à travers les années. Parmi les éléments ayant principalement mené à ces changements, nous retrouvons la Convention de la Haye qui a été adoptée au Québec en 2006 (SAI, 2019). En effet, depuis sa mise en place, les adoptions auprès des membres de la famille immédiate de l'enfant sont d'abord prioritaires, suivies de celles dans le pays d'origine pour finalement rendre l'enfant admissible à l'adoption internationale si les deux options précédentes se sont montrées inefficaces. (SAI, 2019; Germain & Esquivel, 2019; Dartinguenave, 2012). Ce voulant être une mesure de protection pour les enfants afin de favoriser leur développement, cette convention a toutefois des répercussions directes sur le profil des enfants admissibles à l'adoption l'internationale (Germain & Esquivel, 2019; Dartinguenave, 2012). La littérature scientifique décrit le nouveau profil des enfants adoptés comme étant des enfants de plus en plus âgés, provenant de fratrie ou présentant des besoins médicaux ou psychologiques particuliers (Miller et al., 2016; André-Trevennec & Lebreault, 2017; Dartinguenave, 2012).

Processus d'adoption à l'international

Au Québec, l'adoption via la filière de l'adoption internationale se fait par un processus comprenant un large éventail d'étapes pouvant varier selon le pays d'origine déterminé. En effet, lors de l'élaboration du projet d'adoption, le futur parent devra sélectionner un pays auquel il satisfera aux exigences et conditions d'admissibilité. Le processus d'adoption ne prend pas fin avec la proposition d'adoption; en effet, après un délai d'attente parfois s'étalant sur plusieurs années durant lesquelles le parent doit tenir son dossier d'adoption à jour, il devra faire approuver sa demande d'adoption. Ensuite, suivront des démarches administratives et juridiques, indépendantes selon le pays d'origine, pour permettre l'adoption de l'enfant et la suite de ces démarches à faire aussi au niveau du Québec (SAI, 2020). Finalement, lors de leur retour au Québec, selon le pays d'origine les parents adoptants devront faire des rapports d'évolution pour les autorités étrangères le requérant (SAI, 2020). Ainsi, le processus d'adoption à l'international est unique à chaque famille et comprend plusieurs défis pouvant mettre les membres de ces familles en situation de vulnérabilité.

Les trajectoires de vie des familles adoptives : contexte des bricolages

Les multiples recherches soulignent le fait que les parents adoptants vivent des enjeux particuliers lorsqu'ils décident d'entamer un processus d'adoption. Comme souligné par Brodzinsky (1990), les parents adoptants vivent pour la plupart une série de deuils et de renoncements au cours du processus d'adoption. Par exemple, l'infertilité, la renonciation d'une identité biologique parentale, les difficultés avec leurs propres attentes face à l'adoption, à leur parentalité, aux rôles qu'ils devront assumer, etc., sont des facteurs qui vont teinter leur trajectoire d'adoption.

Infertilité et médecine reproductive

Au Canada, c'est un couple sur six qui sera touché par l'infertilité alors qu'il tentera de construire sa famille. De multiples facteurs et étiologies sont à l'origine de l'infertilité autant chez les hommes et les femmes individuellement que chez le couple à part entière (Gouvernement du Canada, 2020). L'infertilité est due à un des deux partenaires pour différentes raisons et cela a un poids sur le couple. Pour certains partenaires, l'infertilité est une grande source d'inquiétude, de tristesse, d'incompréhension, voire de détresse individuelle que le couple devra traverser ensemble (Esquivel & Germain, 2019). L'infertilité étant décrite comme une perte de contrôle sur un issu central de leur vie (Thorn,

2009), l'adoption semble être pour ces couples une option de reprendre le contrôle de celui-ci et une option alternative de fonder une famille, ayant tentée toutes options biologiques auparavant. Avant d'entamer un processus d'adoption, plusieurs couples verront dans la médecine reproductive une façon de créer la famille qu'ils auront toujours voulue.

Cette expérience douloureuse, l'infertilité et leurs multiples tentatives à fonder une famille a parfois un impact très négatif sur leur propre estime de soi. L'infertilité n'est pas qu'un état physique, elle entraîne d'énormes répercussions sur tous les plans, psychologique, social et sexuel. Le suivi en clinique de fertilité nécessite du temps, de l'énergie et des ressources de toutes sortes. Lors de nos entretiens de recherche effectuée auprès des familles adoptives, il est fréquent que les familles citent l'infertilité comme motif ayant mené leur réflexion vers l'option d'adopter un enfant. Il est toutefois important de garder en tête que l'infertilité fait partie des facteurs pouvant fragiliser les parents adoptifs et les mettre à risque de développer une dépression post-adoption (Ramezanzadeh et al., 2004).

Un suivi pré et post-adoption est donc toujours favorisé dans l'accompagnement de ces familles. Plusieurs adoptants ont exprimé vivre avec difficulté cette rupture entre les mondes de la périnatalité et de l'adoption, pris entre les services offerts en silo (Germain et al., 2009).

Attentes et incertitudes

Le processus d'adoption peut être long dans la plupart du temps. Le temps d'attente peut engendrer un climat anxigène pour les parents adoptants. En effet, les nombreuses étapes entourant les démarches lors d'un processus d'adoption avant même la proposition d'adoption peuvent être très exigeantes pour le couple. Certains couples rapportent avoir eu des écarts en lien avec l'implication parmi les membres du couple pour l'élaboration du dossier, ce qui peut causer des tensions entre eux parfois éprouvé déjà par des expériences antérieures tel que l'infertilité (Goldberg & Smith, 2013). Dans certaines situations, on constate que le projet d'adoption débute d'une discussion amenée par la conjointe, tandis que le conjoint s'investit beaucoup moins qu'elle le souhaiterait. Dans les deux cas, les attentes face à l'adoption seront différentes au sein du couple.

Les années d'attente et l'annonce parfois d'allongement des délais perturberont le parent dans le travail d'anticipation et de préparation à sa future parentalité. Certains remettront en question l'aboutissement du projet puisque

le temps continue d'avancer; d'autres projets prendront la place simultanément avec celui d'adopter. On remarque également dans nos entretiens avec certains adoptants que l'attente peut avoir un impact sur le désir de devenir parent, projet, qui constituait alors, le moteur de leurs démarches (de Peuty, 2011). Cette attente peut engendrer à plus long terme des répercussions sur la qualité de leur relation lors du placement de l'enfant. De plus, les récits des parents adoptants comprennent parfois des démarches dans le pays d'origine ayant nécessité leur présence là-bas pendant plusieurs semaines. La charge mentale, physique et émotionnelle que ce processus implique auprès des nouveaux parents adoptants est non négligeable.

Également, les attentes du parent face à l'arrivée de l'enfant dans la famille ne sont pas toujours réalistes. Les enfants adoptés, qu'importe l'option privilégiée, ont pour la plupart vécu des histoires douloureuses dont les stigmates peuvent se refléter dans leur condition physique et mentale. Lors de l'arrivée de l'enfant dans la famille, l'état de santé de celui-ci amène son lot d'incertitudes pour les parents adoptants (JaeRan, 2017).

Ne l'oublions pas, dans le cas de l'adoption internationale, la différence est d'autant plus difficile à cacher qu'elle est physique, dans la majorité des cas. Adopter à l'étranger c'est adopter un étranger, quelqu'un qui ne ressemble pas à ses parents. La plupart des enfants adoptés à l'étranger ont un vécu racial, ethnique et culturel différent de leurs parents.

Quand un événement marquant bascule le processus d'adoption

À l'heure actuelle, adopter un enfant peut s'avérer une course à obstacles à laquelle plusieurs familles doivent faire face, ce qui peut engendrer un stress supplémentaire dans le processus d'adoption (Judge, 2003; McGlone et al., 2002; Selman, 2020). Nous constatons que le processus par lequel traversent plusieurs familles amène des défis supplémentaires lorsqu'un événement inattendu fait surface soudainement. Lorsqu'on parle d'un événement marquant dans l'adoption d'un enfant, nous faisons référence à une catastrophe naturelle par exemple, le séisme en Haïti de 2010 qui a placé plusieurs parents en état d'alerte pendant plusieurs jours, une pandémie mondiale, telle que la COVID-19, où les familles ne peuvent se déplacer pour rejoindre l'enfant. Ce qui ressort dans nos recherches, c'est que dans des contextes de crise, les parents adoptants expriment se sentir à l'écart, privé de leur capacité de protéger leur enfant et d'en prendre soin. Ils ont plusieurs craintes : quelles seront les répercussions de cette attente dans le développement de mon enfant? Comment puis-je exercer mon rôle de parent quand mon enfant est loin? Comment en prendre soin? La

transition à la parentalité dans ce contexte peut être perçue et vécue difficilement. Les parents se sentent démunis, incompris, mais surtout dépendants d'un système qu'ils ne comprennent pas toujours. Mentionnons que lors des adoptions suivant une crise, la reprise des dossiers d'adoption peut prendre des mois, voire des années avant que certains pays décident de rouvrir leurs portes aux adoptions (Selman, 2020). Cela ajoute un temps d'attente supplémentaire aux processus d'adoption, ce qui est vécu difficilement par les parents.

Interruption du projet d'adoption

Des parents vivent dans le plus grand silence une interruption du processus d'adoption. Il s'agit de situations, en dehors du contrôle des parents adoptants, qui mettent un terme à cette adoption telles qu'un enfant trop malade pour être adopté ou même décédé, un enfant ayant été adopté par une autre famille, une fermeture du pays d'origine à l'adoption internationale ou encore un changement dans les critères d'admissibilité dans le pays hôte qui, du coup, exclus les futurs parents adoptants. Les deuils des apparentements interrompus sont malheureusement sous-estimés par les intervenants, mais également par les parents (Germain & Esquivel, 2019). Certaines familles traversent la terrible expérience d'une interruption du processus d'adoption avant même sa réalisation.

Durant les entretiens avec les différentes familles, nous avons été surpris par le nombre de familles vivant une interruption du processus d'adoption pour des raisons en dehors de leur contrôle. Ces familles se sont alors tournées vers un autre pays pour l'adoption, d'autres ont attendu un autre enfant. Au moment de l'interruption du processus d'adoption, la plupart des familles ont reçu le nom, une photo et les dossiers médicaux de l'enfant. Les parents ont été informés par un appel téléphonique, un courriel, une lettre, un fax indiquant que cet enfant ne pourrait pas être adopté. Malheureusement, une de ces familles a obtenu l'information lors de leur voyage dans le pays d'origine de l'enfant. Cette expérience demeure bien souvent méconnue des professionnels de la santé, des services sociaux ou de l'adoption. Lorsque l'expérience est connue, la profondeur de la perte et le processus de deuil ne sont toutefois pas reconnus comme tels par les professionnels de la santé et des services sociaux. De peur de causer davantage de soucis à leur quête, les parents n'en parlent pas. Les mots manquent pour nommer cet élan brisé. L'impact sur la fratrie est indéniable, particulièrement la fratrie adoptive.

L'arrivée de l'enfant dans la famille

Selon le pays d'adoption, l'arrivée de l'enfant ou des enfants dans la famille se fera de manière différente. Certains parents feront la rencontre de l'enfant dans son pays d'origine alors que d'autres le rencontreront à l'aéroport même. Cette rencontre est pour de nombreuses familles un événement apportant une gamme d'émotions très variable passant de la joie à la peur, à l'incertitude et puis au bonheur. Certaines familles décrivent l'arrivée de l'enfant comme étant une étape à passer, d'autres comme une montagne de défis à relever, cela dépend de plusieurs facteurs comme : est-ce qu'ils reviennent d'un voyage de plusieurs semaines dans le pays d'adoption? Est-ce que l'enfant a un bon état de santé? Est-ce qu'il s'agit d'une fratrie? Est-ce qu'il y a une grande barrière de langue? Comment les autres enfants dans la famille réagissent-ils? Bref, cette arrivée est unique aux familles et aux individus.

État de santé

L'état de santé de l'enfant qui est parfois plus précaire avec la modification du profil sanitaire des enfants adoptés est un enjeu à prendre en compte par les parents adoptifs dès l'arrivée de l'enfant. En effet, Miller et al. (2016) rapportent que dans certains cas, l'état de santé de l'enfant peut être un élément qui entre en compte dans la dynamique familiale et qui serait malheureusement parfois lié aux ruptures d'adoption.

Plusieurs conditions affectent l'état de santé de l'enfant : les antécédents anténataux et périnataux, la pauvreté, le ratio de soignant/soigné à l'orphelinat, l'âge de l'abandon, les conditions sanitaires dans lesquels vivent les enfants en orphelinat ou en institution, le manque de stimulation, la manque d'aliments, l'exposition aux maladies infectieuses et les événements traumatiques. Tout cela aura un effet sur le cerveau de l'enfant, sur son développement. Aussi, à leur arrivée les enfants souffrent souvent de malnutrition ou de carences alimentaires. Les infections sont également fréquentes : 1) les infections congénitales telles la rubéole et la syphilis congénitale; 2) les infections et infestations de la peau tels impétigo, gale, poux, tinea capitis; 3) les infections respiratoires; 4) les infections digestives et les parasitoses.

L'aspect socioaffectif ainsi que la santé mentale peuvent faire partie des défis supplémentaires rencontrés par les enfants adoptés. Le temps passé en institution a un réel impact dans le développement de l'enfant adopté. Le stress vécu durant cette période peut occasionner des difficultés chez les enfants

adoptés : des troubles somatiques, de l'anxiété, des difficultés sociales, des problèmes d'attention et d'agressivité, de deuils (Groza et al., 2003).

Les impacts de la négligence en bas âge de l'enfant adopté et de l'état de santé ressurgissent bien souvent à d'autres étapes de son développement. Le début de la scolarisation et la période de l'adolescence sont des moments particulièrement difficiles pour certaines de ces familles.

L'American Academy of Pediatrics a déclaré en 2000 que les besoins des enfants adoptés, en matière de santé, représentaient une spécialité de la pédiatrie. La littérature démontre que les parents se voient même davantage jouer un rôle de soignant que de parent lors des premiers mois suivant l'adoption (Germain & Esquivel, 2019). Certaines familles verront les suivis de santé diminués en fréquence au fil des mois alors que d'autres seront à l'affût de nouveaux signaux indiquant des problématiques qui, malheureusement, ne pouvaient être identifiées avant un certain âge ou dans un certain contexte.

Entrée à l'école

De nos jours, avec les délais pour les adoptions à l'international, il n'est pas rare que l'enfant soit d'âge scolaire ou préscolaire lors de son arrivée au pays. Les études rapportent que les enfants adoptés sont plus vulnérables aux difficultés académiques (Miller et al., 2009). Que ce soit la barrière de la langue, les retards de développement au niveau cognitif et moteur ou encore des problématiques non diagnostiquées en bas âge telles que la dyslexie, la dysgraphie ou la dyscalculie, nombreux sont les obstacles auxquels doivent faire face ces enfants (Gindis, 2004). On retrouve aussi des délais au niveau de leur développement social (Gagnon-Oosterwaal et al., 2012).

Pour un enfant, il est très difficile de comprendre intellectuellement le concept abstrait d'adoption. Dire qu'on est adopté ne signifie pas nécessairement comprendre qu'on est adopté. Il faut s'adapter à l'âge de l'enfant. Selon Brodzinsky (1990), à l'âge préscolaire, l'enfant définit la famille comme des individus qui partagent le même sang et les mêmes relations. À l'âge scolaire, le stade des opérations concrètes dont parle Piaget, l'enfant devient plus réflexif, plus analytique, plus logique. Comprendre ce que signifie « être adopté » ne vient pas avant l'âge de six ou sept ans. C'est pour cela que la plupart des enfants sont confrontés à leur histoire lorsqu'ils entrent à l'école.

À l'âge scolaire, les parents se retrouvent face à de nombreux dilemmes à travers les modalités du système scolaire actuel. Le défi est tout aussi grand

pour l'enfant qui doit se développer et apprendre à travers ce parcours que pour les professionnels qui parfois, malgré leur bonne volonté, se retrouvent face à une réalité qui leur est plus ou moins connue, soit celle de l'adoption. Ce n'est pas que l'entrée à l'école qui sera un défi, mais plutôt l'ensemble du chemin à parcourir. Plusieurs adultes adoptés rapportent des traits reliés à l'anxiété de performance ou des troubles de déficit d'attention et d'hyperactivité, parfois découverts uniquement lors de leur parcours universitaire.

Les micro-agressions

Les familles adoptives recréent une unité pluraliste en elle-même contrairement aux familles migrantes qui présentent à leur enfant un tissu relativement uni dans une société pluraliste. Cette expérience est donc unique et particulière tant pour les enfants que pour les parents. Nous appelons micro-agressions les situations vécues ou perçues exposant une personne à des attitudes, des jugements et des préjugés, communiqués de manière subtile ou non, concernant sa réalité adoptive (Baden, 2016). Les études sur les micro-agressions rapportent que les personnes adoptées ainsi que leur famille vivent quotidiennement ce type d'agressions (Baden et al., 2012; Baden, 2016; Farr et al., 2016). Il peut s'agir d'un inconnu dans un magasin qui questionne les origines de leur enfant, par exemple. Ces micro-agressions font vivre de nombreux malaises aux familles.

Les parents adoptants expérimentent aussi les micro-agressions. Ils détestent ces situations, mais n'en feront pas de cas. Mais c'est lorsque leur enfant adopté vit des micro-agressions, qu'ils réalisent l'impact que cela peut avoir sur ce dernier. C'est lors de l'entrée à l'école que les enfants sont confrontés à différents commentaires de la part de leurs camarades.

Bien avant de comprendre cognitivement la signification du concept de l'adoption, les enfants reconnaissent les différences physiques (Friedlander, 1999). Les enfants reconnaissent la différence, mais ils ne la comprennent pas cognitivement (Huh & Reid, 2000). Le concept d'identité vient plus tard (Friedlander, 1999). Dans le monde social et scolaire, les enfants peuvent rapidement affronter des commentaires sur leurs différences en tant qu'enfants adoptés, et ce, tôt dans la vie (Friedlander et al., 2000). Ainsi, les personnes adoptées rendues à l'âge adulte expriment avoir vécu différentes formes de micro-agressions à l'âge scolaire (Baden et al., 2012). Bien que certains mots exprimés par leurs camarades ne semblaient pas racistes, le fait de se faire demander dans la cour de l'école : « Combien tes parents ont payé pour toi? » n'est pas un événement à prendre à la légère. Pour d'autres, des remarques

telles que « Les Coréens ont la réputation d'être très travailleurs. Donc si je ne fais pas un devoir à l'école, ils disent "Comment ça se fait ? Toi qui es Coréen! » (Garber & Grotevant, 2015). Ces commentaires peuvent être perçus par leur entourage comme minimes, voir sans malice, toutefois, pour les personnes adoptées cela peut engendrer une source de stress et de frustration.

Dans une famille adoptive, les parents peuvent vivre également des micro-agressions. Ils doivent affronter des questions délicates, non seulement de la part des étrangers, mais aussi de la famille proche et élargie. Des questions, entre autres, qui renvoient à leur sexualité : « Vous ne pouviez pas en avoir? » Ou encore des questions qui les renvoient à leurs valeurs : « Vous posez un beau geste » (Miall, 1987).

L'adolescence

Pour plusieurs personnes adoptées, l'adolescence est une période plus difficile. Pour certains, il s'agit d'une période tumultueuse où s'entrecroisent plusieurs questionnements. De plus, étant une période charnière dans le développement de l'identité, l'adolescence peut faire surgir ou ressurgir des questionnements portant sur la culture et l'histoire de leur pays d'origine, le contexte dans lequel ils ont été adoptés, la composition de sa famille biologique, etc. (Harf et al., 2006). Les études actuelles sur l'état de santé des adolescents adoptés rapportent un nombre plus élevé de consultations et d'hospitalisations en santé mentale pour ce groupe de population que pour ceux non adoptés (Askeland et al., 2017; Harf et al., 2006). Parmi les diagnostics, on rapporte des troubles de comportement, de l'anxiété, des troubles affectifs et des épisodes psychotiques (Beine et al., 2008). Il est donc important de porter une attention à la vulnérabilité dans laquelle certains adolescents ayant été adoptés se trouvent et être à l'affût des manifestations pour leur venir en aide adéquatement, et ce, au moment opportun.

Ruptures d'adoption : quand la relation ne tient que par un fil

Il existe un sujet tabou dans le domaine de l'adoption et qui pourtant touche un plus grand nombre de familles actuellement. Il s'agit de la rupture de la relation entre parents adoptants et l'enfant adopté. Cette rupture peut causer une grande détresse chez les parents adoptants ainsi que pour l'enfant adopté, en plus des dommages causés avant la rupture elle-même. Sachant que le profil actuel des enfants adoptés montre une augmentation de l'âge moyen à l'adoption et la présence accrue de besoins au niveau physique ou développemental chez ces enfants est inquiétante. Hartinger-Saunders et al.

(2015), tout comme Pertman (2011) et bien d'autres chercheurs rapportent que le nombre d'années passées en institution augmente le risque de rupture adoptive, les difficultés au niveau de l'attachement ainsi que les problèmes comportementaux. Ce ne sont que quelques facteurs auxquels nous pouvons ajouter les traumatismes dans l'enfance comme les abus physiques, la négligence, etc. (Dhami et al., 2007).

La rupture d'adoption peut survenir à n'importe quel moment, le parent comme l'enfant sont alors dans une posture de très grande vulnérabilité et l'accompagnement par des professionnels est très important. Nous sommes conscients que le mot « rupture » n'est peut-être pas approprié pour qualifier ces expériences d'adoption. Ces familles expriment, dans nos entretiens, que l'enfant restera toujours leur enfant même si ce dernier a dû être placé dans un autre milieu. Nous percevons une grande détresse chez ces familles qui sont peu répertoriées actuellement dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Identité et recherche des origines

La quête des origines et la recherche de l'identité chez les personnes adoptées se fera en différentes étapes, à un rythme distinct et ce de manière très personnelle pour chacune d'entre elles. En effet, la littérature rapporte que les questionnements et la recherche de compréhension des origines seraient variable en fonction de l'âge émotif et mental de l'enfant et puis de l'adulte (Chicoine et al., 2003). Les adoptions transraciales peuvent d'autant plus amener des défis supplémentaires au niveau psychologique et social (Darnell et al., 2017). Les propos recueillis au cours de nos recherches actuelles exposent différents moyens utilisés afin de réaliser cette quête identitaire, parfois certains moyens qui semblaient efficaces pour un ne le sont pas pour d'autres, mais chaque histoire nous expose à quel point cela place les individus concernés dans des situations de vulnérabilité. Cette quête peut arriver dès un jeune âge chez certains enfants adoptés, pour d'autres ce sera au moment du passage à l'adolescence, mais également lorsqu'il devient parent. Chaque quête d'identité est unique et vécue différemment.

S'exprimer sur ce que c'est qu'être une personne adoptée, il y a peu d'espace pour cela. Pourtant, c'est un besoin que nous avons documenté. La nécessité d'un espace d'échanges avec d'autres personnes adoptées, pour pouvoir parler librement, se questionner, sans risque de blesser les parents/amis est bien présente. L'importance de l'espace de parole est ressortie dans les résultats de nos recherches. Les personnes adoptées expriment la nécessité

d’être comprises et soutenues par leurs pairs. Faire partie d’une communauté de personnes adoptées est aidant, et ce, à différents moments du cycle de la vie.

Quand une personne adoptée devient parent

Plusieurs études s’intéressent encore aujourd’hui aux enfants adoptés, à leur développement physique et psychologique (Pomerleau et al., 2005; Pérouse de Montclos, 2012; Miller et al., 2016) aux répercussions qu’engendre le temps passé dans les orphelinats et l’attachement (Howe, 2003; Pérouse de Montclos, 2011; Ouellette, 2011), mais très peu s’intéressent aux personnes adoptées qui deviennent parents (Greco et al., 2015; Despax & Bouteyère, 2019). Il est important d’aborder la parentalité chez les personnes adoptées, car devenir parent constitue une crise au niveau individuel menant à des enjeux intrapsychiques et à des questionnements sur son propre roman familial (Roskam & Mikolajczak, 2015). Ainsi, devenir parent peut positionner la personne adoptée dans une quête des origines, mais surtout à la recherche de ses antécédents sociobiologiques. En effet, plusieurs personnes adoptées soulignent, dans nos recherches, que devenir parent engendre chez eux une quête d’identité, mais surtout celle concernant les antécédents médicaux. Se faire poser des questions concernant la santé et des maladies génétiques n’est pas toujours facile lorsqu’on ne connaît pas la réponse.

Cette absence de réponse peut être vécue difficilement pour plusieurs personnes adoptées qui deviennent parents. Elles pourraient alors être confrontées à la question douloureuse de leurs propres origines. Despax et Bouteyère (2019) mettent en lumière le fait que la connaissance de l’histoire de l’adoption serait pour les adoptés une ressource importante lors de la transition vers la parentalité : avoir des informations précises sur ses origines permettrait d’appréhender de façon plus sereine sa propre parentalité.

Conclusion

Les familles adoptives sont sujettes à de nombreux éléments internes et externes qui peuvent les faire glisser vers la vulnérabilité. Elles tentent de se construire, de se bricoler une vie de famille, un quotidien à l’abri que ce qui pourrait les entraîner vers le délicat ou le difficile. Les familles créent, inventent des rituels, racontent leur roman familial, tentent de se soigner, d’apprendre et de grandir au meilleur de leurs ressources. Pour arriver à bricoler, il faut faire sens avec les silences, les gommages, les absences, avec ce que l’on sait ou pas, le difficile comme le magnifique. Cela peut paraître si simple, mais s’avère si complexe à la fois. Et pour comprendre ces bricolages, il faut savoir, savoir-être

et savoir-faire en contexte. La vulnérabilité est un contexte, et les contextes s'avèrent nombreux et multifactoriels en adoption. S'intéresser au quotidien des familles adoptives, c'est s'intéresser à l'extraordinaire dans l'ordinaire et à la résilience de ces familles. D'où l'importance de la recherche auprès de ces familles à partir de leurs paroles.

Ainsi, la vulnérabilité s'avère un élément qui prend une place importante dans les recherches en adoption. Explorer celle-ci du point de vue des différents acteurs de la famille (personne adoptée, mère, père) et des professionnels qui les entourent est essentiel pour permettre un meilleur accompagnement, un soutien adéquat. Essentiel pour comprendre, pour soigner le lien qui unit ces gens. Les résultats de recherche doivent retourner vers les familles, vers les personnes adoptées, vers les communautés, parce que cela permet de nommer, expliquer, illustrer, comprendre une réalité complexe qui touchent de nombreuses personnes au sein d'une famille, mais aussi au sein d'une population. La recherche, c'est également une façon de donner une voix aux familles adoptives et personnes adoptées. Certes, l'adoption teinte toutes les situations de la vie quotidienne, et ce, dans plusieurs milieux : l'école, le milieu de travail, la conjugalité, etc. Il faut mixer nos regards pour mieux saisir l'ensemble de ces enjeux. L'interdisciplinarité de nos regards est une réponse face à cette complexité. Avec tout le délicat, la recherche doit continuer de s'intéresser aux situations difficiles; ces situations qui ne se confient pas ou qui ne se racontent pas facilement. La prévention des ruptures d'adoption en est un bon exemple. La vulnérabilité de ces familles n'est pas à prendre à la légère ni celle des intervenants qui ne savent plus comment les aider.

On comprend bien, alors, l'adage selon lequel « on ne naît pas parents, on le devient » (Laporte, 2005). Accompagner un enfant dans la vie n'est pas une mince tâche et pour les parents adoptants, le défi est parfois encore plus grand. Les composantes de leur expérience permettront de sensibiliser les intervenants et soignants du monde de l'adoption internationale et de développer des outils qui seront utiles aux parents, aux personnes adoptées ainsi qu'aux professionnels. Pour reprendre les propos de Grange-Ségéral (2007), il faudra aux professionnels et aux familles *la patience de Pénélope et le courage d'Ulysse* pour arriver à cheminer à travers les petits et grands défis de la vie quotidienne d'une famille adoptive.

Références

- André-Trevennec, G., & Lebreault, M. (2017). Adoption internationale : Tendance à travers 3 enquêtes réalisées par l'OAA Médecins du Monde auprès des parents adoptant entre 1990 et 2012, que retenir pour L'accompagnement des enfants « special needs » et prévenir les ruptures du lien parent-enfant? *Neuropsychologie de l'enfant et de l'adolescent*, 65, 225-244.
- Askeland, K. G., Hysing, M., La Greca, A. M., Aarø, L. E., Tell, G. S., & Sivertsen, B. (2017). Mental health in internationally adopted adolescents: A meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56, 203-213.
- Baden, A., Treweek, L., & Ahluwalia, K. (2012). Reclaiming Culture: Reculturation of Transracial and International Adoptees. *Journal of Counseling & Development*, 90, 387-399.
- Baden, A. (2016). Do You Know Your Real Parents?" and Other Adoption Microaggressions." *Adoption Quarterly*, 19, 1-25.
- Beine, A., Constant, É., & Goffinet, S. (2008). L'adoption, un risque accru d'hospitalisation psychiatrique? Étude préliminaire. *Annales Médico Psychologiques*, 166, 516-522.
- Brodzinsky, D. M. (1990). A stress and coping model of adoption adjustment. Dans D. M. Brodzinsky & M. D. Schechter (Éds), *The psychology of adoption* (pp. 3-24). Oxford : Oxford University Press.
- Chicoine, J-F., Germain, P., & Lemieux, J. (2003). *L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi)*. Montréal : Collection CHU St-Justine
- Dartiguenave, C. (2012). Adoption internationale : évolution des risques de santé chez les enfants. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 105, 109-114.
- Despax, J., & Bouteyre, E. (2019). La parentalité des adultes adoptés : une revue systématique de la littérature. *Devenir*, 3, 231-248.
- Dhami, M., R. Mandel, D., & Sothmann, K. (2007). An evaluation of post-adoption services. *Children and Youth Services Review*, 29, 126-179.
- de Peuty, C. (2011). Adoption internationale : l'enfant virtuel de la « grossesse adoptive ». *Spirale*, 4, 71-77.
- Esquivel, A., & Germain, P. (2019). L'impact de l'état de santé de l'enfant sur la dynamique du couple. *Accueil*, 193, 24-26.
- Darnell, F. J., Johansen, A. B., Tavakoli, S., & Brugnone, N. (2017). Adoption and identity experiences among adult transnational adoptees: A qualitative study. *Adoption Quarterly*, 20, 155-166.
- Farr, R. H., Crain, E.E., Oakley, M.K., Cashen, K.K., Garber, K.J. (2016). Microaggressions, Feelings of Difference, and Resilience Among Adopted Children with Sexual Minority Parents. *Journal of Youth and Adolescence*, 45, 85-104.
- Friedlander, M. L. (1999). Ethnic identity development of internationally adopted children and adolescents: Implications for family therapists. *Journal of Marital & Family Therapy*, 25, 43-60.

- Friedlander, M. L., Larney, L. C., Skau, M., Hotaling, M., Cutting, M. L., & Schwam, M. (2000). Bicultural identification: Experiences of internationally adopted children and their parents. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 187-198.
- Gagnon-Oosterwaal, N., Cossette, L., Smolla, N., Pomerleau, A., Malcuit, G., Chicoine, J-F., ... Berthiaume, C. (2012). Pre-adoption Adversity and Self-reported Behavior Problems in 7 Year-Old International Adoptees. *Child Psychiatry Hum Dev*, 43, 648-660.
- Garber, K. J., & Grotevant, G. D. (2015). "YOU Were Adopted?!": Microaggressions Toward Adolescent Adopted Individuals in Same-Race Families." *The Counseling Psychologist*, 43, 435-362.
- Germain, P. (2009). *Grandir au sein d'une famille pluriethnique : l'expérience de l'enfant adopté et de sa famille* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Québec, Qc.
- Germain, P., & Esquivel, A. (2019). The Importance of Nursing Support for Families with international Adoptees. *Journal of Pediatric Nursing*, 46, 124-125.
- Germain, P., Fleurant A., & de Montigny, F. (2009). À la rencontre d'une trajectoire familiale différente : l'adoption internationale. *L'infirmière clinicienne*, 6, 29-32.
- Gindis, B. (2004). Language Development in Internationally Adopted Children. *China Connection*, 10, 34-37.
- Goldberg, A.E., & Smith, J.Z. (2013). Work Conditions and Mental Health in Lesbian and Guay Dual-Earner Parents. *Family and Relations*, 62, 727-740.
- Gouvernement du Canada. (2020). Fertilité. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/fertilite/fertilite.html>
- Grange-Ségéral., E. (2007). La patience de Pénélope et le courage d'Ulysse... *Dialogue*, 3, 67-74.
- Greco, O., Rosnati, R., & Ferrari, L. (2015). Adult adoptees as partners and parents: The joint task of revisiting the adoption history. *Adoption Quarterly*, 18, 25-44.
- Groza, V., D Ryan, S., & J. Cash, Scottye. (2003). Institutionalization, Behavior and International Adoption: Predictors of Behavior Problems. *Journal of Immigrant Health*, 5, 5-17.
- Harf, A., Taieb, O., & Moro, M. R. (2006). Adolescence et adoptions internationales : une nouvelle problématique? *Presse universitaire de France*, 49, 543-572
- Hartinger-Saunders, R., & Trouteaud, A. (2015). Underserved Adoptive Families: Disparities in Postadoption Acces to information, Resources and Services. *Formerly Family Preservation Journal*, 15, 1-6.
- Hellerstedt, W., Madsen, N., Gunnar, M., Grotevant, H., Lee, R., & Johnson, D. (2008). The International Adoption Project: Population-based Surveillance of Minnesota Parents Who Adopted Children Internationally. *Maternal and Child Health Journal*, 12, 162-171.
- Howe, D. (2011) *Attachment accross the life course, a brief introduction*. Londres : Éditions Pgrave MacMillan.
- Huh, N. S., & Reid, W. J. (2000). Intercountry, transracial adoption and ethnique identity. A Korean example. *International Social Work*, 45, 75-87.

- JaeRan, K. (2017). « You can't run into a burning building without getting burned yourself »: An ecological systems perspective of parents choosing out-of-home care for an intercountry adopted child. *Families in Society*, 98, 169-177.
- Johnson, D. E., & Dole, K (1999). International adoptions : implications for Early intervention. *Infants and Young Children: An Interdisciplinary Journal of Early Childhood Intervention*, 11, 34-45.
- Judge, S. (2003). Determinants of parental stress in families adopting children from Eastern Europe. *Family Relations*, 52, 241-248.
- Kirk, D. (1964). *Shared Fate: A Theory of Adoption and Mental Health*. New York : The Free Press of Glencoe.
- Laporte, D. (2005) Être parent, une affaire de cœur (2^e éd.). Montréal : Éditions CHU Sainte-Justine.
- McGlone, K., Santos, L., Kazama, L., Fong, R., & Mueller, C. (2002). Psychological stress in adoptive parents of special-needs children. *Child Welfare*, 81, 151-171.
- Miall, C. E. (1987). The Stigma of Adoptive Parent Status: Perceptions of Community Attitudes toward Adoption and the Experience of Informal Social Sanctioning. *Family Relations*, 36, 34-39.
- Miller, L., Chan, W., Tirella, L., & Perrin, E. (2009). Outcomes of Children Adopted From Eastern Europe. *International Journal of Behavioral Development*, 33, 289-298.
- Miller, L.C., Pérouse de Montclos, O., & Sorge, F. (2016). Special needs adoption in France and USA 2016: How can we best prepare and support families? *Neuropsychologie de l'enfance et de l'adolescence*, 64, 308-316.
- Ouellette, F.R. (2011) Enjeu familial et redéfinitions de la famille. *Enfances, Familles, Générations*, 15, 1-9.
- Pérouse de Montclos, M.-O. (2011). Adoption internationale et vulnérabilité psychologique de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, 18, 482-485.
- Pérouse de Montclos, M. O. (2012). Adoption internationale et troubles des apprentissages chez l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, 19, 127-128.
- Pertman, A. (2011). *Adoption Nation : How the Adoption Revolution is Transforming Our Families*. Boston : The Harvard Common Press.
- Pomerleau, A., Malcuit, G., Chicoine, J-F., Séguin, R., Belhumeur, C., Germain, P., ... Jéliu, G. (2005). Health status, cognitive and motor development of young children adopted from China, East Asia, and Russia across the first 6 months after adoption. *International Journal of Behavioral Development*, 29, 445-457.
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, M., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., & Jafaradabi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health*, 4, 9.
- Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2015). *Stress et défis de la parentalité*. De Boeck : Louvain-la-Neuve.
- Secrétariat à l'adoption internationale du Québec (SAI). (2019) Conditions et procédures par pays. Repéré à https://adoption.gouv.qc.ca/fr_conditions-et-procedures-par-pays.

Secrétariat à l'adoption internationale du Québec (SAI). (2020). L'adoption internationale au Québec : historique de l'adoption internationale. Repéré à http://adoption.gouv.qc.ca/fr_historique-de-ladoption-internationale.

Selman, P. (2020). Adoption in the context of natural disaster. Dans G. M. Wrobel, E. Helder, & E. Marr (Éds), *The Routledge handbook of adoption* (pp. 150-170). New York, NY : Routledge.

Thorn, P. (2009). Understanding Infertility: Psychological and Social Considerations from a Counselling Perspective. *International journal of fertility and sterility*, 3, 48-51.

Chapitre 9

Revisiter la vulnérabilité sous l'angle des défis de la conciliation famille-travail

Karine Sauvé, Diane Dubeau et Jean-Pierre Gagnier

Introduction

Durant de nombreuses années, les rôles parentaux traditionnellement définis pour les mères et les pères ont entraîné un cloisonnement des sphères privée (famille) et publique (travail) allouant une expertise aux mères quant aux soins et à l'éducation des enfants et aux pères quant à leur rôle de pourvoyeur. Les importants changements sociaux vécus au cours des dernières années ont complexifié les réalités auxquelles sont confrontées les familles d'aujourd'hui. On assiste ainsi à une diversification des structures familiales, à des formes d'engagement maternel et paternel variées, ainsi qu'à des transformations et des transitions plus fréquentes qui nécessitent l'adoption d'une perspective dynamique plutôt que statique sous la forme de trajectoire familiale. Ces changements offrent ainsi davantage de choix aux parents tels qu'avoir (ou non) des enfants et à quel moment, utiliser (ou non) des services de garde ou choisir qui sera le parent qui demeurera à la maison durant la première année de vie des enfants, etc. La multiplicité des choix est ainsi vue comme un atout pour mieux s'adapter aux conditions changeantes des environnements de vie. Toutefois, ces « choix » posent de plus grands défis aux couples appelés à négocier et à concilier ces diverses possibilités. Nous comprendrons qu'évidemment, les choix sont des décisions qui ne sont parfaitement libres de contraintes et de conséquences dans la vie familiale. Il ne suffit pas que des opportunités existent pour qu'elles soient accessibles et réalistes pour l'ensemble des parents.

Si la famille est en changement, l'univers du travail est également en mutation (St-Amour & Bourque, 2013). La spécialisation des emplois qui requiert de plus longues années de formation, la croissance des emplois atypiques qui affecte entre autres les horaires et les lieux de travail (télétravail, travailleur autonome), les défis de rétention des employés, la présence de main-d'œuvre multigénérationnelle et l'importance des nouvelles technologies sont autant de caractéristiques qui multiplient les conditions d'emploi et les choix qu'elles posent aux individus quant à leur cheminement professionnel (Tremblay, 2019).

De nombreuses personnes doivent combiner au quotidien les exigences accrues qui relèvent de leurs responsabilités familiales et professionnelles. C'est ainsi qu'on note avec la place croissante occupée par les femmes sur le marché du travail, une progression du phénomène des familles biactives, dans lesquelles les deux adultes ont un emploi rémunéré. Un phénomène observé par l'ensemble des pays de l'OCDE qui entraîne une réorganisation dans la division du travail entre les hommes et les femmes et qui met en exergue les enjeux de la conciliation famille-travail (CFT). En 2007, pour ces pays, c'est en moyenne près de 60 % des couples qui étaient considérés comme des familles à deux rapporteurs de revenus (OCDE, 2011). Au Québec, le pourcentage de familles biactives est supérieur soit 73,2 % des familles biparentales avec au moins un enfant de 16 ans ou moins (Statistiques Canada, 2016).

Cette réalité avec laquelle composent de nombreuses familles prend tout son sens en regard des impacts négatifs associés à la CFT, incluant les conséquences notables sur la santé physique et mentale de tous les membres de la famille (Bigras et al., 2009; St-Amour et al., 2005). Selon l'enquête « *Perspectives Parents* » menée par l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) en 2015, 66 % des parents d'enfants âgés entre 0 et 5 ans identifiaient la CFT comme une source de stress importante (Lavoie, 2016). La CFT nous apparaît ainsi comme un contexte fertile pour une analyse du phénomène de la vulnérabilité des familles considérant les pressions ou les exigences accrues sur les plans familial et professionnel avec lesquelles elles doivent composer. La démarche proposée vise alors à mieux comprendre comment monsieur et madame Tout-le-monde, jour après jour, négocie avec le fait de devoir conjuguer à la fois avec un stress élevé émergeant des diverses pressions sociales et des normes à atteindre, avec les pressions du travail et ses facettes sous-jacentes, avec les contraintes de la vie familiale, avec le souci de répondre aux besoins de tout un chacun et avec les pressions de ce qu'on souhaite du fond du cœur réaliser du point de vue personnel.

Le présent chapitre s'appuie sur les résultats d'une étude menée dans le cadre d'une recherche doctorale dont le but était d'en connaître davantage sur les enjeux et les défis de la CFT, mais en l'abordant de façon originale selon le point de vue de la sphère privée, soit le vécu des pères et des mères. Il apparaît d'abord essentiel de mieux définir le concept de vulnérabilité. Ensuite, il sera question de cette récente étude menée auprès de jeunes parents en matière de CFT. Suite à la présentation du contexte de l'étude et des éléments méthodologiques, les principaux constats dégagés seront discutés afin de faire des liens entre la vulnérabilité et la CFT.

Vulnérabilité pour qui? Pourquoi?

Le concept de vulnérabilité analysé sous l'angle de la CFT

Malgré les nombreux écrits qui font état d'une popularité croissante du concept de vulnérabilité depuis les années 1990 que l'on retrouve au confluent de différentes disciplines (environnement, psychologie, sociologie, etc.), force est de constater qu'il est difficile d'en dégager une définition unique. Certains mettent surtout de l'avant la prédisposition ou la susceptibilité de certaines personnes pour des maladies spécifiques ou un développement inadapté en présence d'expériences négatives (Masten & Gewirtz, 2006). Une vulnérabilité qui est ainsi perçue comme existentielle, biologique ou propre à l'individu (Martucelli, 2014). Une vision qui s'inscrit dans une approche probabiliste par un calcul de facteurs de risque. Une approche similaire est présente en sociologie où l'on s'appuie sur des critères sociaux définis tels que l'âge, le genre, le revenu, etc. Cette façon de définir la vulnérabilité entraîne souvent des catégorisations binaires de type « vulnérable versus non vulnérable ». Une telle conceptualisation présente l'avantage d'être claire et nombreux sont les programmes et les politiques qui s'appuient sur une telle vision. En entraînant un découpage de la population selon ces facteurs de risque, elle présente toutefois le grand danger de stigmatiser les individus ou les groupes ciblés. De plus, elle limite les possibilités d'avoir une vue globale de ces personnes et de prendre peu en considération le contexte ainsi que les ressources que les individus peuvent mobiliser pour faire face au risque ou à la menace.

En réponse à ces critiques, certains auteurs proposent une vision universelle de la vulnérabilité (Lacharité, 2020; Liendle, 2012; Soulet, 2014). Cette précision et cette appellation de vulnérabilité universelle nous semblent tout particulièrement pertinentes dans le contexte de la CFT. Au-delà des situations les plus critiques, les conditions « vulnérabilisantes » peuvent être le lot d'une population plus large. Or, l'exposition à la vulnérabilité est ainsi commune à tous les individus bien qu'elle ne soit pas égale. La CFT s'inscrirait en conformité avec cette caractéristique d'universalité de la vulnérabilité. Elle respecterait également les caractéristiques supplémentaires identifiées par Soulet (2014) soit : 1) sa potentialité (possible, mais non certaine); 2) son caractère relationnel et contextuel (la vulnérabilité s'inscrit dans un contexte donné et en fonction des ressources détenues par l'individu); 3) sa nature individuelle puisqu'elle ne touche pas tous les individus de la même façon et 4) sa réversibilité considérant qu'il est possible d'agir sur les facteurs de risque et le contexte. Cette vision est particulièrement intéressante puisqu'elle invite à considérer la vulnérabilité comme étant sociale, globale impliquant ainsi l'ensemble de la société et son fonctionnement (Garrau, 2018). Certains parlent

même de « société vulnérable » (Fabiani & Theys, 1987) ou de « société du risque » (Beck, 1992). Elle permet également de ne pas seulement voir les effets de la menace ou du risque, mais aussi d'analyser les réponses individuelles, collectives, institutionnelles et politiques qui sont proposées pour y remédier. Cette approche encourage ainsi à agir sur l'environnement afin de le rendre moins « vulnérabilisant » en privilégiant une perspective préventive, en intervenant en amont.

En adoptant une vision encore plus élargie de la vulnérabilité dans une perspective de parcours de vie, Spini et al. (2017) proposent un cadre conceptuel de la vulnérabilité qui s'articule sous trois axes complémentaires de recherche en ce domaine. Le premier concerne l'axe multidimensionnel de la vulnérabilité qui se doit d'adopter une perspective globale de la personne et d'intégrer les différentes sphères de vie. Cet axe permet de considérer les débordements possibles existant entre ces sphères, créant du stress et des tensions qui génèrent un contexte de vulnérabilité. La CFT est une belle illustration de débordements potentiels entre la sphère privée de la famille et celle publique du travail.

Le second axe proposé par Spini et ses collègues (2017) est de type multi-niveau systémique¹, allant de l'individu au microsystème jusqu'au macrosystème. Selon les modélisations systémiques et de la complexité, le contexte de vie des personnes et le phénomène de la vulnérabilité engagent de multiples niveaux de réalité. Bien que participant à ce qu'il convient d'appeler un large écosystème, chacun des niveaux ne peut prétendre représenter à lui seul ce qui se joue aux autres niveaux. Non seulement la prise en compte de ces niveaux distincts demeure essentielle, mais encore faut-il reconnaître l'impact des liens existant entre ces multi-niveaux systémiques. Or, comme mentionnés précédemment, certains traits d'une personne (ontosystème) peuvent affecter sa capacité et sa réactivité à faire face au risque ou à la menace et ainsi la fragiliser. En contrepartie, certaines ressources ou certains capitaux relationnels ou économiques peuvent agir comme facteurs de protection. Les réponses issues des milieux institutionnels et des politiques peuvent ici atténuer cette vulnérabilité. Dans le domaine de la CFT, on peut penser au soutien que s'offrent

¹ Le caractère « multiniveaux » de la vulnérabilité décrit par ces auteurs fait référence d'abord au niveau intra-individuel (telles que les dispositions génétiques, biologiques et psychologiques), le niveau individuel (incluant les événements et les différentes phases du parcours de vie) et le niveau supra-individuel (soit le groupe social, les structures sociales, les normes, le contexte économique, etc.) et à l'interaction dynamique entre ces différents niveaux, créant ainsi des effets les uns sur les autres.

mutuellement les parents, au partage de leurs responsabilités ainsi qu'aux congés de maternité et paternité offerts par la politique familiale.

Le troisième axe du cadre conceptuel de la vulnérabilité proposé par Spini et ses collègues (2017) est la multidirectionnalité qui intègre la dimension temporelle, historique. Elle s'apparente à celle du chronosystème décrit par Bronfenbrenner (2005). Ainsi un enfant de parents divorcés en 1940 pouvait être perçu comme un contexte de vulnérabilité, ce qui peut être moins le cas aujourd'hui considérant le nombre élevé de séparations conjugales. Cet axe présente l'avantage, dans une perspective de parcours de vie, d'inclure les transitions et les défis liés aux diverses étapes du développement de la personne, dont celle de la transition à la parentalité. À cet égard, les enjeux de la CFT se distinguent selon l'âge de l'enfant, mais aussi par le rôle de proche aidant qui se superpose de plus en plus au rôle de parent en considérant la population vieillissante.

Cette brève revue des écrits nous conforte quant à la pertinence de revisiter la vulnérabilité sous l'angle de la CFT. Ainsi, en adoptant une perspective élargie qui reconnaît son caractère universel, l'importance de son inscription dans un contexte donné, de sa nature individuelle et dynamique, il devient intéressant de documenter l'expérience des parents de leur CFT de manière à mieux comprendre comment s'opère ce processus de vulnérabilisation. De façon plus spécifique, une attention sera ainsi accordée à l'aspect subjectif de la vulnérabilité en se centrant sur le sens que les parents accordent à leur expérience de la CFT, ce qui est moins fréquemment abordé dans les écrits recensés. De plus, le contexte de la CFT ouvre la voie à une plus grande intégration des divers facteurs de risque provenant de différents niveaux systémiques (microsystème, mésosystème et macrosystème) et de leur effet cumulatif tout en y considérant les facteurs de protection.

La conciliation famille-travail vécue aujourd'hui par les mères et les pères de jeunes enfants

On ne peut passer sous silence le fait qu'au fil des dernières années la société québécoise, tout comme il en est des sociétés occidentales, a subi des changements majeurs notamment occasionnés par l'entrée massive des femmes sur le marché du travail, l'augmentation et la valorisation de l'engagement paternel, la diversification des modèles familiaux et des types d'emploi. Ces changements ont contribué au fait que la CFT est devenue un sujet d'actualité au cœur des préoccupations sociales, allant même jusqu'à des enjeux politiques

(Beeman et al., 2006 ; Dubeau et al., 2014). Lorsque l'on parle des répercussions, on ne peut faire fi des impacts qu'un haut niveau de stress quotidien, voire un stress chronique, peut avoir sur la santé physique et mentale de tous les membres de la famille. En guise d'exemples, notons particulièrement le manque de temps, le stress, l'irritabilité, l'anxiété, la frustration, les tensions, les conflits entre conjoints ou collègues, les problèmes de santé physique, etc. (Bigras et al., 2009 ; St-Amour et al., 2005). Ces signes et symptômes sont autant de manifestations des réalités vécues à la suite des difficultés de la conciliation des responsabilités familiales et professionnelles. Cela témoigne aussi de la tâche laborieuse que cette CFT peut représenter pour certains parents. Il n'est guère étonnant de noter autant d'impacts lorsqu'on sait que la moitié (50 %) des parents salariés (pères et mères) ont *souvent* ou *toujours* l'impression de courir toute la journée pour faire ce qu'ils ont à faire (Lavoie, 2016), et ce, en dépit des mesures de CFT disponibles en milieu de travail.

Suite à une recherche documentaire effectuée depuis 2016, nous constatons que les stratégies disponibles ainsi que les impacts de la CFT sont aussi abondamment analysés dans la documentation scientifique. Par contre, ces aspects sont surtout abordés sous l'angle du travail en mentionnant notamment les mesures de CFT disponibles en entreprise permettant une meilleure CFT, lesquelles parmi celles-ci sont davantage utilisées. En s'y attardant davantage, on constatera alors que « l'expérience famille » est, quant à elle, peu traitée. Bien que le sujet de la CFT fasse partie intégrante du discours public, il n'en demeure pas moins que l'articulation des rôles de ces deux mondes se réalise essentiellement dans l'espace privé, reposant encore énormément sur l'adaptation des individus aux exigences du travail (Pronovost, 2003). Or, dans la mesure où l'atteinte d'un équilibre entre les différentes sphères de la vie est une condition essentielle à la santé des individus et de leur famille, cela a inspiré la nécessité de revoir la problématique de la CTF, mais cette fois sous l'angle privé soit celui de la famille, incluant le vécu personnel des pères et des mères. C'est notamment pour ces raisons qu'il est pertinent de s'attarder au vécu et à l'expérience des parents vivant avec les défis de la CFT afin de mieux les comprendre et chercher à révéler les deux côtés de la médaille, puissant vecteur d'informations sur les stratégies d'adaptation et les défis que cela peut représenter. Qui plus est, Schneewind et Kupsch (2006) souligneront aussi à juste titre que les recherches en psychologie sont majoritairement centrées sur les déficits de la CFT (manque de temps, stress, etc.), alors que les bienfaits associés à un juste équilibre ont, quant à eux, été peu recensés.

En résumé, considérant que le vécu des parents semble peu avoir été considéré dans les recherches concernant la CFT, une étude doctorale a été

menée afin d'entendre les participants sur la façon dont ils conçoivent leur propre expérience de CFT et de ce fait, identifier les enjeux et les défis pour ces derniers, en fonction de leurs perceptions. Cette posture de recherche qui s'insère dans une démarche réflexive a permis de mieux comprendre comment les familles d'aujourd'hui vivent le fait de devoir conjuguer les sphères famille-travail et les effets que cela a sur leur bien-être et leur vie familiale. Considérant aussi que plusieurs recherches rapportent que la présence d'enfants en bas âge est un défi de plus qui s'insère dans une CFT (Bigras et al., 2009; Lavigueur et al., 2008; Lavoie, 2016; Pronovost, 2007; Roy, 2010; Tremblay et al., 2006), il s'avérait pertinent d'échanger avec les parents d'enfants d'âge préscolaire afin d'en apprendre davantage sur leur expérience. De plus, en raison de la réalité actuelle où la CFT est maintenant partagée entre les pères et les mères, il allait de soi qu'on devait sonder les deux parents puisqu'ils sont concernés par les enjeux de CFT. Précisons aussi que les enjeux sur lesquels reposent les décisions reliées à cette CFT relèvent davantage du couple que de l'individuel.

La question de recherche de l'étude doctorale était ainsi de savoir « *Comment les parents (mères et pères) ayant au moins un enfant âgé entre un et cinq ans perçoivent-ils leur réalité en matière de CFT ?* ». Plus spécifiquement, les trois objectifs suivants étaient poursuivis soit de décrire : 1) comment les parents se représentent leur CFT; 2) comment ils l'actualisent; et 3) le regard qu'ils posent sur les stratégies qu'ils ont adoptées.

Paramètres méthodologiques de l'étude

L'étude doctorale s'inscrit dans une démarche de recherche exploratoire, de type qualitatif. Au total, 16 parents de couples hétérosexuels (huit pères et huit mères), ayant au moins un enfant âgé entre un et cinq ans et vivant dans les régions de l'Outaouais et de Montréal, ont été rencontrés individuellement en juillet et septembre 2018 pour des entrevues semi-structurées. Plus spécifiquement, les principaux thèmes abordés dans le cadre de ces entrevues semi-structurées concernaient le vécu des parents en regard des défis de la CFT, les valeurs et croyances qu'ils ont envers ces thèmes, les moyens et les ressources autour d'eux qui influencent la conciliation dont la coparentalité, de même que le regard réflexif qu'ils portent sur leur vécu personnel de leur CFT. Chacune des entrevues avait une durée moyenne variant entre une heure et 90 minutes. Chaque parent devait aussi remplir un questionnaire de renseignements sociodémographiques afin de nous permettre de pouvoir tracer le portrait pour l'ensemble des participants et de mieux saisir le contexte socioéconomique des familles. Les questions concernaient l'âge, le statut

matrimonial, le niveau de scolarité, le nombre d'heures travaillées par semaine ainsi que leur perception quant à leur aisance financière.

Sur le plan de l'analyse des données qualitatives, la méthode préconisée par Paillé et Mucchielli (2016) suggère d'avoir recours à cinq grandes étapes soit : 1) la collecte de données verbales (entrevues) et notes d'observation; 2) la lecture des données; 3) la division des données en unités significatives; 4) l'organisation des données brutes; 5) la synthèse des résultats obtenus. En terminant, il faut souligner qu'il est aussi important que le chercheur enrichisse sa compréhension en la confrontant à d'autres sources de données (Giroux & Tremblay, 2009; Savoie-Zajc, 2009). Or, en plus des écrits consultés, deux rencontres de type groupe de discussion avec des parents autour du sujet de la CFT ont été réalisées avant la collecte de données. La première rencontre en juin 2017 a permis de discuter avec six couples et une mère monoparentale (sept mères et six pères). La deuxième rencontre a eu lieu en avril 2018 auprès de sept couples (sept mères et sept pères). Ces deux rencontres sont venues à leur tour influencer le contenu des canevas d'entrevues, mais surtout, faire écho aux entrevues effectuées.

Ce que les mères et les pères nous ont dit

Les résultats de la présente étude ont permis d'identifier six constats principaux de la vulnérabilité perçue quant aux enjeux de la CFT avec lesquels composent les parents de jeunes enfants soit : 1) la perception de leur propre vulnérabilité; 2) le caractère imprévisible de leur quotidien; 3) la notion d'équilibre; 4) l'effet de la parentalité en construction; 5) la coparentalité comme un incontournable pour faire face aux défis de la CFT et finalement; 6) l'importance d'opter pour une vision écosystémique pour considérer le contexte dans lequel chaque famille évolue.

La perception de leur propre vulnérabilité : une perception légitime

En matière de CFT, les défis sont omniprésents. Les exigences élevées qui pèsent sur la famille en plus de celles émergeant du milieu de travail contraignent les parents à transiger quotidiennement avec une pression et un stress notable. Ces différents facteurs et caractéristiques, qui les placent à risque, les rendent vulnérables en se retrouvant ainsi ébranlés. Puisant profondément dans leurs ressources disponibles, ces parents utilisent des moyens créatifs et remplis d'ingéniosité afin de « tenir le coup » jour après jour, et pour mettre en place des stratégies, souvent temporaires, mais chargées de dévouement et de bienveillance envers les leurs. Parmi ces stratégies, la planification et

l'organisation de l'horaire de la journée, de la semaine et du mois sont des incontournables. Une mère partagera que pendant sa douche matinale, elle pense au moment qu'elle fera cuire le brocoli pour qu'il soit prêt en même temps que le poulet le soir venu! Le voisinage ou la famille élargie seront aussi sollicités en plus de faire le partage entre les parents selon qui peut s'absenter du travail le temps de gérer un imprévu, impactant aussi le rendement professionnel en plus de devoir prévoir des heures à travailler en soirée pour compenser. Or, même si ces stratégies sont parfois innovantes, elles sont aussi fragiles puisqu'elles utilisent toutes leurs forces personnelles tout en s'appuyant aussi sur leur réseau informel, allant parfois aux limites de celui-ci, spécialement lorsque la situation se répète (trop) souvent pour une même période donnée.

D'ailleurs, la documentation actuellement disponible et les différents témoignages recueillis au cours de cette étude ne décrivent que la pointe de l'iceberg de cette vulnérabilité que vivent ces familles. À la lumière de ce qui a été partagé, cette étude démontre comment de nombreuses familles (invisibles) s'organisent avec les moyens du bord pour arrimer les exigences quotidiennes tant du côté du travail que de celui de la vie familiale incluant leur vie personnelle. Globalement, pour ces parents, autant ceux rencontrés lors des entrevues que lors des deux groupes de discussion, la perception du cumul des diverses sources de pressions mentionnées précédemment les fragilise et cela illustre bien qu'ils sont eux aussi à risque, vulnérables, même s'ils ne sont pas dans une situation de précarité financière ou avec des défis traditionnellement reconnus comme étant des critères de vulnérabilité. On observe alors que la perception des parents valide la notion de vulnérabilité associée à la CFT et ils reconnaissent que cela a un impact sur leur quotidien, incluant aussi les interactions avec leurs enfants qui, parfois, doivent subir les contrecoups d'un stress trop élevé chez leurs parents.

Le caractère imprévisible de leur quotidien La gestion des « en-cas » et du trop-plein!

Les parents rencontrés ont aussi révélé que la nature changeante et imprévisible de leur quotidien, notamment en raison de l'âge de leurs enfants, génère du stress, de l'anxiété les rendant donc tout aussi vulnérables à de multiples occasions. C'est pourquoi on révélera que l'équilibre précaire et instable est pour plusieurs instauré par leurs efforts, incluant ceux de leurs proches, et ce, malgré le manque parfois de recours à des ressources matérielles, sociales ou institutionnelles. Boyd et Bee (2017) diront d'ailleurs que « la vulnérabilité est un trait de caractère résultant de caractéristiques innées et acquises, et augmentant les risques que l'individu réagisse au stress de façon

inadaptée ou pathologique » (Boyd & Bee, 2017, p.12). Le degré de vulnérabilité résulterait de la capacité ou de la sensibilité de faire face aux imprévus, aux divers événements préjudiciables sollicitant davantage la capacité d'adaptation. Cela fait ressortir l'importance de la flexibilité, de la souplesse et d'une vision dynamique des stratégies adoptées pour s'adapter au caractère souvent imprévisible de la CFT, d'où émane la souplesse requise pour l'atteinte d'un équilibre entre les pressions issues du milieu du travail et celles du milieu familial. Assurément, lorsqu'on parle de CFT et de surcroît, lorsqu'on a des enfants âgés de 0 à 5 ans, le niveau d'imprévisibilité est assez grand et suscite un niveau de stress élevé.

D'ailleurs, l'étude menée fait ressortir que le stress se traduit par un état d'hypervigilance où les parents de jeunes enfants sont appelés presque toujours à être prêts à gérer les « en cas » et d'avoir parfois le sentiment d'être à une gastro d'un possible chaos! Effectivement, de la façon dont ces parents décrivent leur quotidien, un sentiment d'hypervigilance est ressenti vis-à-vis les imprévus de la vie, notamment en raison de l'âge de leur(s) enfant(s) et des multiples situations pouvant survenir (par exemple, fermeture de garderie, virus saisonnier, etc.) et les amenant à être prêts à gérer ces « en-cas ». C'est ce qui les encouragerait d'abord à puiser dans leur réseau personnel, le réseau informel, afin de pallier ces différents aléas de la vie quotidienne. Cela leur permet de préserver les mesures officiellement disponibles par leur employeur lorsque le réseau informel ne peut soutenir les parents. Dans leurs propos, on comprend que le réseau informel est une source importante de soutien, mais aussi de stress, spécialement lorsque celui-ci est pratiquement inexistant pour eux (comme lorsque la famille élargie vit à l'extérieur ou n'est plus disponible, etc.). La présence d'un réseau influencera donc ce qu'ils utiliseront comme stratégies, en regard aussi de ce qui est disponible dans leur milieu de travail.

La notion d'équilibre, une réalité ou une utopie?

Le ministère de la Famille définit la CFT comme étant une « recherche de l'équilibre entre les exigences et les responsabilités liées à la vie professionnelle et à la vie familiale » (ministère de la Famille, 2013). Lorsque notre quotidien se maintient de peine et de misère à flot, il va sans dire qu'un sentiment de vulnérabilité pourrait tout faire chavirer si l'équilibre est précaire et que se produit le moindre imprévu. L'étude fait ressortir que la vie familiale de ces parents est en constante adaptation créée par une forme d'équilibre qui deviendra vite en déséquilibre entre ces deux grandes sphères importantes, tout en considérant tous les chapeaux (rôles) sous-jacents qui doivent être assumés (mère/père, conjoint, travailleur, amis, rôles socialement endossés dans des

contextes de sports, de loisirs, de bénévolat, etc.). On se doit de reconnaître la fragilité de cet équilibre homéostatique puisqu'un ensemble de facteurs vient influencer cette pseudo-stabilité nécessitant un système de (auto) régulation vigoureuse pour arriver à maintenir le cap au quotidien. Encore une fois, on doit reconnaître l'importance de mettre l'accent sur la flexibilité, faire preuve de souplesse pour tenter l'atteinte de cet équilibre et non pas se fixer dans une rigidité quant aux stratégies utilisées.

Pour remédier à ceci, les pères et les mères diront qu'ils doivent faire entre autres, des choix professionnels et d'organisations familiale et professionnelle. Ces choix parfois déchirants sont faits sur la base d'une plus grande harmonie avec les valeurs portées, comme celle de faire des changements au niveau du contexte de travail afin d'être plus présent à la maison pour les enfants. Voilà qu'alors les dilemmes s'accumulent : offrir du temps de qualité tout en étant « performant » au travail, vouloir s'ancrer et progresser dans le monde professionnel tout en étant présent à la maison pour s'assurer que le développement des enfants soit optimal. Ces négociations vécues à l'intérieur de soi peuvent être portées par le fait que les parents participant à l'étude sont dans la tranche d'âge 30-39 ans et que pour la plupart, ils travaillent pour des organisations apportant une certaine sécurité d'emploi. Ils ne sont pas à une période où ils veulent faire leur place sur le marché du travail, mais ils souhaitent pour la plupart tout de même se réaliser professionnellement et s'affranchir de nouveaux défis venant ainsi accroître les déchirements entre ce qui est souhaité et ce qui est fait. Ce tiraillement entre les responsabilités professionnelles et celles reliées à la famille a bien été nommé comme un sentiment de culpabilité qui n'est pas sans effet sur le bien-être personnel et le stress ressenti. Pour ces raisons, ils tentent au quotidien de faire de leur mieux en s'appuyant sur les stratégies disponibles offertes par l'employeur, mais principalement sur leur réseau personnel.

En ce sens, l'étude menée indique que selon la capacité du réseau à répondre au besoin de soutien des parents cela viendra fragiliser ou compromettre l'équilibre du temps personnel chez les parents et qu'au final, tous les membres de la famille pourraient ressentir cette instabilité. Force est d'admettre que cette vulnérabilité analysée dans ce contexte peut être présente pour tout le monde et à tout moment, elle peut donc être considérée comme étant universelle. En ce sens, le modèle écosystémique qui considère l'ensemble des systèmes gravitant autour d'un individu deviendra une source d'analyse intéressante lorsque viendra le temps de comprendre où se situe un parent et sur quels types de soutien et de ressources il peut compter lorsqu'il doit composer avec les défis reliés à la CFT.

La parentalité : une identité parentale en construction

Il est reconnu qu'on ne naît pas parent, on le devient. Lorsque l'on regarde l'expérience des pères et des mères, on se rend bien compte que leur identité parentale est en construction en même temps que l'enfant grandit, ce qui est confirmé par la présente étude. En se référant par exemple aux déterminants de la parentalité de Belsky (cité par Lacharité et al., 2015), il existe trois catégories de facteurs, soient les caractéristiques personnelles du parent, celles de l'enfant et les caractéristiques sociales et contextuelles, qui influencent les trois dimensions de la parentalité soient l'expérience, les responsabilités et la pratique du rôle parental. On remarque alors que leur engagement comme parent, la façon dont ils deviennent père ou mère, se forge à partir des ressources qu'ils ont en eux, autour d'eux et des défis qu'ils rencontrent dans l'adversité du quotidien, incluant la négociation avec les pressions et les attentes des différents univers qui gravitent autour d'eux : vie professionnelle, vie familiale, vie sociale, etc. Tout ceci aura un impact sur le vécu du parent, mais aussi sur le développement de l'enfant. La proximité et la force de l'alliance avec le réseau influenceront positivement leur résilience alors que si c'est vécu à l'opposé, cela augmentera leur vulnérabilité.

Dans notre étude, on doit reconnaître que les participants ayant des enfants en bas âge sont également en construction identitaire en tant que « jeune » parent où ils sont appelés à se distinguer maintenant comme père ou mère. En tant que nouveaux parents, ils sont également en adaptation au sein de leur couple puisqu'ils doivent redéfinir leurs rôles conjugaux en combinant la parentalité à la conjugalité et idéalement, tout en cherchant à ne pas s'oublier soi-même en prenant soin un tant soit peu d'eux. Encore une fois, le temps pour soi, pour le couple et pour la famille fera l'objet de négociations entre les parents concernés. On observe que cette conjugaison des rôles et des responsabilités associées s'organise comme une « entreprise » éphémère. Dans cette « entreprise » qui est leur famille, il y a instauration de règles induites bien souvent par les normes sociales et l'*intensive parenting*, avalisant des modèles et des techniques de la gestion du quotidien et des enfants, puisant dans leurs ressources et se fixant des objectifs et des idéaux à atteindre, évoluant aussi par une économie de moyens et par une certaine capacité à se maintenir à flot. Ces règles apparaissent dans l'organisation du temps quotidien, bien souvent réglées au quart de tour par le *métro-boulot-marmots-dodo*. Évidemment que tous souhaitent échapper à une stigmatisation négative, issue du monde du travail ou dans leur vie personnelle, et les parents affichent une volonté de s'affranchir de leurs responsabilités liées aux divers rôles qu'ils endossent. N'ayant pas toujours conscience de leur propre vulnérabilité, l'aspect réflexif de cette étude leur a

permis de prendre en compte des zones de vigilance, comme la pression qu'ils se mettent pour être un « bon parent » aux yeux des normes de ce qui est prôné en société.

Questionnés sur les différents rôles qu'ils endossent, ils arrivent à se nommer en tant que personnes ayant aussi des besoins. Or, à l'instar de l'*intensive parenting* qui suggère des principes d'éducation nommés pour les enfants, les parents indiquent aussi clairement les bienfaits de s'accorder du temps pour prendre soin de soi tel que prônent les discours sur les saines habitudes de vie qui nous incitent à bien manger, bouger quotidiennement, mieux gérer son stress, favoriser un meilleur sommeil, etc. Une hygiène de vie nécessaire autant pour tous les membres de leur famille que pour eux. En devenant parents, ils mentionnent qu'il y a ici un réel défi d'intégrer ces saines habitudes de vie dans un horaire de 24 heures. Cela est spécialement difficile de le faire sans en ressentir une certaine culpabilité de ne pas être avec les enfants ou le conjoint, et ce, en dépit du fait que les bienfaits sont bien soulignés par les participants. Encore une fois, la pression et les tiraillements se font sentir entre les discours publics, l'écart entre ce qui est fait et ce qui devrait être fait, les bienfaits vécus et reconnus d'adopter une hygiène de vie prônant de saines habitudes de vie et le temps à passer en famille ou à travailler.

En raison de l'intensité de la petite enfance qui exige une présence soutenue et de qualité, les parents témoignent aussi ressentir les bénéfices du temps qu'ils prennent pour leur couple. Bien que ce soit important pour eux, ils précisent que c'est difficile de pouvoir le faire. De plus, chez les parents où le temps pour le couple a plus de place, il semble être difficile d'avoir du temps pour soi et l'inverse est aussi vrai. Le temps pour prendre soin de soi est négocié dans le couple. On observera à travers cela que ces stratégies de résolution de problème témoignent aussi de leurs stratégies d'adaptation adoptées pour arriver à concilier les différentes facettes et rôles dans leur vie.

La coparentalité, plus qu'une nécessité, un essentiel

En matière de CFT, on réalise que cela va au-delà de l'individu qui devient parent puisqu'il faut aussi considérer le couple en termes d'entité qui se crée, mais aussi en tant que mesure de soutien indispensable au quotidien. Lorsque l'on parle des stratégies d'adaptation, il apparaît nécessaire de considérer les défis qu'ils doivent relever au quotidien tout autant que leur résilience. D'ailleurs, les participants de l'étude ont pu prendre un moment pour échanger sur les moyens mis en place pour les aider dans leur CFT et décrire leurs fonctionnements social et familial. Il est clairement ressorti que la notion d'entraide entre conjoints est

non seulement importante, mais essentielle pour vivre leur quotidien. L'expérience d'une coparentalité de qualité, tout comme il en est d'un haut niveau de communication avec leur conjoint sont des facteurs de protection pour plusieurs, dans la mesure où ils sont en modes complicité et complémentarité.

On parle ici du fait que la coparentalité s'inscrit en référence, entre autres, au partage des droits et des responsabilités du père et de la mère auprès des enfants (Favez, 2017). À cela, on y identifie généralement quatre dimensions principales (McHale, 2007) : 1) l'engagement et le partage des tâches; 2) le soutien et le respect entre les parents; 3) l'accord entre les valeurs éducatives liées à l'enfant et 4) la cohésion (en opposition aux conflits). À ce propos, la majorité des parents indiquent que l'autre parent est présent pour lui lorsqu'il en ressent le besoin. Étant davantage conscient de leurs propres besoins, ils ressentent la nécessité de partager pendant l'entrevue qu'ils réalisent ne pas être nécessairement disponibles pour leur conjoint, autant qu'ils le souhaiteraient du moins. Plusieurs ont affirmé avoir été surpris des bienfaits de participer à cette étude leur permettant ainsi de prendre le temps pour s'arrêter et réfléchir et pour reconnaître les bons coups du conjoint. Cette expérience les incite à vouloir le faire davantage pour redorer le blason de leur conjugalité et de leur parentalité.

Pour eux, il n'y a aucun doute quant à l'importance de l'arrimage entre leurs valeurs personnelles et les valeurs familiales en lien avec les différents systèmes qui les entourent (couple, famille, entourage immédiat, leurs réseaux informel et formel, leur milieu de vie et celui du travail, etc.). Ils témoignent être résilients, que leur vie actuelle (moment dans leur trajectoire de vie) apporte son lot de défis et qu'il y a, par moment, d'importants conflits, tensions entre les différents rôles qu'ils assument. Plusieurs nommeront l'importance du stress qu'ils ressentent et les impacts de l'effet de débordement que cela a sur leurs enfants notamment en termes de disponibilité mentale, du besoin de se retrouver seul, et ce, même quand les enfants sont présents, les amenant à se retirer du feu de l'action de la vie familiale, d'être plus impatients envers les comportements dérangeants, etc.

En réponse à la démarche réflexive proposée par la présente étude, certains nommeront directement ou indirectement qu'il n'y a pas de recette unique, et ce, même dans un seul milieu de travail. Ils reconnaîtront que l'idée de se « connecter » à leurs principes et de réfléchir à propos des valeurs personnelles, familiales et même de celles de l'employeur est importante tout comme il en est de prendre du temps pour aller à rencontre de soi, d'apprendre à se connaître, et ce, à différents moments de sa vie. Ainsi, il semble qu'une

démarche de réflexion personnelle et en couple serait essentielle pour favoriser une saine CFT.

L'apport d'opter pour une vision écosystémique : l'importance de considérer le contexte

À travers les témoignages des parents, on constate rapidement qu'il faut considérer le contexte de vie de ces familles puisque les capacités d'adaptation sont ainsi issues de l'équilibre entre les forces et les faiblesses de l'individu ainsi que les occasions et les risques présents dans leur environnement (Bronfenbrenner, 2005; Larose et al., 2005; St-Onge et al., 2010). On constate alors que les composantes individuelles, conjugales, familiales et sociales s'inscrivent dans une vision dynamique, donc intersystémique, puisqu'elles interagissent les unes avec les autres. Les caractéristiques personnelles du parent (incluant ses ressources psychologiques, ses zones de vigilance et sa propre résilience), les caractéristiques sociales et contextuelles (où l'on retrouve notamment diverses sources de stress ou de soutien de l'environnement) seront aussi en interaction avec les caractéristiques de l'enfant et de son développement. Si ces caractéristiques sont pernicieuses, elles viendront alimenter les facteurs de risque et accroître la vulnérabilité de la famille à plusieurs égards, alors que si elles sont optimales, on remarquera qu'elles agiront à titre de facteur de protection, tel un paratonnerre pour atténuer les effets d'une problématique causée par la présence de facteurs de risque.

Les participants de cette étude ont aussi partagé que la vulnérabilité vécue en matière de CFT pourrait être augmentée si l'on doit composer avec des fragilités insufflées par la maladie, des événements personnels (deuil, parent malade nécessitant de devenir un aidant naturel, etc.), des imprévus sociaux économiques (précarité d'emploi, diminution de travail, chômage, etc.) et à des événements environnementaux (inondations, etc.). Face à ces différentes mésaventures, c'est la capacité d'adaptation, la force de la résilience et la sensibilité vis-à-vis ces situations imprévisibles qui viendront intensifier le degré de vulnérabilité chez ceux qui la vivent. Encore une fois, force est de reconnaître que cela ne sera pas sans impacts à plusieurs niveaux : santé mentale, santé physique, baisse de la disponibilité pour prendre soin des enfants, effets de débordement du stress chez ces derniers, etc. Même si cela n'est pas directement mentionné par les parents, on peut penser qu'en raison des conditions d'adversité dans lesquelles ils se développent et où le stress familial peut être chronique, nul besoin de mentionner que le développement cognitif et psychosocial des enfants peut en être affecté (Japel, 2008).

En somme, lorsqu'il y a un écart entre les ressources nécessaires (personnelles et environnementales) et la façon de répondre aux différents défis suscités dans les multiples domaines de vie, on comprend qu'il y a une part de vulnérabilité (Barreyre, 2014). Cette vulnérabilité s'évalue par la prise en compte des ressources disponibles et le potentiel adaptatif d'une personne, mais aussi par les failles des différents systèmes qui entourent ces familles et avec lesquels elles doivent compenser, parfois au détriment de leur équilibre et en fin de compte, de leur santé physique et mentale. La notion d'interdépendance entre les individus et les divers systèmes qui les entourent fait également partie du concept de vulnérabilité. Comme Boyd et Bee (2017) le soulignent, le modèle biopsychosocial conjugue les facteurs de risque (éléments de vulnérabilité), et les facteurs de protection (levier de résilience) permettant à l'individu de faire face à l'adversité, que ces facteurs soient d'ordres biologique, psychologique ou social.

En gardant en trame de fond les différents systèmes écologiques conceptualisés par Bronfenbrenner, le cadre de la recherche a permis aux parents de prendre un temps pour réfléchir entre autres aux moyens disponibles autour d'eux, spécifiquement selon leurs propres réalités vécues (Bronfenbrenner, 2005). En considérant notamment les divers rôles qu'ils doivent assumer, en posant un regard réflexif sur leur propre expérience et sur les valeurs qu'ils portent en eux, les participants ont pu explorer leurs expériences tant personnelles, familiales que professionnelles. Assurément, cela a mis en lumière divers facteurs (personnels, familiaux, économiques, culturels, géographiques, politiques, etc.) qui sont susceptibles d'influencer le développement et l'adaptation de ce parent travailleur (Bronfenbrenner, 2005). Or, bien que cela puisse paraître « commun » comme réalité, pour certains, la CFT peut être un foisonnement de vulnérabilités tant que la précarité d'un équilibre recherché est présente. Cela est variable selon le moment de vie dans lequel on se trouve, selon les ressources disponibles et ce, qu'elles soient personnelles, sociales, sociétales ou environnementales.

Conclusion

Les résultats de cette étude font ressortir que le vécu de la CFT concerne autant les mères et les pères. On retient aussi que cette étude a permis de démontrer l'importance de la mise en place des réseaux d'appui et de soutien à leur parentalité/coparentalité, mettant ainsi en relief toute l'influence qu'apporte l'interaction entre l'individu et son propre environnement, en fonction du contexte déterminé où il évolue (Cloutier et al., 2005; Larose et al., 2005; Parent et al., 2008). Le milieu du travail offre des pistes pour possiblement

aider, mais on a peu de données sur la sphère privée que représente la « famille ». Comme on peut le constater, ces propos permettent de mieux comprendre ce qui crée ou génère la vulnérabilité lorsqu'il est question de CFT.

Leurs témoignages traduisent que la charge mentale pour ces parents est notable, que les discours publics dictant les attentes sont fortement intégrés par ceux-ci, qu'il est ardu d'arriver à un équilibre sain et qu'il est difficile de prendre soin de soi, du couple et de la famille en même temps, les rendant ainsi fragilisés, vulnérables à leur façon. Il va sans dire qu'un sentiment de culpabilité est nommé et que le stress ressenti a un effet significatif sur les enfants, créant ainsi d'autres sources de vulnérabilité. De plus, les entrevues démontrent que l'aspect réflexif a bel et bien eu rapidement un effet et que ce moment passé à discuter de la CFT les a aidés à observer une réalité avec laquelle ils vivent eux-mêmes tous les jours, mais sans s'y arrêter afin de prendre conscience de son impact sur leur vie. Plusieurs ont fait part que cela les a amenés à poursuivre ces réflexions personnelles, mais aussi d'aller à la rencontre de celles de leur conjoint, pour le bien de leur couple et de leur famille.

Les approches traditionnelles en matière de vulnérabilité qui sont davantage centrées sur le cumul des facteurs de risque et sur la présence de symptômes confirmés passent sous silence la réalité d'une vaste majorité de personnes soumises à des pressions importantes dans la vie conjugale et familiale de tous les jours, ce qui rappelle la pertinence du concept de vulnérabilité universelle. De plus, la dimension du relationnel, de faire ensemble, est très peu abordée dans la documentation sur la vulnérabilité et lorsqu'elle l'est, cela est plus souvent traité en regard de la personne ou d'une population donnée. Quelle est la valeur accordée aux approches résolument promotionnelles et préventives? Quelles sont les opportunités offertes aux parents pour rencontrer d'autres parents et pouvoir parler, en sécurité, hors jugements, de leur réalité CFT? Comment reconnaître, mieux soutenir et valoriser les lieux d'accueil des parents et des familles? Ces questions méritent qu'on s'y attarde dans le cadre d'éventuels travaux adoptant une perspective de vulnérabilité universelle. Assurément, dans une vision universelle de la vulnérabilité, la CFT apparaît non pas comme un « problème à éradiquer », mais plutôt comme un défi qui touche toutes les personnes directement concernées et où l'ensemble de la société devient un espace de responsabilité collective et d'interdépendance. Il y a aussi lieu de regarder comment nous pouvons « agir » sur l'environnement pour le rendre moins vulnérabilisant. À partir de cette vision universelle, cela nous incite à investir sur les approches promotionnelles et préventives par un accompagnement de ces familles. En y accordant

l'importance de trouver un espace pour réfléchir « ensemble », on parlera d'accompagnement des familles :

- ❖ Vers le développement d'une souplesse et d'une flexibilité des stratégies pour composer avec la CFT (si l'on veut maintenir un équilibre dans un quotidien où les imprévus sont nombreux);
- ❖ Vers une approche centrée sur le couple parental (coparentalité), non uniquement sur l'individu, et où l'interdépendance entre les personnes sera considérée (complémentarité, multiplicité des stratégies de CFT, etc.);
- ❖ Vers une vision de couple nécessitant des temps de réflexion et d'échange entre les partenaires, insufflée par une démarche réflexive comme celle utilisée dans cette étude puisqu'elle démontre clairement l'intérêt et les impacts rapides de cette approche.

Somme toute, il est à mentionner que bien que nous voulions obtenir des données qui amèneront ultérieurement des retombées significatives au niveau de la connaissance, il est aussi souhaité que cela puisse étayer une réflexion collective sur ce sujet qui est plus que d'actualité. Il s'agit d'un enjeu social qui concerne autant les mères que les pères, d'où l'intérêt d'agir sur les milieux traditionnellement masculins ou féminins dans chacune de leurs réalités. Ces parents ont à cœur leur famille et leurs enfants, mais vont puiser à même leurs propres ressources, négligeant les temps pour prendre soin de leur couple ou d'eux-mêmes par culpabilité et par souci d'offrir le mieux à leur enfant. N'ayant pas toujours de défense adéquate, leur bien-être en est fragilisé de même que leur santé mentale et leur santé physique. Qui plus est, les enfants vivent des effets de débordement en regard à ce stress vécu chez leurs parents et qui n'est pas sans impacts au quotidien et sur leur développement. Ainsi, les conséquences du stress occasionnées par les défis de la CFT sont notables au niveau de la santé mentale et la santé physique des parents, et il ne faut pas perdre de vue les effets sur les enfants. Pour terminer, cette étude a clairement démontré l'importance d'aller à la rencontre du récit des mères et des pères. C'est ce qui a contribué à mieux comprendre la vulnérabilité des familles qui composent avec la CFT et pour accompagner les familles dans *leurs* vulnérabilités, il faut d'abord les comprendre dans leurs réalités et bien les soutenir en intégrant toutes les sphères de leur vie (vision globale). Notamment en ce qui concerne la CFT, puisqu'il n'y a pas de groupe homogène, il est souhaité de s'approcher des familles afin de saisir leurs réalités en fonction de leurs perceptions. Passant par le cumul des conditions de protection et de risque, indépendamment de leur nature (socioéconomique, familiale, relationnelle, personnelle), en priorisant la coparentalité et la relation avec leurs enfants, on

se doit d'être à l'affût de leur vécu. Les facteurs de risque tout comme les facteurs de protection permettront de porter attention aux points de vigilance et de tenter de travailler en amont pour mieux les soutenir dans leur vécu, vécu qui est bien personnel, mais ô combien commun.

Références

- Barreyre, J. (2014). *Éloge de l'insuffisance : Les configurations sociales de la vulnérabilité*. Toulouse, France : ERES. Repéré à <https://doi.org/10.3917/eres.barre.2014.01>
- Beck, U. (1992). *Risk society: towards a new modernity*. London : Sage.
- Beeman, J., Desjardins, L., Goulet, N., & Rose, R. (2006). *Personne ne doit choisir entre la famille et le travail! Un regard féministe sur la conciliation famille-emploi-études*. Comité Conciliation famille-emploi-études, Conseil d'intervention pour l'accès des femmes au travail, Condition féminine Canada.
- Bigras, N., Blanchard, D., Bouchard, C., Lemay, L., Tremblay, M., Cantin, G., & Guay, M-C. (2009). Stress parental, soutien social, comportements de l'enfant et fréquentation des services de garde. *Enfances, Familles, Générations*. 10, 1-30.
- Boyd, D., & Bee, H. (2017). *Les âges de la vie. Psychologie du développement humain*. Montréal, Québec : Éditions du Renouveau Pédagogiques Inc.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications Ltd.
- Cloutier, R., Gosselin, P., & Tap, P. (2005). *Psychologie de l'enfant*, 2^e éd. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Dubeau, D., Pilon, F., & Théorêt, J. (2014). *Inscrire les pères à l'agenda des politiques publiques. Un levier important pour l'égalité entre les femmes et les hommes*. Montréal : Regroupement pour la valorisation de la paternité.
- Fabiani, J. L., & Theys J. (1987). *La société vulnérable. Évaluer et maîtriser les risques*. Paris : Presses de l'École Normale Supérieure.
- Favez, N. (2017). *Psychologie de la coparentalité. Concepts, modèles et outils d'évaluation*. Malakoff : Dunod.
- Garrau, M. (2018). *Politiques de la vulnérabilité*. Paris : CNRS Éditions.
- Giroux, S., & Tremblay, G. (2009). *Méthodologie des sciences humaines : la recherche en action*. Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau pédagogique.
- Institut de la statistique du Québec (2016). *Mieux connaître la parentalité au Québec. Un portrait à partir de l'enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans – 2015*. Gouvernement du Québec.
- Japel, C. (2008). Risques, vulnérabilité et adaptation : Les enfants à risque au Québec. *Choix, Institut de recherche en politiques publiques*, 14, 1-46.

- Lacharité, C. (2020, février). Les déterminants de la vulnérabilité des pères revisités : une étude tirée d'un sondage auprès de pères québécois. Conférence d'ouverture de la Su-père conférence. Montréal
- Lacharité, C., Pierce, T., Calille, S., Baker, M., & Pronovost, M. (2015). Penser la parentalité au Québec : un modèle théorique et un cadre conceptuel pour l'initiative Perspectives parents. Dans *Les Cahiers du CEIDEF : Vol 3*. Trois-Rivières, QC : CEIDEF/UQTR.
- Larose, F., Terrisse, B., Lenoir, Y., & Bédard, J. (2005). Approche écosystémique et fondements de l'intervention éducative précoce en milieux socioéconomiques faibles. Les conditions de la résilience scolaire. *Brock Éducation*, 13, 56-80.
- Lavigueur, S., Coutu, S., & Dubeau, D. (2008). *Rapport de recherche : Les compétences des parents et les ressources qui les aident*. Université du Québec en Outaouais. Groupe de recherche QEMVIE-UQO.
- Lavoie, A. (2016). *Les défis de la conciliation travail-famille chez les parents salariés. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*. Québec : Institut de la statistique du Québec. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/conciliation-travail/conciliation-travail-famille.pdf>
- Liendle, M. (2012). Vulnérabilité. Dans M. Formarier (Éd.), *Les concepts en sciences infirmières* : 2ème édition (pp. 304-306). Toulouse, France : Association de Recherche en Soins Infirmiers. Repéré à <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01>
- Martucelli, D. (2014). La vulnérabilité, un nouveau paradigme? Dans A. Brodriez, C. Laval & B. Ravon (Éds.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales* (pp. 27-40). Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Masten, A., & Gewirtz, A. H. (2006). Vulnerability and Resilience. Dans D. Philips & K. McCartney (Éds.), *Blackwell Handbook of Early Childhood Development* (pp. 22-43). Hoboken, New-Jersey: Blackwell Publishing.
- McHale, J.P. (2007). *Charting the bumpy road of coparenthood*. Washington, DC : Zero to Three.
- Ministère de la Famille (2013). *La conciliation travail-famille, qu'est-ce que c'est?* Repéré à <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/Famille/travail-famille/definition/Pages/index.aspx>
- OCDE. (2011). *Assurer le bien-être des familles*. Paris : Éditions OCDE. Repéré à <https://doi.org/10.1787/9789264098794-fr>.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd). Malakoff, France : Armand Colin.
- Parent, C., Drapeau, S., Brousseau, M., & Pouliot, E. (2008). *Visages multiples de la parentalité*. Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Pronovost, G. (2003). Famille et travail : deux mondes à réconcilier. *Bulletin de liaison du Conseil de développement de la recherche sur la famille du Québec*, 4, 2.
- Pronovost, G. (2007). Le temps dans tous ses états : temps de travail, temps de loisir et temps pour la famille à l'aube du XXI^e siècle. *Enjeux publics. IRPP*, 8, 1-35.
- Roy, M. (2010). Paroles d'acteurs : Garde des enfants, congés parentaux et services aux personnes : Alternatives ou complémentarité des mesures. *Revue Interventions économiques*, 41, doi : 10.4000/interventionseconomiques.451

- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (5^e éd., pp. 337-360). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Schneewind, K. A., & Kupsch, M. (2006). Perspectives psychologiques de la recherche sur les liens entre vie familiale et vie professionnelle. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 1-19. 9-30. doi : 10.3917/rief.019.0009
- Soulet, M.-H. (2014). La vulnérabilité : examen critique d'une notion. Dans M.-H. Soulet (Éd.), *Vulnérabilité : de la fragilité sociale à l'éthique de la sollicitude* (pp. 17-37). Fribourg : Academic Press Fribourg.
- Spini, D., Bernardi, L., & Oris, M. (2017). Toward a life course framework for studying vulnerability. *Research in Human Development*, 14, 5-25.
- St-Amour, N., & Bourque, M. (2013). *Conciliation travail-famille et santé : Le Québec peut-il s'inspirer des politiques gouvernementales mises en place dans d'autres pays?*. Institut nationale de la santé publique du Québec.
- St-Amour, N., Laverdure, J., Devault, A., & Manseau, S. (2005). *La difficulté de concilier travail-famille : ses impacts sur la santé physique et mentale des familles québécoises*. Institut national de la santé publique du Québec.
- Statistiques Canada (2016). L'essor de la famille à deux revenus avec enfants. Enquête sur la population active, 1976 et 2015. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-630-x/11-630-x2016005-fra.htm>
- St-Onge, S., Deschênes, G., & Renaud, S. (2010). Analyse de la relation entre les dispositions personnelles et le conflit travail-famille. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 65, 609-631.
- Tremblay, D. G. (2019). *Conciliation emploi-famille et temps sociaux, 4^e édition*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Tremblay, D.-G., Najem, E., & Paquet, R. (2006). Articulation emploi-famille et temps de travail : De quelles mesures disposent les travailleurs canadiens et à quoi aspirent-ils? *Enfance, Famille et générations*, 4, 52-71.

Chapitre 10

Quelles formes de vulnérabilité universelle caractérisent l'expérience des pères québécois?

Carl Lacharité, Raymond Villeneuve, Mathieu Gagné, Annie Devault, Karine Dubois-Comtois, Francis Coutu et François Thiffault

Introduction

Le champ des actions auprès des enfants et des parents est touché de plein fouet par ce que le concept de vulnérabilité donne à voir de leur vie – leurs défis, leurs souffrances, leurs manques, leurs contraintes, etc. Dans ce cadre, la vulnérabilité est un terme générique utilisé pour désigner des situations où les enfants, parents et familles sont exposés à une diversité des circonstances adverses, telles que la pauvreté, l'exposition aux abus et à la négligence, l'exclusion sociale, les problèmes de logement, les difficultés de santé et le manque de soutien social (Mynarska et al., 2015). Dès lors, les politiques et programmes publics qui se réclament de cette notion de vulnérabilité visent à repérer les enfants et les parents dont les conditions de vie sont jugées comme étant précaires et à intervenir de manière ciblée auprès de ces groupes particuliers de personnes pour rééquilibrer les forces qui entrent en jeu dans leur quotidien.

Au Québec, le programme préventif de santé publique appelé SIPPE (*Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* – Ministère Santé et services sociaux, 2019), inspiré des travaux de Olds (2012) aux États-Unis, constitue un exemple typique de l'application du concept de vulnérabilité dans la vie des familles ayant de jeunes enfants. Cette forme d'actions publiques est principalement tournée vers la dyade mère-enfant. Toutefois, les pères et leur engagement envers leurs enfants font de plus en plus l'objet d'une attention publique. En particulier, certains d'entre eux deviennent « vulnérables » sous le regard du dispositif des services sociosanitaires. Leurs besoins, sur le plan de la santé et du bien-être, sont considérés comme des raisons légitimes d'intervention de la part d'acteurs professionnels et communautaires. Encore une fois au Québec, le Plan d'action ministériel Santé et bien-être des hommes – 2017-2022 (MSSS, 2017) représente

une initiative notable visant à reconnaître et s'approcher des hommes et des pères. On retrouve dans ce document pas moins de 30 occurrences des termes « vulnérabilité » et « vulnérable » pour désigner les pères confrontés à divers types de précarité qui interfèrent avec l'exercice de leur rôle parental.

Comme la vulnérabilité sert maintenant de cadre aux actions publiques auprès des pères, que sait-on des pères lorsqu'on examine leur expérience à l'aune de cette notion de vulnérabilité? Quelles sont les perspectives que cette notion ouvre pour mieux comprendre l'expérience du rôle de père? Quelles sont les retombées qui émergent de cette notion sur le plan du soutien à l'engagement paternel et des pratiques professionnelles qui fondent ce soutien? De telles questions exigent, en premier lieu, de s'attarder aux composantes théoriques de la vulnérabilité qui permettent de circonscrire plus clairement ce concept. C'est ce que la prochaine section se propose de faire. Ces questions invitent, en second lieu, à faire un état des lieux des constats empiriques qui caractérisent le champ des savoirs sur la paternité. La section intitulée « Les pères et la vulnérabilité » sert cette fonction.

La vulnérabilité, un phénomène pluriel

Au cours de la dernière décennie, plusieurs travaux théoriques ont traité du phénomène de vulnérabilité et de sa place dans l'existence humaine (Garrau, 2018; Gilson, 2014; Hamrouni, 2016; Pelluchon, 2011). Ces travaux soulignent qu'il n'y a pas qu'une vulnérabilité, mais qu'il y en a deux.

Tout d'abord, une vulnérabilité particulière (ou problématique) dont la fonction est le repérage d'individus ou de groupes dans l'espace social. Ce repérage social s'appuie principalement sur le travail d'organisations publiques (en santé, services sociaux, éducation, etc.) qui, sur la base de certaines caractéristiques objectives des personnes, rendent ces dernières visibles d'une certaine façon. Ainsi, d'un côté, il y a des individus (ou des groupes) qui sont désignés comme étant vulnérables et, de l'autre côté, il y a ceux qui ne le sont pas. Selon cette perspective, la vulnérabilité occupe un espace social délimité – avec ses acteurs (par exemple, les pères en difficulté), ses dispositifs (par exemple, des organisations et des programmes ciblés), ses discours (par exemple, la détresse des hommes). Cette conception de la vulnérabilité domine largement les efforts de développement de politiques et de programmes publics qui s'adressent aux enfants et aux familles. Elle va de pair avec une logique de ciblage à partir de certains facteurs de risque objectifs qui peuvent être observés et mesurés (par exemple, faible scolarité ou revenu, monoparentalité, séparation conjugale, diagnostics de problèmes de santé, etc.). Elle a beaucoup

de sens sur le plan de la gouvernance d'un réseau de services puisqu'elle vise à offrir des services à ceux qui sont réputés vulnérables pour limiter les difficultés ultérieures.

Cette perspective de vulnérabilité particulière présente néanmoins des limites autant pour les personnes elles-mêmes (ou les groupes) qui sont désignées comme étant vulnérables que pour les personnes qui sont considérées comme étant non vulnérables. De plus, cette perspective particulariste de la vulnérabilité restreint le cadre dans lequel les intervenants qui sont appelés à accompagner, à soutenir ou à intervenir auprès des personnes concernées. Parmi ces limites et contraintes, on retrouve plusieurs phénomènes sociaux et institutionnels qui sont dénoncés depuis maintes années (Parazelli & Ruelland, 2017) :

- ❖ Le découpage de la population en segments qui favorise la création de silos tout autant que de déserts de services;
- ❖ La réduction de la capacité collective à prévenir ou à intervenir sur des situations qui ne correspondent pas aux critères objectifs utilisés;
- ❖ L'étiquetage des personnes et la totalisation de leur vie sur la base des facteurs de risque qui les caractérisent;
- ❖ La difficulté à prendre en considération la situation globale des personnes ainsi ciblées.

Toutefois, il existe un autre courant qui conceptualise la vulnérabilité non plus en tant que phénomène particulier à certaines situations, mais plutôt en tant que phénomène universel qui touche tout le monde tout le temps. Ici, la vulnérabilité est qualifiée d'universelle (ordinaire ou encore ontologique). Pour Gilson (2014) et Pelluchon (2011), le concept de vulnérabilité universelle a pour fonction de mettre en relief l'expérience subjective des personnes et la façon dont elles négocient à chaque moment avec les circonstances de leur vie. À l'intérieur d'une telle perspective, la vulnérabilité constitue un aspect omniprésent de l'existence humaine. En fait, cette conception de la vulnérabilité est indissociable du développement humain : c'est parce que nous sommes vulnérables que nous nous développons; se développer signifie alors négocier avec notre vulnérabilité. Cette conception ontologique de la vulnérabilité met aussi en relief le rôle central de l'autre dans notre vie et, plus précisément du besoin de l'autre et de l'interdépendance entre les personnes. Il n'est donc pas possible d'éviter ou de sortir d'une situation de vulnérabilité (comme le laisse croire la perspective « particulariste » de ce concept). Nous y sommes tous et toujours et l'invulnérabilité ne fait pas partie du réel. Certes, certaines circonstances et certaines périodes sont plus chargées que d'autres, ce qui a des

répercussions sur la forme et l'intensité d'avoir besoin des autres (par exemple, l'enfance et la vieillesse, les situations de handicaps ou de pauvreté matérielle et les périodes de transition dans les étapes de la vie familiale telles que la transition au rôle de parent). Ainsi, la vulnérabilité universelle propose une vision plus large de l'existence et du développement humain et elle est plus juste sur le plan socioculturel. Elle permet aussi de comprendre les situations qui sont pointées par l'utilisation du concept plus restreint de vulnérabilité particulière. Ce faisant, cette perspective ontologique de la vulnérabilité ouvre sur une relecture des rapports entre les personnes au sein d'une communauté ou d'une société (notamment en mettant en relief l'égalité entre elles) et entre celles-ci et les acteurs des dispositifs publics. Elle invite également à un réalignement des actions publiques dans la vie des personnes centrées sur la relation d'interdépendance, la proximité et l'alliance entre celles-ci et les acteurs professionnels ou communautaires, et ce, quelles que soient les caractéristiques objectives de ces personnes qui justifient de telles actions.

La présente étude vise à explorer l'expérience des pères sous l'angle de ce qui fragilise celle-ci dans leur quotidien. Pour ce faire, une recension de la portée des écrits scientifiques qui abordent les pères sous l'angle de leur vulnérabilité sera présentée. Par la suite, l'expérience paternelle sera explorée à l'aide des résultats d'un sondage populationnel auprès de pères québécois. Le chapitre se termine par une discussion qui souligne l'importance d'adopter une perspective de vulnérabilité universelle dans la prise en considération des réalités paternelles au sein de l'écosystème de services auprès des enfants, des parents et des familles.

Les pères et la vulnérabilité

Une recension de la portée des écrits (*Scoping Review*) a été réalisée pour faire le point sur ce qui caractérise la documentation scientifique sur la façon dont la notion de vulnérabilité est appliquée pour comprendre l'exercice du rôle de père et l'expérience paternelle. Pour ce faire, les bases de données PSYCHINFO, SocIndex, CINAHL et SCOPUS ont été consultées dans le but de repérer des travaux d'intégration d'études empiriques (*literature review, systematic review, meta-synthesis, meta-analysis*) publiés depuis 2009 et portant sur les mots clés suivants : Father* (fathers, fatherhood, fathering), Patern* (paternal, paternity), Vulnerab* (vulnerable, vulnerability), Risk factor(s), Protective factor(s). La figure 1 présente la démarche de sélection des publications ayant mené à retenir 22 recensions qui synthétisent les constats empiriques d'environ 500 articles différents. Le choix de nous centrer uniquement sur des travaux intégratifs plutôt que sur des études particulières

repose sur le fait que de tels travaux offrent des indications sur l'organisation du discours scientifique dans un champ donné. Ils montrent la manière dont les concepts-clés sont définis par la communauté de chercheurs et ce à quoi elle accorde de l'attention et de l'importance. Cette stratégie n'est cependant pas sans limites parce qu'elle laisse manifestement de côté des travaux qui peuvent être pertinents à nos questions de recherche, mais qui n'ont pas été comptabilisés dans les 22 études intégratives (notamment, les études plus récentes ou relevant de la littérature grise telle que celle, plus près de nous, de Dubeau et al., 2013). Une recension systématique des écrits serait une option appropriée pour combler cette lacune, mais cela constitue en soi le travail d'une autre publication.

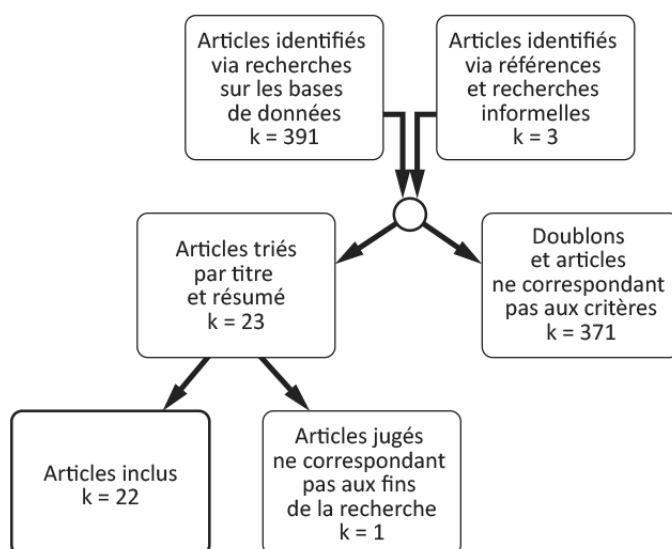


Figure 1 - Démarche de sélection des publications de la recension de la portée des écrits scientifiques (*Scoping Review*) portant sur les thèmes des pères et de la vulnérabilité (Source : auteurs)

L'analyse des thématiques et des constats découlant de cette documentation scientifique permet de caractériser celle-ci en trois axes : l'expérience des pères lors de la transition à la paternité, les programmes et interventions destinés aux pères et les contextes d'exercice du rôle de père.

L'expérience des pères lors de la transition à la paternité

Cet axe est de loin celui qui regroupe le plus d'études intégratives (k = 14/22) (Baldwin et al., 2018; Cameron et al., 2016; Gentile & Fusco, 2017;

Genesoni & Tallandini; 2009; Jazayerinezhad et al., 2018; Genmayel et al., 2018; Leach et al., 2016; Paulson & Bazemore, 2010; Pérez et al., 2017; Philpott et al., 2017; Philpott et al., 2019; Sisson et al., 2015; Sweeney & MacBeth, 2016; Shorey & Ang, 2019). Ainsi, la période périnatale semble être conçue comme un moment particulier de vulnérabilité dans l'expérience vécue par les pères. Cette vulnérabilité englobe des manifestations reliées au bien-être et à la santé mentale du père (par exemple, stress, anxiété, dépression), des facteurs contextuels (par exemple, traits de personnalité, expériences d'adversité dans l'enfance, conditions socioéconomiques et familiales actuelles), des facteurs précipitants (grossesse non planifiée, faible engagement paternel initial, faible connaissance des enjeux reliés à l'arrivée d'un enfant, état physique et mental de la mère, qualité de la relation conjugale) de même que des facteurs de protection (soutien social, stratégie de coping).

Les programmes et interventions destinés aux pères

Cet axe regroupe six études intégratives (Goldstein et al., 2020; Henry et al., 2020; Lee et al., 2018; Rominov et al., 2016; Scism & Cobb, 2017; Smith et al., 2012). Considérant la dominance des travaux intégratifs sur la période périnatale ou la santé mentale des pères, il n'est pas surprenant que quatre des six recensions d'écrits qui mettent l'accent sur l'évaluation d'interventions s'attardent aux pères lors de cette période particulière de vulnérabilité et sur la prévention ou le traitement de problèmes de santé mentale chez ceux-ci. Cet axe englobe également des travaux intégratifs sur le soutien à l'engagement paternel et montre la contribution de facteurs qui relèvent de l'attitude des pères à l'égard de leur rôle (par exemple, leurs connaissances des enjeux reliés au développement de l'enfant, leur ouverture au soutien social fourni par d'autres pères) et de la qualité de la relation coparentale avec la mère de l'enfant. Dans ces études, la conception de la vulnérabilité des pères prolonge celle qui caractérise l'axe précédent et les actions professionnelles proposées visent à permettre au père de sortir de cet état ou situation de vulnérabilité ou encore à prévenir ou éviter qu'il n'y entre.

Les contextes d'exercice du rôle de père

Cet axe regroupe deux études intégratives (Carneiro et al., 2017; SmithBattle et al., 2019) qui n'ont en commun que de cibler des contextes particuliers qui sont conçus comme présentant des défis dans l'exercice du rôle de père : le jeune âge de ce dernier pour une étude ou son orientation sexuelle pour l'autre étude. La compréhension de la vulnérabilité que ces travaux intégratifs proposent souligne l'importance de tenir compte de l'interaction

entre, d'une part, des caractéristiques personnelles du père et, d'autre part, l'environnement normatif dans lequel il est appelé à mettre en pratique son rôle. En d'autres termes, ces travaux suggèrent que la vulnérabilité réside dans la relation entre le père et le terrain sur lequel il exerce sa paternité plutôt que chez le père lui-même ou uniquement à l'intérieur des conditions objectives et subjectives d'exercice de son rôle. Cela fait écho à la proposition du sociologue Soulet qui définit la vulnérabilité comme étant la répartition inégale du risque d'être blessé (Soulet, 2014).

Les constats tirés de cette recension d'écrits intégratifs invitent à interroger le concept de vulnérabilité lui-même et à explorer les repères théoriques qui permettent de situer de manière cohérente le phénomène qu'il cherche à saisir. C'est ce que la prochaine section propose de faire.

Objectif de l'étude et questions de recherche

L'objectif de la présente étude est de décrire l'expérience des pères à l'aide de la perspective de la vulnérabilité universelle, c'est-à-dire de considérer que chaque père rencontre des défis dans l'exercice de son rôle tout au long de sa trajectoire de développement en tant que père. Cette étude se veut donc exploratoire et cherche à apporter des éléments de réponses aux deux questions suivantes :

- ❖ Quelles formes de vulnérabilité universelle dans l'exercice du rôle paternel caractérisent les pères québécois?
- ❖ Quels déterminants sont associés à l'augmentation et à la diminution de ces formes de vulnérabilité?

Aspects méthodologiques

Pour répondre aux questions de recherche, nous avons utilisé les données brutes d'un sondage en ligne auprès des pères québécois (Gagné, 2019a)¹. Cette section présente les détails méthodologiques de ce sondage ainsi que le plan d'analyse qui a été utilisé pour effectuer de nouvelles analyses en lien avec notre objectif et nos questions de recherche.

¹ Le sondage initial a été rendu possible grâce à un financement de l'organisme Avenir d'enfants au Regroupement pour la Valorisation de la paternité (RVP) et a été effectué par la firme de sondage Substance stratégie.

Participants

Le groupe ciblé par le sondage en ligne était la population masculine du Québec qui, au moment du sondage, était parents, tuteurs ou ayant la garde d'au moins un enfant. Les critères d'inclusion étaient : être un homme âgé de 18 ans ou plus et résident du Québec. L'échantillon par convenance est composé de 2,001 pères. Le profil sociodémographique de ces répondants est présenté au tableau 1.

Caractéristiques	Proportion
Langue d'usage :	
• Français	80 %
• Anglais	20 %
Groupe d'âge :	
• 18-24 ans	4 %
• 25-29 ans	3 %
• 30-34 ans	11 %
• 35-39 ans	20 %
• 40-44 ans	22 %
• 45-49 ans	19 %
• 50-54 ans	13 %
• 55-59 ans	7 %
• 60 ans et +	2 %
Revenu familial annuel :	
• < 20 k\$	3 %
• 20-39 k\$	9 %
• 40-59 k\$	14 %
• 60-79 k\$	17 %
• 80-99 k\$	20 %
• ≥ 100 k\$	37 %
Lieu de résidence :	
• Région métropolitaine (Montréal, Montérégie, Laval)	47 %
• Ailleurs au Québec	53 %
Scolarité :	
• Élémentaire/Primaire	1 %
• Secondaire	22 %
• Collégial	30 %
• Universitaire (cert., dip.)	8 %
• Universitaire (bacc., c.c.)	24 %
• Universitaire 2 ^e cycle	12 %
• Universitaire 3 ^e cycle	3 %

Tableau 1 - Profil sociodémographique des pères ayant répondu au sondage en ligne
(Source : Gagné, 2019a)

Caractéristiques	Proportion
Occupation actuelle :	
• Travaille à temps plein	82 %
• À son compte/travailleur autonome	6 %
• Travaille à temps partiel	3 %
• Sans emploi	2 %
• Retraité	2 %
• Étudiant	2 %
• Au foyer	2 %
Congé parental	<1 %
Type d'occupation :	
• Professionnel	32 %
• Cadre/gestionnaire/administrateur	16 %
• Technicien	13 %
• Employé de bureau	9 %
• Pers. spéc. vente	5 %
• Pers. spéc. services	7 %
• Travailleur spécialisé	12 %
Travailleur non spécialisé	6 %
Né au Canada :	
• Oui	83 %
Non	17 %
Type de famille :	
• Nucléaire/intacte	72 %
• Recomposée	16 %
Monoparentale	11 %
Groupe d'âge du ou des enfants :	
• 0-2 ans	20 %
• 3-5 ans	25 %
• 6-9 ans	35 %
• 10-12 ans	30 %
• 13-17 ans	43 %
• 18 ans +	1 %
Sexe du ou des enfants :	
• Tous des garçons	21 %
• Toutes des filles	17 %
• Les deux	61 %

Tableau 1 - (suite) Profil sociodémographique des pères ayant répondu au sondage en ligne (Source : Gagné, 2019a)

Questionnaire

Le questionnaire en ligne est en version francophone et anglophone. Il est composé de 56 questions principales suivies de sous-questions de précisions lorsque pertinent. Il explore les dimensions suivantes : les perceptions de

l'expérience paternelle, les sentiments et attitudes que cette dernière génère, l'auto-évaluation des aptitudes parentales, les besoins en termes de soutien et d'information, la relation avec l'autre parent et les caractéristiques sociodémographiques du répondant. La durée médiane pour répondre à l'ensemble du questionnaire en ligne a été de 17 minutes.

Déroulement

La collecte de données par le web a été réalisée entre le 20 décembre 2018 et le 2 janvier 2019. Les résultats descriptifs ont été présentés publiquement lors de la Su-père conférence qui a suivi (Gagné, 2019b) et diffusé largement dans les médias provinciaux. Sous la responsabilité du RVP, les données brutes du sondage ont été rendues disponibles à l'été 2019 pour effectuer les analyses reliées à la présente étude. Les résultats préliminaires de celles-ci ont été présentés publiquement à l'automne (Villeneuve et al., 2019) et à l'hiver qui a suivi (Lacharité, 2020).

Plan d'analyse

Une sélection des items du questionnaire initial a été réalisée en équipe dans le but de retenir ceux ayant un lien direct avec la qualité de l'expérience paternelle. Ces items se divisent en deux types de variables :

- ❖ Les premiers items ont été sélectionnés en tant qu'indices potentiels de vulnérabilité universelle dans la vie des pères. Ils constituent les variables d'intérêt de l'étude;
- ❖ Les seconds items ont été sélectionnés en tant qu'indices de risque et de protection dans la vie des pères. Ces items seront traités comme des prédicteurs des indices potentiels de vulnérabilité ordinaire.

Sur ce plan, un modèle écosystémique de l'engagement paternel (Turcotte et al., 2001; Turcotte & Gaudet, 2009) a servi de cadre théorique pour organiser l'information et planifier les analyses statistiques. Différents traitements statistiques ont été réalisés en fonction du type de variables retenue

Concernant les indices de vulnérabilité dans l'expérience paternelle, une analyse factorielle (analyse en composantes principales, rotation varimax) a été réalisée sur les 15 items sélectionnés². Ce type d'analyse a été choisi puisqu'il

² Les réponses sur l'échelle de Likert à certains items ont été recodées pour aller dans le même sens : une valeur plus élevée représente un indice de vulnérabilité. L'interprétation des facteurs repose sur cette direction dans la valeur des réponses.

permet de regrouper en un nombre limité de facteurs des indices qui s'avèrent liés entre eux sur le plan statistique et ainsi d'expliquer une grande partie de la variance avec un minimum de facteurs indépendants les uns des autres (Field, 2018). Cette analyse permet de répondre à la première question de recherche.

Pour les dimensions de risque et de protection dans la vie des pères, les indices ont été organisés sur deux plans : le plan des indices singuliers pris un à un et celui du calcul d'un score de cumul d'indices. Le score de cumul de conditions de risque est composé de 20 indices et le score de cumul de conditions de protection est composé de 23 indices. À ce sujet, le modèle théorique qui guide le plan d'analyse suggère que ces facteurs n'auraient pas seulement qu'une contribution singulière ou spécifique à la compréhension de l'engagement paternel, mais que l'accumulation de ceux-ci pourrait également jouer un rôle au-delà de leur effet particulier. Les figures 2 et 3 présentent l'organisation des indices – singuliers et composites – de risque et de protection qui ont été entrés dans les analyses subséquentes.

Pour répondre à la seconde question de recherche, deux séries de régressions linéaires multiples (RLM : Cohen, 1988) ont été réalisées avec les composantes de la vulnérabilité universelle de l'expérience paternelle retenues dans l'analyse factorielle comme variables dépendantes. Dans un premier temps, des analyses RLM ont été effectuées avec les scores de cumul d'indices de risque et d'indices de protection. Dans un second temps, d'autres analyses RLM ont été effectuées avec les indices singuliers de risque et de protection de manière à déterminer la présence éventuelle de conditions singulières dans la compréhension des formes de vulnérabilité universelle dans l'expérience paternelle.

Risques personnels

- Devenir père, une adaptation difficile
- Temps long après la naissance pour adaptation au nouveau rôle
- Difficile d'apprendre mon rôle de père
- Mauvaise relation avec mon père dans l'enfance
- Mauvaise relation avec mon père dans l'adolescence
- Nombre de périodes d'âge de l'enfant considérées comme difficiles (total des 6 périodes)
- Nombre de problèmes perçus chez l'enfant (total des 10 problèmes)

Risques familiaux

- Famille non nucléaire
- Garde enfant autre qu'à temps plein
- Séparation conjugale difficile
- L'autre parent me critique

Risques reliés au travail

- Conciliation Famille-Travail difficile
- Milieu travail peu ouvert
- Absences prolongées à cause du travail
- Se sentir épuisé à cause du travail

Risques socioéconomiques

- Langue maternelle autre que le français
- Né ailleurs qu'au Canada
- Scolarité: primaire ou secondaire
- Revenu familial: moins de 60 000 \$
- Revenus insuffisants pour répondre aux besoins

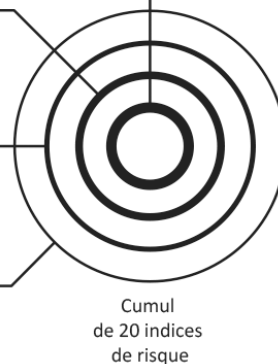


Figure 2 - Structure des indices de risque relatifs à l'exercice du rôle de père tirés du questionnaire en ligne (Source : auteurs)

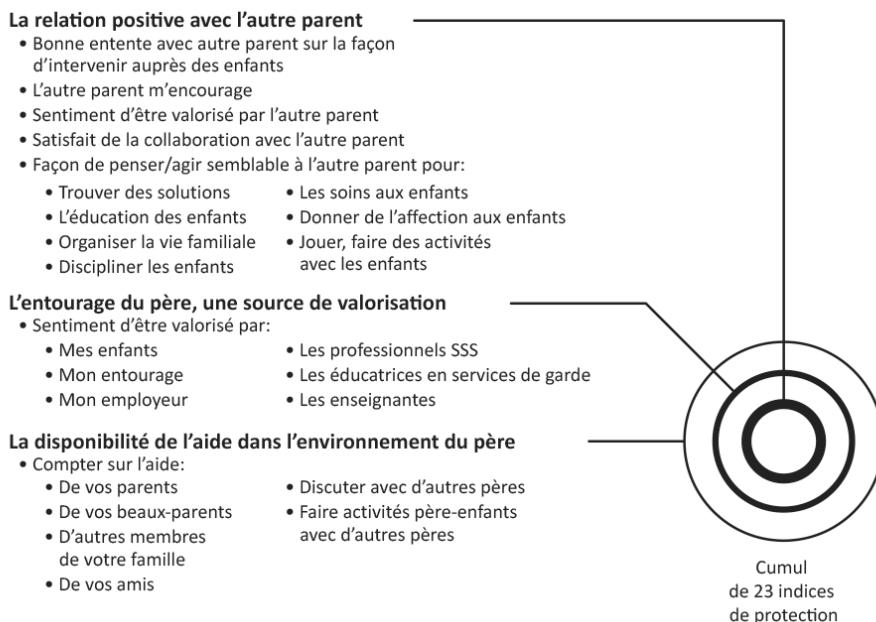


Figure 3 - Structure des indices de protection relatifs à l'exercice du rôle de père tirés du questionnaire en ligne (Source : auteurs)

Il faut noter que la taille de l'échantillon a permis d'obtenir une puissance statistique suffisante pour soutenir l'interprétation des divers résultats statistiques basés sur l'ensemble des variables étudiées. La base de données contient des données manquantes et l'examen de celles-ci montre qu'elles sont aléatoires. Par conséquent, dans les analyses, le traitement des données manquantes a été effectué à l'aide de la méthode *Listwise* qui retient seulement les répondants qui ont des données valides sur l'ensemble des variables analysées ($N = 1687$). De plus, considérant la grande taille de l'échantillon, le seuil de signification statistique a été établi à $p < 0.001$ pour l'ensemble des analyses. Les deux prochaines sections présentent les résultats servant d'éléments de réponse aux questions de recherche.

Quelles sont les formes de vulnérabilité universelle qui caractérisent l'exercice du rôle paternel?

La figure 4 présente les résultats de l'analyse factorielle permettant d'identifier des facteurs individuels de vulnérabilité universelle dans l'expérience parentale des pères québécois³. Ainsi, trois facteurs rendent compte d'une

³ Les indices de qualité/fiabilité des résultats de cette analyse en composante principale sont excellents : KMO = 0,919; Test de sphéricité de Bartlett : Chi-carré (105) = 8676,05, $p < 0.001$.

portion substantielle (55,6 %) de la variance des 15 éléments sélectionnés. Après examen des poids factoriels des éléments qui contribuent significativement à chacun des trois facteurs, ceux-ci ont été nommés : manque de gratification (*Eigenvalue* = 5,5), de confiance (*Eigenvalue* = 1,75) et de repères (*Eigenvalue* = 1,09) dans l'exercice du rôle paternel. Ces résultats suggèrent que l'ordinaire de la vie d'un père s'appuie sur la possibilité (ou à l'opposé, la difficulté) à retirer de la gratification de son rôle. Cet ordinaire s'appuie également sur le degré de confiance que le père réussit à construire et à maintenir par rapport à son engagement auprès de son ou ses enfants. Il s'agit aussi de tenir compte du besoin des pères à disposer de repères leur permettant d'orienter les décisions et les gestes qu'ils posent en tant que parents.

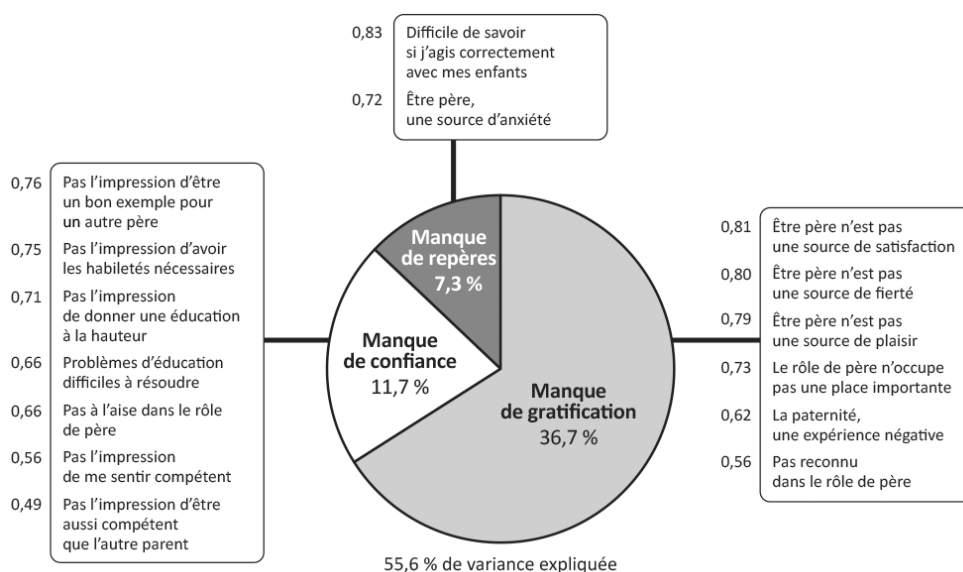


Figure 4 - Trois formes de vulnérabilité universelle qui façonnent l'expérience du rôle paternel (avec les proportions de variance expliquée totale, les proportions de variance de chaque facteur et les coefficients de saturation factorielle des items contribuant à chacun des facteurs) (Source : auteurs)

L'analyse factorielle permet d'obtenir un indice composite de vulnérabilité (ayant une moyenne = 0 et un écart-type = 1) pour chacune de ces trois dimensions. Pour chaque père de l'échantillon, plus cet indice composite est élevé, plus ce dernier rapporte un niveau élevé de vulnérabilité en termes de manque de gratification, de manque de confiance et de manque de repère. Ce sont ces indices composites qui sont définis comme variables dépendantes dans les analyses de la prochaine section.

Quels déterminants sont associés à l'augmentation et à la diminution des formes de vulnérabilité universelle chez les pères?

La figure 5 présente les résultats des analyses RLM avec chacune des formes de vulnérabilité identifiées dans la section précédente et avec les indices composites de conditions de risque et de protection comme déterminants ou prédicteurs⁴. La combinaison de ces deux indices contribue à expliquer une portion significative de la variance du manque de gratification ($R^2_{adj} = 0,09$; $F_{(2,1145)} = 57,16$, $p < 0.001$), du manque de confiance ($R^2_{adj} = 0,15$; $F_{(2,1145)} = 98,66$, $p < 0.001$) et du manque de repères ($R^2_{adj} = 0,05$; $F_{(2,1145)} = 28,66$, $p < 0.001$). L'examen des coefficients de régression standardisés atteignant le seuil de signification statistique montre que plus la valeur de l'indice composite de conditions de protection est élevée, *moins* les valeurs de l'indice du manque de gratification ($\beta = -0,26$) et du manque de confiance ($\beta = -0,27$) sont élevées; tandis que plus la valeur de l'indice composite de conditions de risque est élevée, *plus* les valeurs de l'indice du manque de confiance ($\beta = 0,18$) et du manque de repères ($\beta = 0,24$) sont élevées.

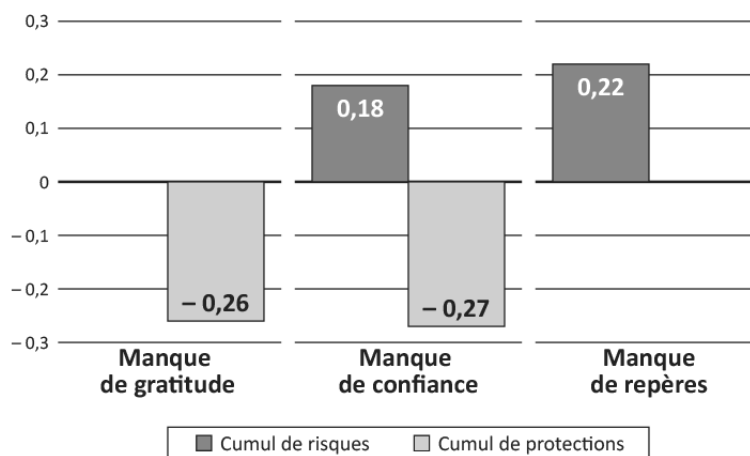


Figure 5 - Coefficients de régression standardisés des analyses RLM avec chacune des formes de vulnérabilité universelle et avec les indices composites de risque et de protection (les coefficients n'atteignant pas le seuil de $p < 0.001$ ont été omis) (Source : auteurs)

Le tableau 2 présente les résultats des analyses RLM avec chacune des formes de vulnérabilité et avec chacun des 20 indices singuliers de risque et des

⁴ Comme il s'agit d'une étude exploratoire et qu'aucune hypothèse ne guide l'analyse RLM, l'entrée des deux indices composites a été forcée dans le même bloc.

23 indices singuliers de protection⁵. La combinaison de ces deux ensembles d'indices singuliers contribue à expliquer une portion significative de la variance du manque de gratification ($R^2_{\text{adj}} = 0,23$; $F_{(43,1104)} = 8,73$, $p < 0.001$), du manque de confiance ($R^2_{\text{adj}} = 0,21$; $F_{(43,1104)} = 7,92$, $p < 0.001$) et du manque de repères ($R^2_{\text{adj}} = 0,14$; $F_{(43,1104)} = 5,39$, $p < 0.001$).

	Manque de gratification	Manque de confiance	Manque de repères
<i>Indices singuliers qui sont associés à une valeur plus faible de vulnérabilité universelle des pères</i>			
• Être valorisé par mes enfants	-0,22 ¹		
• Être valorisé par mon entourage	-0,15		
• Entente avec l'autre parent sur la façon d'organiser la vie familiale		-0,12	
<i>Indices singuliers qui sont associés à une valeur plus élevée de vulnérabilité universelle des pères</i>			
• Plusieurs périodes d'âge de l'enfant perçues comme ayant été difficiles		0,20	
• L'autre parent me critique			0,21
• Difficile d'apprendre le rôle de père		0,12	0,14
• Devenir père, une adaptation difficile dans ma vie	0,13		

¹ Les coefficients n'atteignant pas le seuil de $p < 0.001$ ont été omis

Tableau 2 - Coefficients de régression standardisés (β) des analyses RLM avec chacune des formes de vulnérabilité universelle et avec les 20 indices singuliers de risque et les 23 indices singuliers de protection

L'examen des coefficients de régression standardisés atteignant le seuil de signification statistique montre que certains indices singuliers de protection sont liés à une valeur plus faible des formes de vulnérabilité universelle chez les pères : être valorisé par leur(s) enfant(s) ($\beta = -0,22$), être valorisé par leur entourage ($\beta = -0,15$) et avoir une bonne entente avec l'autre parent sur la façon d'organiser la vie familiale (planification des horaires, des tâches et des activités) ($\beta = -0,12$). Quant aux indices singuliers de risque qui sont liés à une valeur plus

⁵ Comme il s'agit d'une étude exploratoire et qu'aucune hypothèse ne guide l'analyse RLM, l'entrée des deux ensembles d'indices singuliers (43 indices au total) a été forcée dans le même bloc.

forte des formes de vulnérabilité universelle chez les pères, il s'agit de rapporter plusieurs périodes d'âge de l'enfant perçues comme ayant été difficiles ($\beta = 0,20$), le fait que l'autre parent les critique ($\beta = 0,21$), le fait d'avoir trouvé difficile d'apprendre à jouer le rôle de père ($\beta = 0,12$ pour le manque de confiance et $\beta = 0,14$ pour le manque de repères) et le fait que devenir père ait constitué une adaptation difficile dans leur vie ($\beta = 0,13$).

Il est important de noter que ce sont seulement sept indices singuliers sur 43 (16 %) qui ressortent comme ayant une contribution spécifique. Ce résultat est à mettre en perspective avec la portion de variance expliquée des variables dépendantes qui, elle, s'avère substantielle. Cela suggère que ces indices sont à considérer dans leur ensemble plutôt qu'un à un dans l'explication de la vulnérabilité universelle chez les pères. Cela est cohérent avec les résultats des analyses précédentes qui montrent que, à eux seuls, les deux indices composites de risque et de protection contribuent de manière significative à rendre compte de cette vulnérabilité universelle.

Discussion

Cette étude exploratoire avait pour objectif de documenter le phénomène de la vulnérabilité dans l'expérience paternelle auprès d'un large éventail de pères québécois. D'entrée de jeu, nous avons souligné que, appliqué à la situation des pères, le concept de vulnérabilité est surtout abordé pour rendre compte de la situation de certaines catégories de pères qui sont exposés à des obstacles particuliers ayant des répercussions sur leur bien-être, leur santé mentale et leur adaptation parentale. Ainsi, la perspective théorique de la vulnérabilité « particulière » semble caractériser profondément la réflexion actuelle sur les pères autant dans le domaine de la recherche que dans celui des actions publiques. Ce qui ressort principalement de ce type de réflexion est que certains pères sont vulnérables (ou en situation de vulnérabilité) tandis que les autres ne le sont pas (ou pas suffisamment pour attirer l'attention vers eux).

Cependant, notre étude interroge cette perspective particulariste qui approche les pères dans le but de les catégoriser à partir de critères objectifs qui se situent en surplomb de leur expérience quotidienne (par exemple, séparation conjugale, faibles revenus, etc.). Nous n'avons pas remis en question la valeur (sociale, institutionnelle) d'une telle perspective (notamment sur le plan de l'élaboration d'actions publiques visant à répondre à des besoins particuliers chez certains groupes de pères), mais plutôt sa portée. Si le concept de vulnérabilité a quelque chose à nous apprendre sur l'exercice du rôle de père, est-il possible de le rendre pertinent pour tous les pères et d'en tenir compte

dans la compréhension de l'expérience de chacun d'eux? Le champ des connaissances théoriques sur la vulnérabilité apporte justement une réponse à cette question et une option au modèle dominant de la vulnérabilité particulière. Ce que l'on peut nommer la vulnérabilité universelle fait appel à une conversion du regard à propos de la condition humaine à l'intérieur de laquelle la vulnérabilité n'a pas de contraire. Dès lors, en ce qui concerne l'existence humaine, il faut prendre acte que l'invulnérabilité n'existe pas. Ou plutôt elle existe en tant qu'une illusion qui reste implicite : s'il y a des individus vulnérables ou en situation de vulnérabilité, c'est dire implicitement qu'il y en a d'autres qui ne le sont pas, qui sont invulnérables. Si la vulnérabilité est universelle et se fait ordinaire, à quoi ressemble-t-elle dans la vie des pères? Quels en sont les déterminants nous permettant de la comprendre?

À la première de ces questions, nos résultats suggèrent que ce qui constitue la vulnérabilité universelle des pères repose sur l'interaction entre eux et leur environnement sur les plans de la gratification qu'ils retirent de leur engagement dans la vie de leurs enfants, de la confiance en leurs capacités qu'ils arrivent à mobiliser et des repères dont ils disposent dans l'exercice de leur rôle. Ces éléments font écho à la documentation scientifique sur la parentalité en général (Belsky & Jaffe, 2006; Krause & Dailey, 2011; Lacharité, et al., 2015; Sellenet, 2007) et l'engagement paternel en particulier (Cabrera & Tamis-LeMonda, 2014; Turcotte & Gaudet, 2009). Ainsi, l'exercice du rôle de mère et de père repose sur un investissement et un travail personnel et interpersonnel « en contexte », c'est-à-dire un ensemble d'actions qui nécessite du temps et des efforts (physiques, psychologiques, sociaux) et qui rencontre constamment des obstacles de diverse nature (Lacharité et al., 2016). C'est dans les interstices de ce travail quotidien que s'enracine le phénomène de la vulnérabilité universelle dont les pères peuvent témoigner lorsqu'on s'arrête pour leur poser des questions et que l'on s'intéresse à leurs réponses.

Comme les constats qui sont tirés des travaux que nous avons recensés plus haut contribuent principalement à alimenter une perspective particulariste de la vulnérabilité dans l'exercice du rôle paternel, ils arrivent difficilement à comprendre l'expérience des pères qui ne sont pas confrontés à des circonstances adverses dans leur vie. C'est justement là où se situe l'apport des constats de la présente étude. Même en dehors de circonstances difficiles, les pères doivent faire face à des défis qui fragilisent leur expérience et, pour ceux qui sont confrontés à de telles circonstances adverses, les défis reliés à la gratification qu'ils retirent de leur rôle, à la confiance en ses capacités et aux repères dont ils disposent constituent des éléments subjectifs qui permettent de comprendre ce qui se joue dans leur vie quotidienne. Ainsi, les résultats de la

présente étude ouvrent des pistes pour les recherches futures en proposant des indices permettant de mesurer les dimensions de la vulnérabilité universelle des pères. Ils invitent également les acteurs du terrain à réfléchir à leurs pratiques et aux organisations de services, à réfléchir à leur offre de services en termes de leur capacité à répondre à cette vulnérabilité que chaque père peut vivre et à repenser l'accompagnement, le soutien ou l'intervention qu'il est souhaitable de mettre en place autour de lui.

À la question qui s'attarde à mettre en relief les déterminants de cette vulnérabilité universelle dans l'expérience paternelle, les résultats de notre étude montrent que chacune des formes de vulnérabilité est surtout reliée à l'accumulation des conditions de risque ou de protection dans la vie des pères. Ainsi, les différentes catégories de facteurs (personnels, familiaux, socioéconomiques) se démarquent peu les unes des autres. Est-ce à dire que les facteurs usuels utilisés dans les actions publiques pour identifier des groupes vulnérables de pères (jeune âge, faible scolarité, faible revenu, séparation conjugale, etc.) ne sont pas importants? Ce n'est pas ce que les résultats sur le cumul de conditions (de risque ou de protection) laissent entendre. De tels facteurs jouent un rôle dans la compréhension de la vulnérabilité universelle des pères en ajoutant à la complexité de leur vie (conditions de risque) ou en leur fournissant des ressources (conditions de protection) leur permettant de faire face à cette complexité.

La présente étude s'inscrit à l'intérieur d'un important courant théorique en psychologie développementale qui, depuis une quarantaine d'années, montre que l'accumulation des conditions de risque constitue l'un des prédicteurs les plus robustes du fonctionnement du développement de la personne (Appleyard et al., 2005; Atkinson et al., 2015; Evans et al., 2013; Rutter, 1978). Sur ce plan, nos résultats suggèrent que l'expérience paternelle représente une issue développementale pour les hommes pouvant être expliquée par la théorie du cumul de conditions de risque.

Ceci étant dit, notre étude pointe également vers quelques aspects singuliers qui méritent d'être pris en considération au-delà de la contribution du cumul de conditions de risque et de protection. Le regard que les enfants posent sur leur père de même que le regard que pose l'entourage de ce dernier sur lui semblent représenter des sources de valorisation qui se démarquent lorsque l'expérience paternelle est examinée dans une perspective de vulnérabilité universelle. La relation de coparentalité semble également un autre aspect qui ressort comme étant un déterminant à prendre en considération de manière plus spécifique. Finalement, la qualité de l'apprentissage du rôle de père et de

l'adaptation à celui-ci constitue un autre élément à considérer dans ce qui contribue à vulnérabiliser ce dernier dans l'exercice de son rôle. En particulier, il ne s'agit pas seulement des défis reliés à la période périnatale et de la petite enfance qui laissent des traces sur la trajectoire développementale des pères, mais aussi des défis qu'ils continuent de rencontrer tout au long de cette trajectoire. Dès lors, ce qui semble contribuer à la vulnérabilité universelle des pères n'est pas toujours relié à des défis qui sont présents lors d'une période particulière dans leur relation avec l'enfant. Chaque période de développement de l'enfant comporte des défis avec lesquels les pères doivent négocier et l'issue de cette négociation mérite d'être prise en considération pour chaque père et l'enchaînement de plusieurs périodes difficiles mérite d'être mis en relief en tant que facteur singulier qui augmente la vulnérabilité universelle des pères.

Parler de vulnérabilité universelle dans l'expérience paternelle nous invite manifestement à examiner les implications pour la pratique auprès des pères et soulève la question suivante : comment l'écosystème québécois de services offre-t-il du soutien à chaque père dans l'exercice de son rôle? Cette question générale en soulève deux autres : quelle sensibilité sociale a-t-on à l'égard de ce qui vulnérabilise les pères dans l'exercice quotidien de leur rôle et quelles formes d'interdépendance ou de réponse à leurs besoins offre-t-on aux pères sur la base de cette sensibilité à leur vulnérabilité universelle? Nous n'avons évidemment pas l'intention de répondre de manière exhaustive à de telles questions. Néanmoins, certaines pistes de réflexion peuvent être proposées sur la base de deux logiques de services et de pratiques qui caractérisent l'écosystème québécois : la logique de promotion/prévention et la logique d'intervention.

En termes de promotion de l'engagement paternel et de prévention des difficultés d'adaptation des pères, l'idée de la vulnérabilité universelle souligne l'importance des initiatives de soutien qui mettent l'accent – à l'intérieur des objectifs et du modèle logique des programmes et des mesures – sur la conviction que l'exercice du rôle de père s'appuie étroitement sur le fait pour ce dernier :

- ❖ De se sentir utile et important dans la vie de l'enfant;
- ❖ D'avoir confiance qu'il peut être à la hauteur des défis qu'il rencontre;
- ❖ De disposer de repères lui permettant de juger lui-même si les décisions et les actions qu'il pose dans la vie des enfants contribuent à leur bien-être et à leur développement (plutôt que de s'en remettre uniquement au jugement des autres).

Les initiatives de soutien à l'engagement paternel ont aussi intérêt à être sensibles aux éléments qui constituent la vulnérabilité universelle des pères lors de la période entourant la naissance de l'enfant tout autant que lors des autres périodes de leur parcours jusqu'à la majorité de l'enfant. Les moments charnières dans la trajectoire développementale des pères – que ceux-ci soient normatifs (la naissance de l'enfant, son entrée à l'école, etc.) ou imprévus (séparation conjugale, perte d'emploi, etc.) – représentent des périodes où l'interdépendance des pères avec leur entourage, avec d'autres pères et avec des acteurs professionnels peut nécessiter une attention particulière.

Sur le plan des interventions auprès des pères « en difficulté » ou « en situation de vulnérabilité » particulière, les actions auprès d'eux auraient intérêt à :

- ❖ Aller au-delà des critères objectifs servant à leur repérage social et institutionnel et à leur orientation vers tel ou tel type de services particuliers. Par exemple, une séparation conjugale introduit dans l'expérience d'un père une foule de préoccupations et d'inquiétudes auxquelles il est important d'apporter des réponses concrètes. Il est tout aussi important de lui apporter du soutien à propos de ce qui peut perturber la gratification qu'il retire de son rôle, la confiance qu'il a en lui-même et les repères lui permettant d'évaluer sa propre conduite.
- ❖ Tenir compte de l'accumulation des obstacles – petits ou grands; objectifs ou subjectifs – qui encombre, alourdit et complexifie l'exercice de leur rôle au quotidien. Ainsi, on peut penser que toute action de soutien qui contribue à diminuer des obstacles ou à négocier plus efficacement avec ceux-ci aura un effet bénéfique pour les pères concernés.
- ❖ Rendre disponible et renforcer une variété de ressources (personnelles, relationnelles, matérielles, etc.) essentielles à l'exercice de leur rôle. Ici encore, c'est l'accumulation des ressources – petites ou grandes; objectives ou subjectives – qui méritent d'être prise en considération et non seulement de mettre l'accent sur certaines d'entre elles.

Plusieurs initiatives de promotion/prévention et d'intervention⁶ articulent déjà leurs actions sur les éléments soulevés par une perspective de vulnérabilité universelle des pères. Pour les organisations et les acteurs qui mettent en œuvre ces initiatives, les constats de notre étude peuvent sembler « aller de soi ». Toutefois, ils constituent une validation des orientations et des stratégies d'action qu'ils ont choisi de mettre en pratique. De plus, les éléments de la présente étude peuvent servir à alimenter le cadre d'évaluation de ces initiatives pour leur permettre de rendre compte des effets de leurs actions sur la vulnérabilité universelle des pères concernés.

Conclusion

L'objectif de cette étude exploratoire était de décrire l'expérience des pères québécois à partir du concept de vulnérabilité universelle ou ordinaire qui considère que chaque père vit et doit relever des défis quotidiens dans l'exercice de son rôle. Dans cette perspective, la vulnérabilité ne constitue pas une expérience difficile vécue par certains pères, elle est l'apanage de tous les pères tout au long de leur parcours. L'aphorisme de Kierkegaard (1844/1996) s'applique admirablement pour illustrer ce qu'est la vulnérabilité universelle : ce n'est pas le chemin qui est difficile, c'est le difficile qui est le chemin. En mettant en relief trois formes de vulnérabilité universelle qui caractérisent l'exercice du rôle de père et en identifiant des déterminants de celles-ci, notre étude ouvre notamment la porte à l'introduction de cette notion dans l'élaboration et l'évaluation de politiques et programmes publics destinés aux pères du Québec.

En trame de fond de notre étude, il y a également la place qui est faite à la parole et la perspective subjective des pères eux-mêmes. Nous pensons qu'explorer la vulnérabilité universelle des pères offre une plateforme où ces derniers ont la possibilité d'exprimer les défis quotidiens qu'ils rencontrent tout autant que les moyens qu'ils prennent pour les aborder et les affronter.

Notre étude n'est pas sans présenter de limites. La première d'entre elles est le recours à une source de données n'ayant pas été planifiée pour répondre à nos questions de recherche. Ainsi, le cadrage théorique de la vulnérabilité universelle ou ordinaire s'est appliqué *a posteriori* dans la présente étude. Idéalement, ce cadrage devrait plutôt servir à identifier les données qui apparaissent les plus cohérentes avec les éléments conceptuels retenus et à

⁶ Sans être exhaustif, on peut souligner la convergence entre la perspective explorée dans notre étude et les fondements d'initiatives telles que : le réseau des maisons Oxygène (<https://maisonsoxygene.ca/>), l'initiative Relais Pères (<https://www.rvpaternite.org/services-aux-peres/relais-peres/>) et le Programme d'adaptation des pratiques aux réalités paternelles (<https://www.rvpaternite.org/programme-pappa/>).

générer des hypothèses qui peuvent être mises à l'épreuve. C'est pourquoi nous avons considéré l'étude comme étant exploratoire. Les résultats qu'elle produit doivent donc servir à alimenter d'autres recherches. Une autre limite est le recours à une seule source de données – un questionnaire en ligne qui produit des données autorapportées et transversales. Plusieurs des aspects examinés dans cette étude mériteraient de s'appuyer sur des échelles validées, une triangulation de diverses sources de données et une prise en considération de l'évolution des pères dans le temps. Le caractère exploratoire de l'étude sert toutefois à fournir des repères dans l'élaboration de recherches futures alignées sur de telles considérations. Une autre limite repose sur le plan d'échantillonnage. Comme il s'agit d'un échantillonnage de convenance, il est difficile d'estimer dans quelle mesure l'échantillon de l'étude est vraiment représentatif des pères québécois et d'identifier la présence de biais qui auraient amené une sur- ou une sous-représentation de certains groupes de pères. Il faut donc être prudent dans la généralisation des résultats de l'étude.

Références

- Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M. H. M., & Sroufe, L. A. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 235-245.
- Atkinson, L., Beitchman, J., Gonzalez, A., Young, A., Wilson, B., Escobar, M., ... Villani, V. (2015). Cumulative risk, cumulative outcome: a 20-year longitudinal study. *PloS one*, 10, e0127650. Repéré à <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127650>.
- Baldwin, S., Malone, M., Sandall, J., & Bick, D. (2018). Mental health and wellbeing during the transition to fatherhood: a systematic review of first-time fathers' experiences. *JBIR Database System Rev Implement Rep*, 16, 2118-2191. doi : 10.11124/JBISIR-2017-003773
- Belsky J. & Jaffee, S. (2006). The multiple determinants of parenting. Dans D. Cicchetti & D. J. Cohen (Éds), *Developmental psychopathology, Vol. 3 : Risk, disorder, and adaptation* (2^e éd., pp. 38-85). Hoboken, NJ : Wiley
- Cabrera, N. J., & Tamis-LeMonda, C. S (2014). *Handbook of Father Involvement: Multidisciplinary perspectives*. New York : Routledge.
- Cameron, E. E., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord*, 206, 189-203. doi : 10.1016/j.jad.2016.07.044
- Carneiro, F. A., Tasker, F., Salinas-Quiroz, F., Leal, I., & Costa, P. A. (2017). Are the fathers alright? A systematic and critical review of studies on gay and bisexual fatherhood. *Front Psychol*, 8, 1636. doi : 10.3389/fpsyg.2017.01636

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^e éd.). Hillsdale, N.J. : Lawrence Erlbaum.
- Dubeau, D., de Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C., Brodeur, N., Parent, C. ... Roy B. (2013). Soutenir les pères en contexte de vulnérabilités et leurs enfants : des services au rendez-vous, adéquats et efficaces. Rapport de recherche présenté au programme d'actions concertées du Fonds de recherche du Québec – Culture et société. Repéré à http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_DubeauD_rapport+2013_soutien+p%C3%A8res/6a51b530-65ae-476e-85e0-b3bd091babb0.
- Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*, 139, 1342–1396.
- Field, A. P. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5^e éd.). Los Angeles : Sage.
- Gagné, M. (2019a). La paternité au Québec : un état des lieux. Rapport de recherche présenté au Regroupement pour la Valorisation de la Paternité. Repéré à https://www.rvpaternite.org/wp-content/uploads/2019/02/rapport_complet_sondage2019_rvp_web.pdf.
- Gagné, M. (2019 b). Dévoilement du rapport « La paternité au Québec : un état des lieux ». Conférence d'ouverture de la Su-père conférence. Montréal.
- Garrau, M. (2018). *Politiques de la vulnérabilité*. Paris : CNRS Éditions.
- Gemayel, D. J., Wiener, K. K. K., & Saliba, A. J. (2018). Development of a conceptual framework that identifies factors and challenges impacting perinatal fathers. *Heliyon*, 4, e00694. doi : 10.1016/j.heliyon.2018.e00694
- Genesoni, L., & Tallandini, M. A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood : an analysis of the literature, 1989-2008. *Birth*, 36, 305-318. doi : 10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x
- Gentile, S., & Fusco, M. L. (2017). Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. *Psychiatry Res*, 252, 325-332. doi : 10.1016/j.psychres.2017.02.064
- Gilson, E. C. (2014). *The Ethics of Vulnerability: A feminist analysis of social life and practice*. New York : Routledge.
- Goldstein, Z., Rosen, B., Howlett, A., Anderson, M., & Herman, D. (2020). Interventions for paternal perinatal depression: A systematic review. *J Affect Disord*, 265, 505-510. doi : 10.1016/j.jad.2019.12.029
- Hamrouni, N. (2016). Ordinary Vulnerability, Institutional Androgyny and Gender Justice. Dans C. Straehle (Éd.), *Vulnerability, Autonomy, and Applied Ethics* (pp. 69-82). New York : Routledge, Coll. « Routledge Research in Applied Ethics ».
- Henry, J. B., Julion, W. A., Bounds, D. T., & Sumo, J. (2020). Fatherhood matters: An integrative review of fatherhood intervention research. *J Sch Nurs*, 36, 19-32. doi : 10.1177/1 059 840 519 873 380
- Jazayerinezhad, N., Bostani Khalesi, Z., & Niknami, M. (2018). A systematic review of the effective factors in father's adaptation. *Shiraz E-Medical Journal*, 19, e64378. doi : 10.5812/semj.64378. doi : 10.5812/semj.64378
- Kierkegaard, S. (1844/1996). *Les miettes philosophiques*. Paris : Le Seuil.

- Krause, P. H., & Dailey, T. M. (2011). *Handbook of Parenting: Styles, stresses, and strategies*. Hauppauge, NY : Nova Science.
- Lacharité, C. (2020, février). Les déterminants de la vulnérabilité des pères revisités : une étude tirée d'un sondage auprès de pères québécois. Conférence d'ouverture de la Su-père conférence. Montréal.
- Lacharité, C., Calille, S., Pierce, T., Baker, M., & Pronovost, M. (2016). La perspective des parents sur leur expérience avec de jeunes enfants : une recherche qualitative reposant sur des groupes de discussion dans le cadre du projet Perspectives parents. Dans *Les Cahiers du CEIDEF : Vol 4*. Trois-Rivières, QC : CEIDEF/UQTR.
- Lacharité, C., Pierce, T., Calille, S., Baker, M., & Pronovost, M. (2015). Penser la parentalité au Québec : un modèle théorique et un cadre conceptuel pour l'initiative Perspectives parents. Dans *Les Cahiers du CEIDEF : Vol 3*. Trois-Rivières, QC : CEIDEF/UQTR.
- Leach, L. S., Poyser, C., Cooklin, A. R., & Giallo, R. (2016). Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review. *J Affect Disord*, 190, 675-686. doi : 10.1016/j.jad.2015.09.063
- Lee, J. Y., Knauer, H. A., Lee, S. J., MacEachern, M. P., & Garfield, C. F. (2018). Father-inclusive perinatal parent education programs: A systematic review. *Pediatrics*, 142. e20180437. doi : 10.1542/peds.2018-0437
- MSSS (2017). *Plan d'action ministériel Santé et bien-être des hommes – 2017-2022*. Québec : Gouvernement du Québec.
- MSSS (2019). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Mynarska, M., Riederer, B., Jaschinski, I., Krivanek, D., Neyer, G., & Oláh, L. (2015). *Vulnerability of families with children: Major risks, future challenges and policy recommendations*. Families and Societies Working Paper series, vol. 49. Repéré à <http://www.familiesandsocieties.eu/wp-content/uploads/2015/11/WP49MynarskaEtAl2015.pdf>.
- Olds, D. L. (2012). Improving the life chances of vulnerable children and families with prenatal and infancy support of parents: The Nurse-Family Partnership. *Psychosocial Intervention*, 21, 129-143.
- Parazelli, M., & Ruelland, I. (2017). *Autorité et gestion de l'intervention sociale : entre servitude et acte pouvoir*. Québec : PUQ.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*, 303, 1961-1969. doi : 10.1001/jama.2010.605
- Pelluchon, C. (2011) *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité : Les hommes, les animaux, la nature*. Paris : Cerf.
- Pérez, C. F., Brahm, P., Riquelme, S., Rivera, C., Jaramillo, K., & Eickhorst, A. (2017). Paternal post-partum depression: How has it been assessed? A literature review. *Mental Health & Prevention*, 7, 28-36. doi : 10.1016/j.mhp.2017.07.001
- Philpott, L. F., Leahy-Warren, P., FitzGerald, S., & Savage, E. (2017). Stress in fathers in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*, 55, 113-127. doi : 10.1016/j.midw.2017.09.016

- Philpott, L. F., Savage, E., FitzGerald, S., & Leahy-Warren, P. (2019). Anxiety in fathers in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*, 76, 54-101. doi : 10.1016/j.midw.2019.05.013
- Rominov, H., Pilkington, P. D., Giallo, R., & Whelan, T. A. (2016). A systematic review of interventions targeting paternal mental health in the perinatal period. *Infant Mental Health Journal*, 37, 289-301. doi : 10.1002/imhj.21560.
- Rutter M. (1978). Family, area and school influences in the genesis of conduct disorders. Dans L. A. Hersov, M. Berger & D. Shaffer (Éds), *Aggression and Anti-social Behavior in Childhood and Adolescence* (pp 95-113). Oxford : Pergamon.
- Scism, A. R., & Cobb, R. L. (2017). Integrative review of factors and interventions that influence early father-infant bonding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 46, 163-170. doi : 10.1016/j.jogn.2016.09.004.
- Sellenet, C. (2007). *La parentalité décryptée : pertinence et dérive d'un concept*. Paris : L'Harmattan.
- Shorey, S., & Ang, L. (2019). Experiences, needs, and perceptions of paternal involvement during the first year after their infants' birth: A meta-synthesis. *PLoS One*, 14, e0210388. doi : 10.1371/journal.pone.0210388
- Sisson, H., Jones, C., Williams, R., & Lachanudis, L. (2015). Metaethnographic synthesis of fathers' experiences of the neonatal intensive care unit environment during hospitalization of their premature infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 44, 471-480. doi : 10.1111/1552-6909.12662
- Smith, T. K., Duggan, A., Bair-Merritt, M. H., & Cox, G. (2012). Systematic review of fathers' involvement in programmes for the primary prevention of child maltreatment. *Child Abuse Review*, 21, 237-254. doi : 10.1002/car.2195
- SmithBattle, L., Phengnum, W., Shagavah, A. W., & Okawa, S. (2019). Fathering on tenuous ground: A qualitative meta-synthesis on teen fathering. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 44, 186-194. doi: 10.1097/NMC.0000000000000536
- Soulet, M. H. (2014). *Vulnérabilité : de la fragilité sociale à l'éthique de la sollicitude*. Fribourg : Academic Presse Fribourg.
- Sweeney, S., & MacBeth, A. (2016). The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*, 205, 44-59. doi : 10.1016/j.jad.2016.05.073
- Turcotte, G., Dubeau, D., Bolté, C., & Paquette, D. (2001). Pourquoi certains pères sont-ils plus engagés que d'autres auprès de leurs enfants? Une revue des déterminants de l'engagement paternel. *Revue canadienne de psychoéducation*, 30, 65-91.
- Turcotte, G., & Gaudet, J. (2009). Conditions favorables et obstacles à l'engagement paternel : un bilan des connaissances. Dans D. Dubeau, A. Devault & G. Forget (Éds), *La paternité au XXI^e siècle* (pp. 39-70). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Villeneuve, R., Lacharité, C., & Devault, A. (2019, novembre). Vulnérabilité et expérience paternelle : Constats tirés d'une enquête québécoise. Conférence sur invitation dans le cadre du colloque « Soutenir ensemble la réponse aux besoins des enfants en contexte de vulnérabilité ». Trois-Rivières.

Chapitre 11

Entre vulnérabilité et résilience : validation québécoise d'un outil d'évaluation du sentiment de compétence chez des parents québécois ayant des enfants de 5 ans ou moins

Denise Côté et Carl Lacharité

La compétence parentale

Un survol des recensions des écrits des 40 dernières années démontre que la notion de compétence parentale est non seulement une notion complexe, mais a subi les changements constants imposés par la société, les cultures, les époques, les rôles et les genres, les modes, etc. Coutu et Masse (1979) affirmaient que la compétence parentale était un concept dynamique qui échappait à toute tentative de définition théorique. Les définitions de la compétence parentale sont donc multiples et variables selon le contexte. Massé (1991; cité dans Parent et al., 2008, p.66), apporte une conception populaire de la compétence parentale, c'est-à-dire comment toute personne reconnaît un parent compétent :

Il possède les qualités humaines comme la disponibilité, l'amour et le respect; il sait être à l'écoute des besoins des enfants et est en mesure d'y répondre; il les aide à s'adapter à la société et à bien y vivre; il crée des conditions familiales favorables à leur épanouissement; et il est capable d'établir une bonne relation avec eux.

Ce qui correspond bien avec l'identification des principales composantes dans toutes les définitions recensées (Coleman & Karraker, 1997; Sellenet, 2009), soit : 1) la qualité de la relation affective; 2) l'exercice de l'autorité; 3) la réponse aux besoins des enfants; et 4) la capacité de médiation avec l'environnement.

Définition du sentiment de compétence parentale

Le sentiment de compétence parentale est une facette de la compétence parentale qui réfère davantage à la perception du parent de sa propre compétence dans son rôle de parent. Il se compose du sentiment d'auto-efficacité et du sentiment de satisfaction de la personne dans son rôle de parent.

La perception est une construction cognitive provenant de l'intégration sensorielle et des connaissances d'un individu. Ainsi, la perception du parent de sa propre compétence parentale est l'attribution d'une signification à partir d'une situation dans un contexte donné où se produisent les interactions de la dyade parent-enfant en considérant les attentes, les besoins, les expériences passées, les motivations, l'appartenance sociale, l'entourage et la culture de l'individu et de sa communauté. La perception du parent de lui-même comme parent est subjective. Le sentiment de compétence parentale influence la compétence concrète du parent au quotidien. La personne qui se sent bien comme parent (satisfaction parentale) se perçoit davantage comme un bon parent (sentiment d'auto-efficacité) et se montre habituellement plus confiante et plus efficace (Denis & Deslauriers, 2001; de Montigny & Lacharité, 2005; Ferketich & Mercer, 1995; Rogers & Matthews, 2004; Trudelle & Montambault, 1994).

De plus, le sentiment de la compétence parentale par le parent est communiqué à l'enfant, à l'autre parent ou à l'entourage à travers la conduite parentale et par les verbalisations, les attitudes et les comportements liés au rôle parental (Raïkkönen et al., 2006), d'où l'intérêt de préciser sur quels éléments les parents s'autoévaluent en termes de compétences parentales afin de ressentir un sentiment de compétence parentale et une satisfaction dans leur rôle de parent. Le sentiment de compétence parentale exerce une influence déterminante sur la qualité de l'effort consacré, ainsi que la persistance manifestée par le parent devant une difficulté dans son rôle de parent (Boisvert & Trudelle, 2002; de Montigny & Lacharité, 2005). Il est donc pertinent de bien mesurer le sentiment de compétence parentale lors de l'analyse de la situation d'une famille et de son accompagnement.

Toutefois, Giguère (1998) souligne que la subjectivité des parents en tant qu'évaluateurs de leurs propres compétences (à l'aide d'un questionnaire autorapporté) engendre un écart entre la manière dont la personne se perçoit et la manière dont elle est perçue/évaluée par d'autres personnes. Il est vrai que le fait de posséder des compétences ne génère pas pour autant un sentiment de compétence; les parents peuvent posséder des compétences et ne pas en être

conscients ou posséder des compétences et avoir des attentes trop grandes envers eux-mêmes (ayant comme répercussions la démotivation, la dévalorisation, etc.). L'évaluation des compétences parentales porte habituellement sur les caractéristiques personnelles et les attitudes des parents dans leur rôle parental ou sur des compétences plus spécifiques sorties de leur contexte d'application. De plus, ce type d'évaluation est souvent réalisée dans un contexte difficile pour les parents (Loi québécoise sur la Protection de la Jeunesse, requête de droit de garde de l'enfant devant le tribunal, présences de difficultés chez l'enfant ou l'adolescent nécessitant un service professionnel, etc.). Dans de tels cadres, l'évaluation est faite en se référant au degré de correspondance entre la performance du parent (habiletés versus rendement) et les normes sociales (représentations sociales et juridiques). Selon Budd (2001), il y a une absence de normes universellement acceptées afin d'établir réellement une compétence parentale objective considérant que la compétence parentale n'est pas un phénomène qui peut s'apprécier de façon dichotomique (absence ou présence/bon ou mauvais). Smolla (1988) souligne qu'une évaluation requiert de disposer d'une norme à laquelle les comportements sont comparés. Or, une telle norme dépend du contexte culturel dans lequel les parents évoluent. Le rôle de parent est socialement construit et la société influence les schémas parentaux en imposant un certain nombre de normes à partir desquelles les pratiques parentales sont jugées (Azar & Côté, 2002; cités dans Azar et al., 2005) d'où l'importance de profiter de l'opportunité d'une enquête à grande échelle par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) afin d'établir des normes représentatives de l'ensemble de la population des parents québécois concernant le sentiment de compétence parentale.

Dans une approche bioécologique, les facteurs de risque et de protection tant personnels (trajectoire développementale, relation parent-enfant, connaissances et informations, etc.), familiaux (relation entre les parents, alliance parentale, valorisation des rôles, structure familiale, etc.) qu'environnementaux (entourage, réseau social, milieu de travail, situation socioéconomique, discours social, etc.) ont une importance qui doit être mise en relation avec le sentiment de compétence parentale et le sentiment de satisfaction ressentis par la personne dans son rôle de parent. Ainsi, pour les parents, se sentir compétents est devenu une forme d'injonction qui découle d'un discours social qui considère que l'exercice de ce rôle repose sur un examen continu de soi. Lacharité et al. (2016) ont montré que se sentir compétent exige un travail psychologique et social quotidien et que ce sentiment reste particulièrement fragile devant les exigences imposées par la complexité des responsabilités à l'égard de leur enfant qui se développe et du partage de ces responsabilités avec d'autres personnes de leur entourage, notamment des

professionnels de l'enfance. Dès lors, l'exercice du rôle de mère et de père est façonné par de multiples facteurs de risque et de protection relevant de leurs caractéristiques individuelles, des caractéristiques de leurs enfants et des conditions dans lesquelles leur famille évolue. L'un des indicateurs qui permet d'estimer jusqu'à quel point un parent réussit ou peine à composer avec l'agencement actuel de ces facteurs dans sa vie est le sentiment de sa propre compétence. L'utilité de cet indicateur dans le processus de résilience dans l'exercice de rôle de parent repose surtout sur le relevé de Richardson (2000), des caractéristiques liées aux personnes résilientes qui recoupent plusieurs aspects déjà identifiés clairement comme importants dans l'exercice du rôle parental : l'engagement, le sens des responsabilités, le sentiment d'auto-efficacité, la capacité d'adaptation au changement (résolution de problème), avoir et réaliser ses buts personnels, démontrer une tolérance à la frustration, considérer les changements, les stress et les défis comme une opportunité. Les données d'une enquête populationnelle (Lavoie & Fontaine, 2016), réalisée auprès de parents québécois d'enfants de cinq ans ou moins, ont permis de valider une nouvelle version de *l'Échelle du sentiment de compétence parentale (ESCP)* en tant que mesure de cet indicateur. Ce chapitre a pour objectif d'explorer l'utilisation de ce questionnaire en recherche et en intervention auprès de parents de jeunes enfants de même que l'utilité de cet indicateur dans le développement des connaissances sur la vulnérabilité et la résilience dans l'exercice de rôle de parent.

L'Échelle du sentiment de compétence parentale (ÉSCP)

L'Échelle du sentiment de compétence parentale (ÉSCP) est une adaptation québécoise du *Parenting Sense Of Competence* (PSOC : Gibaud & Wallston, 1978) en version abrégée, validée lors de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans (EQEPE : Lavoie et Fontaine, 2016) menée auprès de 14 905 parents par l'ISQ. Cette enquête à l'échelle nationale souhaitait refléter l'expérience des parents sous différents aspects, dont le sentiment de compétence parentale ressenti par les parents et leur degré de satisfaction dans ce rôle. Cette opportunité nous permettait à la fois de réaliser une adaptation abrégée du PSOC et de procéder à une validation sur un échantillon dans une population normale québécoise. Il est important de souligner que cette collaboration avec l'ISQ était une occasion unique de recrutement quant à la taille de l'échantillon, étant donné que même les Universités ne sont pas en mesure de recruter autant de participants pour une recherche ($N = 14\,905$) et selon une répartition équivalente, dans le cas présent, autant de pères ($n = 7\,005$) que de mères ($n = 7\,900$) afin de bien représenter « les parents ». Les recherches s'étant penchées sur la mesure du sentiment de

compétence parentale sont caractérisées par des échantillons de convenance ou des échantillons reliés à un critère particulier (par exemple, présence d'un enfant avec un problème particulier tel qu'un trouble de l'attention ou un trouble du spectre de l'autisme ou encore des parents recevant des services particuliers tels que ceux de la protection de la jeunesse ou participant à un programme d'entraînement aux habiletés parentales). De tels échantillons, souvent de taille restreinte, ne permettent pas d'observer et de décrire le sentiment de compétence parentale dans la population générale et comportent des biais de sélection qui rendent difficile l'interprétation des résultats du questionnaire servant à mesurer ce phénomène. Ainsi, la présente étude s'appuie sur un échantillon populationnel de mères et de pères de jeunes enfants, c'est-à-dire qu'il représente adéquatement l'ensemble des parents québécois, incluant ceux qui présentent des caractéristiques distinctives telles que le fait de recevoir des services spécialisés pour eux ou leur enfant, d'être en situation de précarité socioéconomique, etc.

Pour l'équipe de chercheurs du CEIDF, adapter et valider une forme abrégée du PSOC permettait de simplifier un instrument de mesure, tout en s'assurant que ce dernier pourrait fournir rapidement des indicateurs fiables sur le sentiment de compétence parentale ressenti par les parents, pour les chercheurs et les intervenants. Le sentiment de compétence parentale est un ressenti lié à un vécu, une expérience, une auto-évaluation de la part du parent qui se divise en deux sous-échelles :

- 1) **Le sentiment d'auto-efficacité** qui renvoie à la perception qu'ont les parents de leurs capacités à jouer leur rôle auprès de leurs enfants. En d'autres termes, il mesure la confiance du parent quant à ses aptitudes et ses habiletés à répondre aux besoins de ses enfants et à résoudre les problèmes découlant de son rôle parental (Bandura, 2003; Lavoie & Fontaine, 2016; Terrisse & Trudelle, 1988). Le sentiment d'auto-efficacité fait référence à l'aspect du rôle de parent en lien avec la motivation, les ressources cognitives et des actions que nécessite l'exercice parental face aux stress quotidiens tels que l'estimation du degré de difficulté (habiletés et résolution de problème), la capacité de transfert des connaissances et des habiletés et le degré de confiance vs degré de difficulté (connaissance de son enfant, tâche éducative).
- 2) **Le sentiment de satisfaction parentale** fait référence à l'aspect subjectif du rôle de parent. Cette dimension renvoie ainsi au degré d'aisance, d'accomplissement, de frustration, de valorisation, etc., qu'ont les parents à l'égard de leur rôle auprès de leurs enfants (Lavoie

& Fontaine, 2016; Terrisse & Trudelle, 1988). Le sentiment de satisfaction parentale fait référence à l'aspect du rôle de parent en lien avec le contentement, le plaisir, un sentiment d'accomplissement à travers le rôle de parent. Une dimension qui renvoie au bien-être, au degré d'aisance, de frustration, de valorisation, de certitude versus doute, l'ambivalence, etc. qui sont ressentis dans le rôle de parent et à l'importance accordée à ce rôle.

Les étapes de validation

Le *Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)* élaboré par Gibaud-Wallston et Wanderman (1978) a fait l'objet de quelques versions et validations depuis sa création (Johnston & Mash, 1989; Ohan et al., 2000; Terrisse & Trudelle, 1988). À l'origine, le *PSOC* était constitué de 17 items subdivisés en deux sous-échelles : le sentiment d'auto-efficacité parentale (huit items) et la satisfaction parentale (neuf items). Gibaud-Wallston (1977) a construit le *PSOC* en fonction de différents facteurs qui influencent le sentiment de compétence parentale chez les nouveaux parents : les connaissances et les habiletés, la confiance en soi, la perception de son adéquation avec l'enfant, les attentes et valeurs personnelles, l'accomplissement de soi, la satisfaction personnelle, etc. La première traduction française a été réalisée par Terrisse et Trudelle (1988) et est connue sous l'appellation *Questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale*.

Dans un premier temps, les professionnels de l'ISQ ont effectué une traduction des items choisis préalablement par l'équipe de recherche, selon les règles appliquées en psychométrie soit; 1) une traduction de l'anglais au français par des professionnels en traduction, 2) une retraduction du français à l'anglais et 3) une vérification par un comité d'experts de la traduction en français. Ensuite, l'ISQ a procédé à une expérimentation pilote (2014) de l'ensemble de leur enquête ($N = 483$), incluant la version abrégée de l'Échelle du sentiment de compétence parentale (ÉSCP).

L'analyse d'items

La version québécoise abrégée est constituée de 12 items ayant conservé les deux sous-échelles : le sentiment d'auto-efficacité parentale (six items) et la satisfaction parentale (six items). Le construit est demeuré le même considérant que les items sélectionnés représentaient les dimensions déjà identifiées dans la version originale. Le Tableau 1 présente les items selon les deux sous-échelles composant l'instrument et les catégories de facteurs associés au sentiment de compétence parentale.

Les items sont associés à un choix de réponses, il s'agit d'un type de cotation plus simple et plus stable (Ebel, 1979). De plus, la cotation est plus rapide ce qui optimise considérablement le temps de passation et d'analyse des résultats.

Items	Sous-échelle	Catégories
	Sentiment d'auto-efficacité (6 items)	
1.	Je crois sincèrement avoir toutes les habiletés nécessaires pour être une bonne mère (bon père).	Habiletés – Confiance en soi
10.	Je me sens tout à fait à l'aise dans mon rôle de mère (ou de père).	Habiletés – Confiance en soi
9.	Je suis la personne la mieux placée pour savoir ce dont mon enfant a besoin.	Habiletés – Connaissances
7.	L'éducation que je donne à mon enfant est à la hauteur de mes exigences personnelles.	Attentes et valeurs personnelles
5.	Je serais un bon exemple pour une nouvelle mère (ou un nouveau père) qui voudrait apprendre à être un bon parent.	Habiletés – Confiance en soi – Transmission
2.	Les problèmes reliés à l'éducation de mon enfant sont faciles à résoudre.	Habiletés – Résolution de problème
	Sentiment de satisfaction (6 items)	
3.	Être parent peut être valorisant, mais actuellement, je me sens frustré(e) et j'ai hâte que mon enfant soit plus vieux.	Valorisation – Renforcement – Espace de liberté
4.	Lorsque je me couche le soir, j'ai l'impression de ne pas avoir accompli grand-chose.	Accomplissement personnel
12.	Mes intérêts et mes compétences se situent ailleurs que dans mon rôle de mère (ou de père).	Accomplissement personnel – Espace de liberté
8.	Quelquefois j'ai l'impression que je n'arrive pas à terminer quoi que ce soit.	Résolution de problème
6.	C'est difficile pour moi de savoir si j'agis correctement ou non avec mon enfant.	Reconnaissance de ses habiletés – Confiance en soi vs stress et anxiété
11.	Être mère (ou père) est une source de tension et d'anxiété pour moi.	Reconnaissance de ses habiletés – Confiance en soi vs stress et anxiété

Tableau 1 - Items de l'ÉSCP constitué après l'expérimentation pilote (2014)

L'échelle de type Likert est sans doute la plus connue, Gibaud-Wallston (1977) avait fait ce choix pour le PSOC soit, une échelle en six points qui oblige le répondant à prendre position étant donné l'absence d'un point central. Toutes les versions en langue anglaise ont gardé la même formulation :

1) Fortement en accord	4) Assez en désaccord
2) En accord	5) En désaccord
3) Assez en accord	6) Fortement en désaccord

Cette échelle a été adaptée dans la version française abrégée afin d'améliorer la compréhension en vertu de la langue :

1) Tout à fait d'accord	4) Légèrement en désaccord
2) Assez en accord	5) Assez en désaccord
3) Légèrement d'accord	6) Tout à fait en désaccord

L'expérimentation de l'ÉSCP

L'ÉSCP a été standardisée et validée à partir d'un échantillon de 14 905 adultes, dont 7 900 mères et 7 005 pères. Il était important de réaliser une collecte de données en proportion équivalente de pères et de mères considérant le rôle de plus en plus actif des pères auprès de leurs enfants dans la réalité de la famille actuelle. Les participants représentent 17 régions du Québec selon différentes strates d'âge et sont parents d'un enfant entre 0-5 ans. Le Tableau 2 présente quelques données sociodémographiques sur les parents ayant participé à l'enquête.

La plupart des familles sont intactes (81 %) étant donné que les parents ont un enfant âgé entre 0 à 5 ans, donc qu'ils sont au début de leur relation. Les données révèlent que les femmes se situent dans des tranches d'âge plus jeune que les hommes qui semble attendre davantage en âge pour fonder une famille. Les femmes montrent un niveau de scolarité plus élevé que les hommes.

La structure factorielle de l'ÉSCP

Il est important de souligner qu'aucune analyse n'a décelé de différence significative entre les pères et les mères ou encore selon l'âge du parent. Ce qui indique que l'analyse des résultats des répondants à l'ÉSCP sera effectuée selon les mêmes critères sans distinction en fonction de l'âge ou du genre.

Variables	%	Variables	%
<i>Âge des mères</i>		<i>Âge des pères</i>	
24 ans et moins	5,5	24 ans et moins	2
25-29 ans	18	25-29 ans	10,4
30-34 ans	35,5	30-34 ans	28,6
35-39 ans	28	35-39 ans	31,4
40 ans et plus	13	40 ans et plus	27,6
<i>Niveau de scolarité</i>		<i>Niveau de scolarité</i>	
Études secondaires non terminées	7,3	Études secondaires non terminées	10,7
Diplôme d'études secondaires	22,5	Diplôme d'études secondaires	29,6
Diplôme d'études collégiales	26,7	Diplôme d'études collégiales	22,1
Diplôme d'études universitaires	43,5	Diplôme d'études universitaires	37,6
<i>Type de structure familiale</i>		<i>Âge des enfants</i>	
Intacte	81	0-5 ans	100
Monoparentale	8	6-8 ans	30
Recomposée	11	9-12 ans	16
		13 à 17 ans	7
		18 ans et plus	2

Tableau 2 - Caractéristiques démographiques de l'échantillon de parents (N = 14 905)

Concernant l'ÉSCP, l'analyse factorielle a été reprise étant donné que certains items ont été retirés passant ainsi de 17 items à 12 items selon les coefficients des facteurs, c'est-à-dire que les cinq items retirés s'avéraient répétitifs et ne permettaient ni de préciser un facteur en particulier ou de fournir une vérification de l'inconsistance des réponses du parent (invalidation des résultats), et selon certains critères d'enquête : compréhension des items (écoute téléphonique) et temps limité de l'enquête.

Une analyse factorielle en composantes principales en quatre étapes a été réalisée afin de confirmer le maintien des deux facteurs présents dans la version originale, soit le sentiment d'auto-efficacité et le sentiment de satisfaction.

La structure factorielle de la nouvelle version abrégée témoigne d'une cohérence avec le construit théorique de base de l'instrument original. Les coefficients de saturation ont été calculés pour chaque item des deux sous-échelles (Tableau 3). Les coefficients de cette nouvelle version basés sur un échantillon de 14 900 participants varient de 0,47 à 0,70 pour les items de la sous-échelle d'*auto-efficacité* (coefficient α de 0,738) et de 0,45 à 0,73 pour les items de la sous-échelle de *satisfaction* (coefficient α de 0,778) pour une combinaison des sous-échelles sur l'échelle totale du sentiment de compétence

indiquant un coefficient α de 0,810 et un poids de variance expliquée de 46,8 %. Ces résultats corroborent les études sur le *PSOC* (Cutrona & Troutman, 1986; Johnston & Mash, 1989; Rogers & Matthews, 2004; Terrisse & Trudelle, 1988), malgré le fait que cinq items aient été retirés du questionnaire. L'instrument effectue bien son rôle, c'est-à-dire, de détecter et de dépister des indicateurs sur le sentiment de compétence parentale du répondant.

Items	Facteur 1 (auto-efficacité)	Facteur 2 (satisfaction)
Sentiment d'auto-efficacité	0,738	
1	0,697	
2	0,535	
5	0,628	
7	0,474	
9	0,546	
10	0,577	
Sentiment de satisfaction		0,778
3		0,686
4		0,734
6		0,458
8		0,634
11		0,644
12		0,445

Note. Il est à noter que les poids factoriels inférieurs à 0,40 ont été omis.

Tableau 3 - Analyse factorielle des 12 items de l'ÉSCP (N = 14 900)

L'étalonnage et la détermination des intervalles de référence

L'étalonnage est nécessaire afin d'interpréter les résultats d'une personne par rapport à une population de référence soit, les parents québécois d'enfants de 0 à 5 ans. Grâce à l'étalonnage, il est possible de construire un tableau de correspondance des scores standards afin de situer le score dans une population de référence (voir Tableau 4). L'échelle de mesure choisie en est une par intervalles selon une distribution normale. La distribution des scores obtenus par les parents ayant participé à l'EQEPE (Lavoie & Fontaine, 2016) se situe dans la partie supérieure de la distribution, c'est-à-dire que les parents québécois ressentent un bon sentiment de compétence parentale. Pour construire les intervalles, la somme des réponses sur une échelle à six points (de *tout à fait en accord* à *tout à fait en désaccord*) a d'abord été calculée à partir de l'ensemble des questions composant chaque indicateur. Cette somme a ensuite été divisée par le nombre de questions pour obtenir un score moyen. Notons que les questions formulées dans des termes négatifs ont été recodées de façon à ce qu'un score moyen plus bas renvoie à un sentiment plus faible et qu'un score moyen plus haut renvoie à un sentiment plus fort. Les intervalles ont été élaborés

à partir des résultats de l'EQEPE et par des regroupements des classes établies préalablement (Lavoie & Fontaine, 2016). Les distributions pondérées des scores moyens pour chacun des trois intervalles étant concentrées dans les valeurs supérieures, celles-ci ont été divisées en trois catégories permettant d'obtenir environ 33 % de parents dans chacune d'entre elles. Ces résultats créent une distribution avec une tendance vers la droite.

Sentiment d'auto-efficacité		Sentiment de satisfaction		Sentiment de compétence	
score ≤ 28	faible	score ≤ 24	faible	score ≤ 55	faible
score 29 - 33	modéré	score 25 - 31	modéré	score 56 - 60	modéré
score ≥ 34	élevé	score ≥ 32	élevé	score ≥ 61	Élevé

Tableau 4 - Correspondance des scores permettant de les situer par rapport à la population de référence

Le calcul des scores est somme toute très simple, il s'agit d'additionner les réponses de chaque sous-échelle (regroupement à l'aide de la feuille de cotation) et ensuite d'additionner l'ensemble des réponses pour obtenir le score total.

- ❖ Σ des réponses de la sous-échelle du sentiment d'auto-efficacité (sous-total entre 6 et 36);
- ❖ Σ des réponses de la sous-échelle du sentiment de satisfaction (sous-total entre 6 et 36) – **Inversion des scores*;
- ❖ Σ de l'ensemble des réponses pour le sentiment de compétence parental (Total entre 12 à 72);
- ❖ Intervalles déterminés à partir des scores moyens et des écarts-types selon la distribution de l'échantillon sur 3 intervalles (3 classes en concordance avec l'EQEPE, Lavoie & Fontaine, 2016).

L'analyse des résultats

Au début de l'analyse, l'examineur se réfère aux intervalles d'analyse qui répartissent les scores du répondant en fonction de la population de référence pour chaque sous-échelle et le score total. Le mode d'utilisation des résultats de l'ÉSCP peut contribuer au développement des connaissances sur le rôle de parent tant en recherche qu'en intervention permettant :

- ❖ D'obtenir des indicateurs sur la perception du parent envers lui-même comme parent;

- ❖ De dépister ou détecter la présence de certaines difficultés sur le plan de la perception de soi comme parent en fonction des scores obtenus et de l'analyse des réponses;
- ❖ D'apporter une dimension plus personnelle sur la perception du répondant qui touche davantage à une auto-évaluation générale de soi dans son rôle de parent;
- ❖ D'ajouter des résultats complémentaires avec d'autres instruments (Indice de stress parental, Inventaire de l'alliance parentale, Grille d'analyse de l'alliance parentale, Évaluation des capacités parentales de Steinhauer, etc.), afin d'établir une convergence avec les résultats obtenus avec d'autres instruments.

Considérant le développement des stratégies adaptatives comme une nécessité dans le processus de résilience, le sentiment de compétence parentale peut aider le parent à faire face aux différentes situations dans son rôle de parent selon la fonction de la stratégie :

- 1) **Réduire ou tolérer** certaines situations (facteurs de risque) par une utilisation de stratégies inappropriées pour camoufler un faible sentiment de compétence parentale ou une surcharge de stress (détresse psychologique), une tendance à se discréditer face aux autres (reflet des autres – estime de soi, confiance en soi);
- 2) **Maîtriser ou maintenir** un équilibre dans certaines situations exigeant un effort devant une difficulté, une stabilité émotionnelle dans son rôle de parent, une meilleure perception dans l'analyse d'une situation;
- 3) **Favoriser une évolution** dans certaines situations en démontrant une capacité à évaluer de façon juste ses propres habiletés et ses connaissances comme parent, apprendre dans différentes expériences jugées comme difficiles, par le développement d'une bonne capacité d'autorégulation émotionnelle.

Conclusion

En conclusion, cette étude permet de mettre en relief la contribution d'un outil d'auto-évaluation du sentiment de compétence parentale à la compréhension des enjeux auxquels font face des parents de jeunes enfants. Cette contribution est, sur un premier plan, de nature conceptuelle et scientifique. Aucune étude d'envergure n'avait, jusqu'à maintenant, été réalisée pour établir le construit d'un questionnaire permettant à des mères et des pères de jeunes enfants de décrire la façon dont ils se sentent compétents dans l'exercice de leur rôle. Cette étude vient donc combler une lacune importante sur ce plan. Ainsi, les chercheurs disposent maintenant d'un outil dont on connaît

certaines des propriétés psychométriques de base pour poursuivre le développement de connaissances sur l'expérience parentale, en particulier sur ce qui contribue à fragiliser ou encore à soutenir et renforcer leur capacité à se sentir compétent dans l'exercice de leur rôle. Sur un second plan, la contribution de cette étude est de nature appliquée. Aucun repère normatif, basé sur un large échantillon représentatif de la population des mères et des pères québécois, n'était disponible pour situer la description qu'un parent fait de son sentiment de compétence parentale par rapport à cette population. Cette étude propose de tels repères permettant d'interpréter de manière valide des scores individuels, ce qui ouvre diverses possibilités d'application de l'ÉSCP dans le cadre d'actions de type préventif ou d'interventions auprès de parents de jeunes enfants. On peut penser notamment à l'utilisation de l'ÉSCP dans l'établissement d'objectifs d'intervention individuelle auprès de mères de jeunes enfants suivies par les services de protection de la jeunesse, objectifs qui ne doivent pas uniquement tenir compte de l'évaluation professionnelle de leurs compétences, mais aussi de leur propre perspective sur le sujet. On peut aussi penser à l'utilisation de ce questionnaire dans le cadre du développement et de l'évaluation d'un programme de prévention des difficultés parentales auprès de pères de jeunes enfants exposés à des facteurs de risques socioéconomiques ou à la suite d'une séparation conjugale.

Références

- Azar, S. T., Nix, R. L., & Makin-Byrd, K. N. (2005). Parenting schemas and the process of change. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 45-58.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : Éditions De Boeck Université Mailys Rondier.
- Boisvert, F., & Trudelle, D. (2002). Être parent en milieu défavorisé : de la compétence au sentiment d'impuissance. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 6, 87-107.
- Budd, K.S. (2001). Assessing parenting competence in child protection cases: A clinical practice model. *Clinical child and family Psychology Review*, 4, 1-18.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1997). Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. *Development Review*, 18, 47-85.
- Coutu, G., & Masse, A. (1979). De l'incompétence à la compétence parentale. *Cahiers pédopsychiatriques*, 12, 7-25.
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507-1518.

- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy : Concept analysis. *Journal of advanced Nursing*, 49, 387-396.
- Denis, N., & Deslauriers, J. P. (2001). L'intervention de groupe auprès des mères adolescentes : évaluation d'un programme de prévention. *Intervention*, 113, 57-65.
- Ebel, L.R. (1979). The role of testing in basic education. *Journal indexing and Metrics*, 63, 89-93.
- Ferketich, S.L., & Mercer, S.L. (1995). Predictors of role competence for experienced and inexperienced fathers. *Nursing Research*, 44, 89-95.
- Gibaud-Wallston, J. (1977). *Self-esteem and situational stress: factors related to sense of competence in new parents*. (Dissertation). USA : University of Rhode Island.
- Gibaud-Wallston, J., & Wandersman, L.P. (1978, August). *Development and utility of the Parenting Sense of Competence Scale*. – Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Giguère, V. (1998). *Les représentations de la compétence parentale de parents de nourrissons vivant en situation de grande pauvreté*. (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal, Montréal,
- Johnston, C., & Mash, E.J. (1989). A Measure of Parenting Satisfaction and Efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167-175.
- Lacharité, C., Calille, S., Pierce, T., Baker, M., & Pronovost, M. (2016). La perspective des parents sur leur expérience avec de jeunes enfants : une recherche qualitative reposant sur des groupes de discussion dans le cadre de l'initiative Perspectives parents. Dans *Les Cahiers du CEIDEF : Vol. 4*. Trois-Rivières, QC : CEIDEF/UQTR.
- Lavoie, A., & Fontaine, C. (2016). Mieux connaître la parentalité au Québec. Un portrait à partir de l'*Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*. Québec : Institut de la statistique du Québec. Repéré à www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/environnement.../eqepe.pdf
- Ohan, J.L., Leung D.W., & Johnston, C. (2000). The parenting sense of competence scale : evidence of a stable factor structure and validity. *Canadien Journal of Behavioural Science*, 32, 251-261.
- Parent, C., Drapeau, S., Brousseau, M., & Pouliot, È. (2008). *Visages multiples de la parentalité*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université du Québec.
- Raïkkönen, K., Pesonen, A.-K., Heinonen, K., Komsu, N., Järvenpää, A.-L., & Strandberg, T. E. (2006). Stressed Parents: A Dyadic Perspective on Perceived Infant Temperament, *Infant and Child Development*, 15, 75-87.
- Richardson, G.E. (2000). The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58, 307-321.
- Rogers, H., & Matthews, J. (2004). The parenting sense of competence scale: Investigation of the factor structure, reliability, and validity for Australian sample. *Australian Psychologist*, 39, 88-96.
- Sellenet, C. (2009). Approche critique de la notion de compétences parentales. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 2, 95-116.

- Smolla, N. (1988). *La transition à la parentalité : impact du soutien social, de l'évaluation de stressseurs et du tempérament du bébé sur le stress maternel*. (Thèse de doctorat). Université Laval, Québec.
- Terrisse, B., & Trudelle, D. (1988). *Le questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative (Q.A.E.C.E.P.). Adaptation et traduction du « Parenting Sense of Competence Scale »*. Groupe de recherche en adaptation scolaire et sociale, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada.
- Trudelle, D., & Montambault, E. (1994). Le sentiment de compétence parentale chez les parents d'enfants d'âge préscolaire. *Service social*, 43, 47-62.

Chapitre 12

L'accueil du jeune enfant des parents en situation de pauvreté : quelles vulnérabilités?

Marianne Modak, Chantal Zaouche-Gaudron et Gilles Séraphin

Introduction

Dans le cadre d'un État des savoirs commandité par la Caisse Nationale des Allocations Familiales, Zaouche-Gaudron et ses collaborateurs (2021) ont recensé la littérature française et internationale des 10 dernières années portant sur les modes d'accueil¹, entre 0 et 3 ans, des enfants en situation de pauvreté et de précarité. Ce chapitre reprend, selon une structuration différente, la thématique d'une des parties de ce rapport intitulée « *Délégation, externalisation par les parents du jeune enfant en situation de pauvreté* ». Cette partie met la focale sur les environnements familiaux de l'enfant, elle s'inspire d'études en sociologie de la famille pour l'essentiel, afin de comprendre pourquoi, ou plutôt comment, les pères et mères, voire les beaux-pères et belles-mères de milieux populaires ne recourent pas, ou nettement moins, aux structures d'accueil dit « formel », comparativement aux parents de milieux plus favorisés, et mobilisent, de ce fait, différents modes de bricolages.²

Avant cela, on rappellera qu'en France, pour assurer l'accueil de leur enfant âgé de quelques mois à 3 ans, les parents ont théoriquement la possibilité de recourir à différentes solutions et de les combiner. L'accueil « formel » fait référence aux structures collectives (Établissement d'Accueil du Jeune Enfant-

¹ Contrairement au Québec, qui utilise l'expression « services de garde » pour désigner les modes d'accueil « formel » et, au sens juridique, l'endroit où réside un enfant, chez le ou les parents qui en ont la garde, la France, depuis 1982, a remplacé le terme de « garde » par celui d'« accueil ». En Suisse, la définition est loin d'être unifiée, elle varie selon les cantons (Fédéralisme oblige). En Suisse romande, on utilise plutôt le terme « accueil extrafamilial et extrascolaire » (Spack & Meyer, 2020). Selon ces auteurs, ce flou des définitions est un frein à la légitimité de ce secteur.

² Le terme de « bricolage » introduit quatre idées : 1) la délégation de la garde du jeune enfant en direction de tiers dépend d'arbitrages entre ces tiers et les parents; 2) les mères en portent la responsabilité; 3) un seul mode d'accueil est d'autant moins suffisant que le rapport à l'emploi des parents est caractérisé notamment par des flexibilités horaires; 4) il faut analyser l'accueil sous une forme plurielle, à travers la circulation de l'enfant entre différents modes d'accueil, celle-ci étant plus ou moins aisée en fonction de l'appartenance de classe de ses parents.

EAJE), aux modes d'accueil individuels (accueil à domicile et assistante maternelle), aux prises en charge familiales (congrés dits parentaux partiellement subventionnés). Quant à l'accueil « informel », il sollicite les femmes de la parenté (grands-mères, sœurs, etc.) et des réseaux personnels (amies, voisines) qui opèrent à titre subsidiaire du secteur « formel ». Dans les faits, cependant, les résultats chiffrés recueillis dans les enquêtes les plus récentes montrent un rapport des familles à l'accueil beaucoup plus disparate. Premièrement, environ 6 enfants de moins de 3 ans sur 10 sont entièrement pris en charge au sein de leur famille, essentiellement par leur mère en retrait de l'emploi³. Deuxièmement, ces mêmes enquêtes mettent en évidence une fréquentation différentielle des modes d'accueil « formel » et « informel » par les enfants, cela en raison de différents facteurs, notamment la situation de l'emploi des pères et mères, leur revenu et la configuration familiale bi- ou monoparentale; les enfants de parents en situation de pauvreté sont moins nombreux comparativement à bénéficier des structures d'accueil « formel », que privilégient les familles les plus favorisées, et ils sont dirigés vers l'accueil « informel ». Troisièmement, cet accueil mobilise les femmes, en tant que « pivot des solidarités familiales » (Modak et al., 2018).

En France, des politiques d'accueil universalistes ne semblent donc pas réduire la forte différenciation de fréquentation des modes d'accueil, reproduisant les inégalités entre milieux sociaux et entre sexes. Les mères pauvres payent un prix fort à la maternité en termes d'un moindre accès à l'emploi, et leurs enfants voient leurs chances d'épanouissement et d'intégration réduites. Par exemple, Berger, Panico et Solaz (2019) suggèrent que la fréquentation de la crèche⁴ induit un avantage significatif, du moins en termes de développement langagier et moteur, et cet impact positif est un peu plus important pour les enfants issus d'un ménage défavorisé⁵. Ainsi, l'apprentissage du langage peut constituer un levier efficace de réduction des inégalités liées à l'origine sociale⁶. De tels constats, que le rapport précité examine en détail, à la fois dans leur portée empirique et leur validité, ont été établis hors de France également, dans le cadre de vastes enquêtes (*surveys*) internationales (par exemple, aux USA, en Australie, en Nouvelle-Zélande). Ces enquêtes convergent

³ Selon les données de l'enquête française « *Modes de garde et d'Accueil Jeune Enfant* » (DRESS) (2013). Cette statistique étonnera bien des Québécois qui, depuis plus de 20 ans, bénéficient de « garderies » à contribution réduite. En Suisse, un pays qui, contrairement à la France, ne se caractérise pas par une politique familiale développée, seuls 68 % de ménages familiaux avec un enfant de moins de 13 ans, recouraient en 2018 à l'accueil extra-familial, dont un quart exclusivement à l'entourage (Office fédéral de la statistique, 2020)

⁴ Il s'agit du terme couramment employé en Europe francophone pour désigner ce qu'au Québec, on appelle « service de garde », « garderie » ou « centre de la petite enfance ».

⁵ Des résultats similaires figurent chez Geoffroy et al. (2010).

⁶ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_annonce_strategie_v26_pages.pdf

non seulement pour attester l'effet positif de la fréquentation d'un lieu d'accueil formel sur les compétences/capacités cognitives de l'enfant, mais elles montrent également que cet effet est plus fort sur les enfants de familles en situation de pauvreté. Réciproquement, nous n'avons pas repéré le même type d'enquêtes, avec une portée empirique semblable s'intéressant aux effets de l'accueil informel : les réseaux de proches pourraient-ils avoir des effets positifs sur le développement des enfants ou au contraire reproduire leur vulnérabilité? Mais là n'est pas le propos de ce chapitre, qui s'intéresse plutôt aux raisons pour lesquelles, et aux processus par lesquels, les familles en situation de pauvreté recourent plus massivement à l'accueil informel, et ce, quel que soit le pays concerné par la revue de la question.

Les recherches internationales⁷, de type *survey* ou enquêtes ethnographiques, toutes réalisées auprès des mères, montrent de solides corrélations entre un faible recours aux dispositifs formels d'accueil de l'enfant, un statut socio-économique défavorisé notamment par des emplois atypiques et leur situation de monoparentalité; et certaines études montrent également que des variables intermédiaires, telles les valeurs et représentations du bien de l'enfant par les parents, peuvent dans une certaine mesure infléchir le (non -) recours à certaines structures d'accueil. Cependant on relève deux points aveugles caractéristiques de l'ensemble de ces études. Le premier est le manque de travaux s'intéressant à la dynamique interne des arbitrages parentaux qui orientent les décisions en matière d'externalisation de l'enfant. La notion d'externalisation recouvre ici le transfert ou la délégation, avec ou sans contrepartie financière, des tâches afférentes au prendre soin général de l'enfant en direction de modes d'accueils tels que nous les avons définis plus haut. Ces multiples formes de délégation, voulues par les parents et/ou imposées aux familles, les confrontent à différents modèles normatifs, systèmes de valeurs et conceptions de la socialisation de l'enfant, de son développement et de son bien-être, qui appellent chacun des fonctionnements familiaux et des attitudes parentales adaptés. Elles impliquent pour les parents des tâches supplémentaires, dont la répartition, qui ne va pas de soi, et questionne leur propre organisation. Par conséquent, la dynamique familiale est touchée sur trois plans au moins : 1) la *cohésion* du groupe familial face à une externalisation qui mobilise également des dimensions affectives et relationnelles; 2) la *régulation*, avec l'obligation de définir de nouvelles règles communes, égalitaires ou non, de répartition du travail domestique; 3) l'*intégration* de la famille à son environnement, dans la mesure où déléguer le soin de l'enfant, en assurer la

⁷ Elles sont développées dans le rapport précité, à titre d'exemple, on indiquera pour les États-Unis, Marcella (2014); Levine Coley et al. (2014).

coordination, le contrôler, tout comme refuser cette délégation implique un questionnement des frontières du collectif. On mesure tout l'intérêt de ce genre d'approche pour une analyse des raisons du non-recours aux accueils formels. Cependant, *s'agissant des familles en situation de pauvreté*, des études qui s'intéresseraient à la famille nucléaire comme un espace de régulation et d'arbitrage de la délégation du jeune enfant, et donc, aborderaient la question de l'accueil à partir de sa dynamique interne sont rares, voire, à notre connaissance, inexistantes. Le second point aveugle surgi de la revue de la littérature est le fait que pratiquement toutes les études répertoriées ont été réalisées auprès de populations de mères, ce qui en soi pourrait se justifier, pour autant que l'analyse s'intéresse aux vulnérabilités spécifiques qu'entraîne, pour elles, l'incompatibilité socialement construite de la maternité et de l'emploi (Hays, 1996). Cette double occultation, de la dynamique familiale et du genre dans les raisons avancées du (non -) recours aux accueils du jeune enfant n'aide probablement pas à lever certains obstacles dans la constitution d'offres de modes d'accueil adaptés aux familles en situation de pauvreté.

Un obstacle important est peut-être de ne pas, ou de mal visualiser ces familles que la sociologie et d'autres champs disciplinaires classent parmi les fractions « basses » des classes populaires. Les trajectoires de vie des individus, caractérisées, voire déterminées par le manque de ressources économiques, engendrent une « *une vulnérabilité significative* » découlant de ruptures multiples (séparations, chômage, migration) qui ont « *un impact important sur leurs possibilités de formation et donc leur employabilité.* » (Widmer et al., 2016, p. 65). Les fonctionnements propres à ces collectifs familiaux sont ainsi caractérisés par de fortes difficultés matérielles d'existence, qui les poussent à se fermer à leur environnement⁸ et impactent différemment les hommes et les femmes. Les trajectoires féminines étant caractérisées par différents aléas sexués « *scolarité écourtée, maternité précoce, emplois partiels et horaires décalés ou inactivité* » (Cartier et al., 2018, p. 79), cela renforce l'assignation des mères au travail domestique et à l'enfant et la représentation positive qu'elles se font du rôle maternel comme un rôle exclusif, pratiquement incompatible avec l'emploi, même si, *in fine*, elles n'ont pas vraiment le « choix » de « travailler » ou non. Cette absence de « choix » caractérise les mères élevant seules leur enfant qui, en comparaison aux mères en couple, utilisent plus souvent à la fois des modes d'accueil hors de la parentèle (60,1 % vs 44,6 %) et

⁸ Voir à ce propos les typologies systémiques de l'école genevoise de sociologie de la famille (Kellerhals et al., 1984; Kellerhals et al., 2003), qui montrent, pour les familles de milieux populaires des fonctionnements portés sur la fusion interne et la fermeture à l'environnement. Dans la recherche conduite sous la responsabilité de Zaouche-Gaudron, les mêmes conclusions concernant les rapports de genre au sein de la famille avaient été émises (Zaouch-Gaudron et al, 2006a; 2006b).

l'accueil par les membres de la parenté (grands-parents) (29 % vs 16 %) (Kim & Gallien, 2016). Une autre raison pour laquelle, dans ces familles, est privilégié l'accueil informel auprès de femmes – grands-mères ou sœurs, voisines – pourrait s'expliquer par le fait de partager la même conception de la maternité et de l'éducation d'un enfant. Cette proximité n'existe probablement pas dans le cadre des accueils formels : si les professionnelles sont aussi des femmes, et probablement des mères aussi, elles ne partagent vraisemblablement pas la même culture éducative; ce fait peut se cumuler, pour les parents en situation de pauvreté, avec le risque de ne pas avoir le choix de la structure d'accueil.

L'accessibilité à un mode d'accueil de qualité est cruciale pour toutes les familles, elle l'est davantage sans doute lorsque la pauvreté impacte la possibilité de véritablement choisir ses accueils, et le risque est élevé que les enfants de familles en situation de pauvreté, lorsqu'ils ont recours aux structures d'accueil formel, se retrouvent dans des lieux de moindre qualité et qui ne répondent pas à leurs besoins spécifiques. C'est ce que l'étude de Stahl, Schobera et Spiessa (2017) documente pour la situation allemande. En Allemagne, le marché des modes d'accueil (*ECEC, Early Childhood Education and Care Center*) est « libre et ouvert » : par conséquent, en 2015, moment de l'étude, 33 % des enfants de moins de 3 ans et 95 % âgés entre 3 et 5 ans fréquentaient un ECEC et seuls 10 % des parents de l'échantillon n'avaient pas pu accéder à la structure d'accueil de leur choix, par manque de place. Mais ces structures ne satisfont pas toutes aux critères de qualité exigés. L'étude analyse les facteurs déterminant l'orientation des enfants vers des crèches de moindre qualité : typiquement, chez les parents en situation de pauvreté, l'impossibilité de faire des choix en raison de leur connaissance limitée du marché des crèches, ainsi que de leur fonctionnement interne (formation du personnel; qualité des équipements; degré de motivation et de satisfaction des équipes professionnelles, par exemple). L'étude précise que cette non-connaissance concerne principalement les parents en contexte de vulnérabilité, issus de la migration et peu diplômés; ce point est important, il souligne que la sous-information dont il est question ici n'impacte pas seulement les enfants « simplement » pauvres, ou vivant « simplement » en famille monoparentale, mais certaines formes de désaffiliation. Les chercheuses en déduisent que le niveau de connaissances et les réseaux sociaux des parents, dont l'absence est un facteur de vulnérabilité, sont plus déterminants que les ressources financières pour orienter le processus de choix d'un mode d'accueil (et pour ne pas choisir, simplement, la crèche qui est la plus proche du domicile). En conclusion, cette recherche montre que si les enfants en situation de pauvreté ne reçoivent pas la même qualité de soins que les enfants favorisés, c'est largement dû au fait qu'ils ne fréquentent pas les mêmes structures, à cause de choix parentaux tronqués ou impossibles, faute de pouvoir en évaluer la qualité.

Selon les auteures, en Allemagne, les informations pour effectuer cette évaluation ne sont pas clairement accessibles aux parents défavorisés.

Parmi les éléments contribuant à la qualité des modes d'accueil pourrait figurer leur capacité d'intégrer les parents en situation de pauvreté. Une expérience de recherche-action réalisée en Belgique (Vandenbroeck & Geens, 2016; Vandenbroeck & Vandekerckhove, 2016) a montré sur le long terme qu'une structure ouverte à la réalisation de partenariats entre professionnels et parents est jugée positivement par ces pères et mères qui ont fait le pas de l'intégrer, donnant raison aux chercheurs et professionnels à l'initiative de l'expérience. Ils avaient fait l'hypothèse que, pour les parents les plus démunis et en situation d'exclusion, participer à la gestion de la structure d'accueil de leur enfant (partager différentes activités, ainsi que des temps de rencontre et d'échange avec les autres parents et les professionnels, voire s'impliquer dans la gouvernance de la structure), leur permettrait d'entamer une démarche d'accès aux droits et surtout d'oser s'intéresser à, puis éventuellement de s'engager dans, des activités citoyennes plus générales au sein de la cité. Ainsi, la nécessité de la « conciliation famille-travail », raison majeure, mais pas unique, de placer l'enfant en crèche, admise pour les familles de classes moyennes, gagnerait à être reconnue au même titre, mais de manière spécifique, pour les familles des *working-poor* (ou pauvreté laborieuse) souvent en souffrance d'affiliations et soumises à des emplois atypiques, irréguliers, cumulés, peu ou mal rémunérés, etc. Or, les études sur les raisons du placement en structure d'accueil ne posent pas le problème dans ces termes pour cette population, insistant plutôt sur la mission de la crèche qui, par exemple, serait de favoriser le développement de l'enfant en situation de pauvreté, souvent à titre compensatoire de présumées défaillances parentales (dont il apparaît bien délicat de dresser *a priori* le bilan complet). Mais si ces parents, et surtout ces mères, ont le sentiment que le prix à payer pour la garde de leur enfant est leur éducation à la parentalité, on imagine qu'elles hésitent à étendre aux crèches le partage éducatif de leur enfant et entrer ainsi dans la dynamique de coéducation dont Neyrand (2003, p. 38) affirme qu'elle devrait profiter aux « *enfants des familles les plus précarisées, cumulant les handicaps sociaux, et pouvant souffrir de ce fait de carences éducatives* ». Dans ses principes, la coéducation tenterait de renverser une tradition où « *les structures collectives sont encore marquées par l'idée de pallier les carences familiales, de suppléer à l'irresponsabilité parentale, d'arracher les enfants à un environnement néfaste ou douteux [et où] les collaborations avec les parents peinent à s'instaurer sur une base de réciprocité. Les formations des professionnels en portent explicitement la trace et vont de la recherche de l'alliance à la mise à l'écart des parents.* » (Chartier & Geneix, 2007, p. 39). Or, c'est bien là que le bât blesse : le modèle belge de crèche « inclusive »

qui semble satisfaire aux critères de qualité des parents l'ayant expérimenté, exige un investissement très important des professionnels, ne serait-ce que pour se faire accepter auprès des mères et pères précarisés et lourds de tout un passé de méfiance à l'égard des institutions.

De même que les raisons de l'*utilisation* des structures d'accueil par les parents ne sont pas l'objet d'investigations, tant cela semble aller de soi (!), les raisons de leur *non-utilisation* ne sont pas plus étudiées, en particulier parmi les sous-utilisateurs que sont les parents de milieux populaires. Pourquoi ces parents, et les mères en particulier, ne se saisissent-ils pas des structures d'accueil formel, alors que, vraisemblablement, ils sont en mesure d'en comprendre les apports positifs pour leur enfant (cela même s'ils ne saisissent pas complètement les missions et les objectifs des EAJE)? Pour expliquer, ou tenter d'expliquer, ce faible recours, il faudrait disposer d'études qui s'intéressent, spécifiquement pour ces familles confrontées à la précarité – emplois précaires, horaires atypiques, normes de parentalité qui interviennent à des titres divers en pilotage, renforcement, voire en substitution de l'action parentale – aux dynamiques internes de négociation et d'arbitrage auxquelles les parents doivent se plier pour déléguer une partie de leur travail éducatif et de soin vers des agents extérieurs à la famille nucléaire. Or, dans une société où l'injonction à la maternité est une norme forte, et où le statut maternel est un des rares supports d'identité positive pour des mères précarisées, confier son enfant à l'accueil formel pourrait mettre au jour une vulnérabilité, à savoir un « *état d'impuissance relative qu'il n'est pas nécessairement possible de dépasser ou neutraliser* » (Garrau, 2011).

Quelques sources de vulnérabilité que soulève le recours
aux accueils formels

Selon l'appel à textes du présent ouvrage collectif, « *évoquer la vulnérabilité dans la vie d'un enfant ou de ses parents, c'est nécessairement considérer les défis qu'ils doivent relever au quotidien tout autant que le potentiel de résilience qui s'offre à eux.* » (p. 1). On aimerait explorer ici l'idée que l'accueil formel, parce qu'il dévoile des fragilités spécifiques (par exemple, disqualification, déni de reconnaissance; bricolages compliqués; réactivation des hiérarchies de classe par les institutions d'accueil) peut constituer une autre épreuve de vulnérabilité que certaines familles tenteraient, par conséquent, d'éviter. On examine ici la description par Ahfir (2015, p. 43), d'une situation de « *dérobades* » des parents – discontinuité du suivi, manquement aux rendez-vous avec les professionnels, esquiver les problèmes – face aux dispositifs de soins et d'aide que leur proposent les professionnels en crèche. Ces divers

manquements constituent autant de formes de résistance douce, qui selon les équipes sabotent le travail thérapeutique. Le texte évoque une intervention en crèche auprès de jeunes parents désespérés face aux problèmes que posent leurs jumelles, grandes prématurées. L'intervention professionnelle qui leur est proposée les trouve d'abord enthousiastes. Dans un premier temps seulement, car l'auteure explique, qu'ensuite « *nous avons été confrontés à cette impression de les perdre, de voir échouer toutes les prises en charge proposées et, enfin, dans un troisième temps, nous retrouvons des parents prêts à retravailler avec les équipes comme si rien ne s'était passé.* » (p. 44). Progressivement, les parents se sont complètement retirés, le travail thérapeutique n'a pas pu se dérouler, les enfants ont été placés pour cause de violences et de carences éducatives. L'auteure n'explique pas les raisons de cette abdication des parents. Il sera intéressant de la rapporter à « *la normativité propre à chaque milieu social* » (Geay, 2017), comme on le verra plus loin.

Intensification du travail domestique

Le fait de déléguer l'enfant hors du groupe familial implique pour les parents des tâches supplémentaires à se répartir. Ou non! cette seconde possibilité étant la plus probable dans le contexte de division sexuée du travail qui caractérise la production d'enfant. Ainsi, le renforcement des inégalités de genre et l'affrontement à des tâches nouvelles questionnent l'organisation et la dynamique familiales décrites plus haut. La famille doit se positionner face aux pratiques et aux normes dominantes prônées par les structures d'accueil, et également définir ses domaines d'intégration prioritaires. Ce travail dit improductif ou gratuit, et féminin, est généralement invisibilisé, car assumé comme allant de soi alors qu'il impacte considérablement l'accès à l'emploi des mères en situation de pauvreté : « *C'est pas possible, de travailler les deux. C'est pas possible pour elle de travailler* » (Citation, homme ouvrier, dans Widmer et al., 2016, p. 27). Position que confirment d'autres études, en particulier celle de Abjean (2015) auprès de mères vivant en monoparentalité, même si, chez elles, ne pas se séparer de leur enfant n'est qu'un vœu; et celle de Stettinger (2018) qui, au travers de son enquête, montre que les mères de milieu populaire monopolisent l'éducation de l'enfant, revendiquent de s'en occuper entièrement, c'est-à-dire de « tout faire » : cuire les légumes, cadrer le coucher, assurer les devoirs, être totalement présentes; « *c'est mes filles (...) je les assume à 200 %! C'est mon rôle de mère! Ça, ça fait partie de moi, hein!* » (p. 89). Pour ces mères de famille populaire, impliquer des pères distants à l'égard du travail domestique apparaît comme une tâche en plus, plutôt qu'un allègement de leur travail. Elles semblent donc renoncer à les solliciter. Pour autant, comment expliquer ce renoncement, alors que la participation des pères est une norme

forte du soutien à la parentalité⁹? Il est intéressant de citer ici une vaste enquête étatsunienne d'England et Srivastava (2013), conduite durant les années 2003 à 2011, qui présente un résultat surprenant, compte tenu de ce qui précède. Les pères et mères à fort capital scolaire et en emploi à plein temps appartenant aux classes moyennes à supérieures passent, les deux, plus de temps avec leur enfant (*child care*), que les pères – et même les mères! – de milieux populaires; et ce temps est pris sur le temps personnel auquel chaque parent renonce pour l'enfant. Cette nouvelle centration sur l'enfant s'effectue au nom de la *norme de parentalité intensive* qui en pratique ne pèse que sur les mères, et dans tous les milieux. Mais les mères culturellement favorisées et en emploi, à la différence de celles des milieux populaires, disposent de plus de moyens, dans la conciliation conjugale, pour négocier, voire imposer, cette norme aux pères. Elles la négocient et/ou l'imposent non pas pour partager, et donc alléger leur travail ménager (que ces couples ont, en général, les moyens d'externaliser), mais précisément au nom de ce parentage *intensif* censé maintenant mobiliser les deux parents de manière égalitaire (ce que les mères de milieux populaires n'ont guère les moyens de réaliser).

La flexibilité de l'emploi ajoute un coût qui se répercute sur les familles. Celles-ci, pour s'en sortir, recourent à des systèmes de garde autres, au sein de la parenté ou entre proches, qui restent dans l'ombre et sont peu documentés. La gestion familiale de ces « bricolages » risque pourtant de devenir de plus en plus importante : jusqu'où l'invention de solutions de garde peut-elle se déployer et à quel moment devient-elle trop complexe, risquant de mettre en péril la dynamique familiale? Ces externalisations, nous l'avons suggéré plus haut, impliquent des tâches supplémentaires d'organisation : quelles sont-elles, comment s'articulent-elles aux autres tâches domestiques? Nous relevons encore une fois que rares sont les études qui mettent en lien l'externalisation de l'enfant avec le fonctionnement interne des familles. Et le travail des mères...

Emplois atypiques et instabilité des modes de garde

Certaines études confirment la plus forte prévalence des changements de modes de garde chez les enfants en contexte de pauvreté. Menée aux États-Unis, celle de Kim et Gallien (2016) montre que si les mères seules de milieux populaires font significativement plus souvent recours aux structures d'accueil

⁹ Cf. par exemple, récemment : en France, la dernière proposition de loi faisant passer le congé paternel de 14 jours à 28 jours dont une semaine obligatoire; en Suisse selon la « votation » populaire du 27 septembre 2020, le principe du congé paternité est accepté : les pères auront droit à dix jours de congé (deux semaines) à la naissance de leur enfant dès le 1er janvier 2021.

externes que les mères en couple de même niveau socioéconomique – et que les ménages à hauts revenus – elles font également plus souvent face à la nécessité de procéder à des changements de garde de dernière minute, avec le surcroît de stress qui s'en suit. La précarité et la courte durée des emplois, ainsi que le caractère irrégulier des horaires vécus par les parents de milieux populaires pourraient ainsi expliquer en partie les préférences parentales d'externalisation de l'enfant en direction des accueils informels que l'on sait plus souples. Il est cependant fort probable que, pour beaucoup d'enfants et de parents, il n'existe pas de structures d'accueil *ad hoc* parfaitement adaptées, ce qui nécessite un certain nombre d'ajustements, plus ou moins supportables pour l'enfant. La revue de la littérature effectuée aux États-Unis par Speirs, Vesely et Roy (2015) atteste des effets néfastes de l'instabilité, définie à travers les changements de modes d'accueil – passant de la famille nucléaire vers des structures extérieures – sur le développement de l'enfant : difficulté de former des attachements sécurisants, avec un effet exacerbé chez les enfants de familles pauvres qui est associé à une compréhension langagière diminuée de l'enfant. Cette recherche s'intéresse également aux effets de l'instabilité sur les parents, en particulier le rapport à l'emploi des mères à bas revenus. L'étude ethnographique repose sur les récits de 36 mères élevant seules leur enfant, pauvres pour la plupart; les chercheurs identifient plusieurs types d'instabilité consécutive à différents changements : du mode d'accueil (informel versus formel); du personnel et des personnes en charge de l'enfant; de la composition des groupes d'enfants; des routines quotidiennes; des lieux d'accueils. De tels changements peuvent se dérouler sur une journée ou sur une semaine. L'instabilité est donc plurielle et l'intérêt des observations effectuées est de montrer que les effets qu'elle peut induire varient selon que les changements des modes de garde sont *imposés*, *proposés* ou *évités* aux mères. Il ressort des analyses quatre modes d'instabilité : les « *transitions planifiées* » (*planned transitions*) concernent des situations où les mères vivent un changement qui constitue un véritable support pour elle : il a été planifié, il est pensé en fonction de leurs horaires de travail, il laisse du temps aux mères. Les « *transitions ratées* » (*failed transitions*) concernent des situations où les mères sont dans un mode d'accueil qui ne leur convient pas; elles désirent en changer, sans y parvenir. Les « *transitions évitées* » (*averted transitions*) concernent des mères vivant un mode d'accueil stable qui leur procure un réel soutien; le fait de pouvoir éviter d'en changer leur convient (pour l'enfant, pour l'emploi). Quant aux « *transitions forcées* » (*forced transitions*), elles définissent une situation dans laquelle des mères satisfaites de leur mode d'accueil doivent pourtant en changer, contre leur volonté. Les deux derniers types de transitions découlent de facteurs liés aussi bien au pourvoyeur de garde qu'aux mères elles-mêmes : par exemple, le fait que les structures refusent un enfant; réciproquement, le fait que certaines mères ne sachent pas remplir les

documents *ad hoc* (la dématérialisation des démarches aggravant leurs difficultés) pour que l'enfant accède à la structure. En conclusion, ces résultats bousculent quelques lieux communs affirmant les effets systématiquement délétères des transitions et ils démontrent l'importance d'études qualitatives par entretiens approfondis auprès des intéressées. L'instabilité en soi n'est pas toujours négative, de même que la stabilité n'est pas toujours favorable, mais dépend de la nature et de la qualité des transitions et de la façon dont elles sont pensées et réalisées. Ainsi, les mères pauvres ne subissent pas toujours ou systématiquement une instabilité négative : l'étude indique que certaines d'entre elles étaient en mesure de planifier des transitions positives, d'autres s'en montraient incapables, quand bien même elles savaient que cela aurait été bon pour elles et l'enfant. Bref, ni fatalisme ni autonomie absolue dans ces choix maternels. Il resterait à mieux connaître pourquoi et comment une mère maîtrise ou non ces processus. La documentation des *transitions*, ainsi que des *cumuls* de modes d'accueil est enrichie par l'étude française de Francou, Panico et Solaz (2017) qui interroge des parents sur tous les modes d'accueil vécus (par mois) par leur enfant depuis sa naissance jusqu'à la date de l'enquête. Cinq modes d'accueil ressortent de celle-ci : parents (35 %), mode informel (grands-parents, 7 %), mode individuel (29 %), mode collectif et école (19 %). Les parents ont la possibilité de déclarer plusieurs modes d'accueil par mois, ce qui permet aux chercheurs de repérer : a) les enfants qui expérimentent plusieurs changements de modes de garde (15 % en moyenne, avec un taux plus élevé chez les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées); b) à quelle étape du parcours de vie de l'enfant (depuis la naissance jusqu'à 6 ans) ces changements ont lieu; ils sont plus fréquents en début (époque des « *tâtonnements possibles avant l'accès à un mode de garde stable* ») et en fin de parcours (« *entrée à l'école* ») (p. 133); c) les cumuls de modes d'accueil sur un mois, peu fréquents au début, en augmentation avec l'âge de l'enfant. L'article ne précise pas le lien avec l'emploi des parents, or, comme déjà souligné, la désynchronisation des horaires dans l'emploi, notamment le travail du dimanche en augmentation en France (Lesnard & Boulín, 2017) qui accentue le processus de désynchronisation des temps sociaux à l'échelle de la famille des travailleurs et travailleuses pauvres, ne facilite pas la stabilité des modes de garde, encore moins l'accès à des transitions réussies.

Méfiance à l'égard des institutions

Selon Lacharité (2015)¹⁰, l'approche par les besoins fondamentaux de l'enfant – parce qu'il s'agit d'une approche, c'est-à-dire d'une façon particulière d'entrer en relation avec lui – exige d'interroger constamment les repères normatifs utilisés dans divers cadres de services. Ceux-ci, trop souvent, attribuent le « dire vrai » à propos de l'enfant à certains acteurs spécialisés, contribuent à former une image en creux de l'enfant qui met l'accent sur les écarts à la norme, réduisent, voire annulent, le dialogue entre les personnes s'occupant de lui au quotidien et attribuent à celles-ci une position d'exécutantes d'actions qui sont élaborées à distance. Dans cette confrontation de systèmes normatifs, les parents en situation de pauvreté risquent d'être perdants. La différence profonde entre familles et institutions à propos des valeurs à transmettre s'exprime dès la maternelle entre professionnels et familles (Darmon, 2001), et se manifeste par la forte distance ou réticence aux modes d'accueil collectifs par les familles populaires (Geay, 2017). Sans sous-estimer les raisons économiques qui interviennent dans le choix de garder soi-même son enfant, Geay (2017) souligne « *la normativité propre à chaque milieu social, notamment pour mieux comprendre les relations avec les professionnels* » (p. 310). La mobilisation de modèles éducatifs propres fait « *l'objet, de part et d'autre, de prescriptions, de jugements et de perceptions des jugements explicites ou implicites que l'autre porte sur vos propres compétences* ». Les rapports à la crèche peuvent donc être particulièrement bouleversants pour les familles de milieux populaires. Celles rencontrées par Widmer et al. (2016, p. 60) se caractérisent par leur méfiance à l'égard des institutions qui disqualifient leurs pratiques éducatives, ainsi que leurs « *loisirs et goûts alimentaires ou vestimentaires, expression orale, etc. d'où une mise en retrait très fréquente* » de la part de ces parents, et leur prise de distance vis-à-vis divers services publics notamment. On imagine en effet que les ressortissants de milieux populaires sont conscients de ces jugements et de leur impuissance à les contourner, de même qu'ils sont sans doute également conscients que leur sentiment de honte pourrait être très rapidement perçu également par leurs enfants (Hédon, 2019) ce qui peut constituer au moment de choisir un mode d'accueil, une raison de trouver d'autres solutions, procurées par l'entourage proche.

¹⁰ Un des auteurs du rapport sur l'État des savoirs.

Conclusion

Si le recours différencié aux structures d'accueil formel et informel constitue bien un enjeu de développement pour l'enfant et une épreuve de vulnérabilité pour les parents en situation de pauvreté, c'est surtout la situation des mères et le collectif familial que ce chapitre a voulu mettre en évidence.

S'agissant des mères, la revue de la littérature que nous avons brièvement exposée montre leur double invisibilité : en tant que sujet des recherches, leur statut est neutralisé sous celui générique de « parent »; en tant que principales pourvoyeuses du soin à l'enfant, leur position n'est que très rarement analysée dans le cadre de la division sexuée du travail. Leur assignation au travail de soin et d'éducation de l'enfant justifierait amplement, cependant, le fait que les études sur les modes d'accueil du jeune enfant soient enrichies de leurs savoirs et de leurs expériences. Réciproquement, dans la mesure où elles sont les premières et souvent les principales interlocutrices des structures d'accueil, les professionnels gagneraient à être informés de leurs réticences et des obstacles genrés qui les conduisent au choix de certains modes d'accueil. *A fortiori* lorsque ces mères vivent, de par leur situation de pauvreté, des formes multiples de vulnérabilité, dont l'« *absence de respectabilité* » (Skeggs, 2015 [1997]). Nous reprenons ici les termes de cette auteure qui définit la situation des femmes de milieu populaire à Londres : elles « *sont exclues de nombreuses positions sur le marché du travail et dans le système éducatif; elles sont exclues des formes établies de capital culturel et des zones d'échange. Elles sont délégitimées par leur association à l'absence de respectabilité.* » (Skeggs, 2015 [1997], pp. 324-325).

S'agissant du collectif familial, l'externalisation de l'enfant vers des modes d'accueil, parce qu'elle met en question et en tension la dynamique, les valeurs, la normativité et l'organisation de la famille, parce qu'elle fragilise les identités parentales, et notamment le modèle de la « bonne » mère en proximité avec son enfant (Hochschild, 2003), expose à une méfiance de la part des parents. Méfiance qu'ils gèrent en fonction de l'économie interne de la famille et des gains ou des pertes envisagés suite à leur collaboration avec les institutions d'accueil.

La recherche sur la fréquentation des structures d'accueil du jeune enfant gagnerait à tenir compte de la dynamique interne que mobilise la décision de placer son enfant, dans la mesure où elle produit des effets contradictoires selon les milieux sociaux, creusant le fossé entre les familles inégales face à la

confrontation normative des modèles de vie familiale et aussi des savoirs experts.

Références

- Abjean, A. (2015). Familles monoparentales en situation de précarité : Quelle(s) articulation(s) entre emploi et garde des jeunes enfants? *Pour*, 225, 107-115.
- Ahfir, N. (2015). L'accueil d'une famille vulnérable en crèche. *Le Journal des psychologues*, 328, 42-46.
- Berger, L., Panico, L., & Solaz, A. (2019). The Impact of Early Center-Based Childcare Attendance on Child Development: Evidence from France. *Population Association of America (PAA) Annual meeting*, April 11-13, Austin (USA).
- Cartier, M., Letrait, M., & Sorin, M. (2018). Travail domestique : des classes populaires conservatrices? *Travail, genre et sociétés*, 39, 63-81.
- Chartier, A.-M., & Geneix, N. (2007). *Les pédagogies de la petite enfance*. Paper commissioned for the EFA Global Monitoring Report 2007, Strong foundations: early childhood care and education. United Nations. Educational, scientific and cultural organization. Repéré à <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000147448>
- Darmon, M. (2001). La socialisation, entre famille et école. Observation d'une classe de première année de maternelle. *Sociétés & représentations*, 11, 515-538.
- England, P., & Srivastava, A. (2013). Educational differences in US parents' time spent in child care: The role of culture and cross-spouse influence. *Social Science Research*, 42, 971-988.
- Francou, Q., Panico, L., & Solaz, A. (2017). De la naissance à l'école maternelle : Des parcours de mode d'accueil diversifiés. *Revue française des affaires sociales*, 2, 123-147.
- Garrau, M. (2011). *L'importance de la vulnérabilité. Essai sur la signification et les implications de la catégorie de vulnérabilité dans la philosophie morale et politique contemporaine*. (Thèse de doctorat inédite). Université Paris Ouest – Nanterre – La Défense.
- Geay, B. (2017). Les relations entre parents et professionnels de la petite enfance : Un système d'attentes et de conventions sociales. *Revue française des affaires sociales*, 2, 309-315.
- Geoffroy, M.-C.; Côté, S. M.; Giguère, C.-E.; Dionne, G.; Zelazo, P. D.; Tremblay, R. E.; Boivin, M., & Séguin, J. R. (2010). Closing the gap in academic readiness and achievement: the role of early childcare. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 1359-1367.
- Hays, S. (1996). *The Cultural Contradictions of Motherhood*. New Haven : Yale University Press.
- Hédon, C. (2019). Les enfants pauvres sont d'abord des enfants. *Après-demain*, 49, 18-20.
- Hochschild, A. (2003). *The managed Heart: Commercialization of Human Feeling, Twentieth Anniversary Edition, With a New Afterword*. Berkeley : University of California Press.
- Kellerhals, J. Troutot, P.-Y., & Lazega, E. (1984). *Microsociologie de la famille* (1^{ère} éd.). Paris : Presses Universitaires de France.

- Kellerhals, J., Widmer, E., & Levy, R. (2003). *Couples contemporains : cohésion, régulation et conflits : une enquête sociologique*. Zürich : Seismo.
- Kim, J., & Gallien, T. L. (2016). Childcare arrangements and infant feeding practices by family structure and household income among US children aged 0 to 2 years. *Maternal and Child Nutrition*, 12, 591-602.
- Lacharité, C. (2015). Les familles et la vulnérabilité : la captation institutionnelle de la parole des enfants et des parents. Dans C. Lacharité, C. Sellenet & C. Chamberland (Éds.), *La protection de l'enfance : la parole des enfants et des parents* (pp. 37-50). Québec, QC : PUQ.
- Lesnard, L., & Boulin, J.-Y. (2017). *Les batailles du dimanche. L'extension du travail dominical et ses conséquences sociales*. Paris : Presses universitaires de France.
- Levine Coley, R., Votruba-Drzal, E., Collins, M. A., & Miller, P. (2014). Selection into early education and care settings: Differences by developmental period. *Early Childhood Research Quarterly*, 29, 319-332.
- Marcella, J. L. (2014). *Who Cares for Infants and Toddlers? A Mixed Methods Study of Child Care for Low- Income Families*. (Thèse de doctorat). University of California, Los Angeles.
- Modak, M., Messant, F., Palazzo-Crettol, C., & Togni, C. (2018). Solidarités familiales? *Nouvelles Questions Féministes*, 37.
- Neyrand, G. (2003). L'évolution du regard sur la relation parentale : l'exemple de la France. *Nouvelles pratiques sociales*, 1, 27-44.
- Office fédéral de la statistique - OFS (2020). Accueil extra-familial des enfants. Enquête sur les familles et les générations - EFG Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/familles/accueil-extra-familial-enfants.html>
- Skeggs, B. (2015; version anglaise 1997). *Des femmes respectables. Classe et genre en milieu populaire*. Marseille : Agone.
- Spack, A., & Meyer, G. (2020). Accueil extrafamilial et extrascolaire des enfants. Dans J. M. Bonvin, V. Hugentobler, C. Knöpfel, P. Maeder & U. Tecklenburg (Éds.), *Dictionnaire de politique sociale suisse* (pp. 23-25). Zurich et Genève : Seismo.
- Speirs, K.E., Vesely, C. K., & Roy, K. (2015). Is stability always a good thing? Low-income mothers' experiences with child care transitions. *Children and Youth Services*, 53, 147-156.
- Stahl, J. F., Schobera, P. S., & Spiessa, C. K. (2017). Parental socio-economic status and childcare quality: Early inequalities in educational opportunity? *Early Childhood Research Quarterly*, 44, 304-317.
- Stettinger, V. (2018). Mères "je fais tout", des pratiques éducatives populaires en tension. *Travail, genre et sociétés*, 39, 83-99.
- Vandenbroeck, M., & Geens, N. (2016). Soutien et cohésion sociale dans les crèches et les *ontmoetingsplaatsen*, en Belgique. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 40, 21-37.
- Vandenbroeck, M., & Vandekerckhove, A. (2016). La fonction sociale des crèches en région bruxelloise. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 75, 267-285.
- Widmer, E., Roduit, S., & Zufferey, M.-E. (2016). Les familles de milieu populaire dans une commune genevoise. Intégration sociale et soutien à la parentalité. *Sociograph, Sociological Research Studies*, 24. Repéré à www.unige.ch/sciences-societe/socio/sociograph
- Zaouche-Gaudron, C., Boyer, D., Lacharité, C., Modak, M., Séraphin G., & Ulmann, A. L. (2021). *Quel accueil pour le jeune enfant en situation de pauvreté : un état des savoirs*. Paris : La documentation française.

Zaouche-Gaudron, C., Devault, A., Rouyer, V., ... Troupel, O. (2006a). *Familles en situation de précarité économique et développement socio-affectif des enfants*. Note de synthèse, DRASS et CNAF, 15 juin.

Zaouche-Gaudron, C., Devault, A., Rouyer, V., ... Troupel, O. (2006 b). *Pères en situation de précarité économique et développement socio-affectif des enfants*. Rapport terminal, CNAF, 15 mars.

Section III – Vulnérabilités et services

Chapitre 13

La double invisibilité des enfants dans les 1000 premiers jours de vie : résultats et défis de l'intervention avec des familles d'enfants de 0 à 2 ans impliquées dans le programme P.I.P.P.I. en Italie

Paola Milani, Francesca Santello, Armando Bello, Marco Ius, Sara Serbatit et Andrea Petrella

Introduction

Inspiré de l'expérience du Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC² : Lacharité, 2014) et de l'initiative AIDES (Chamberland et al., 2012) au Québec, le Laboratoire de recherche et d'intervention en éducation familiale (LabRIEF) de l'Université de Padoue met en œuvre, depuis 2011, le Programme d'Intervention Précoce pour Prévenir l'Institutionnalisation (P.I.P.P.I.), grâce au soutien du Ministère italien du travail et des affaires sociales. L'acronyme fait référence à la résilience de *Pippi Longstocking*¹.

L'objectif de ce chapitre est de présenter une évaluation des processus et des résultats de l'implantation du programme, axée spécifiquement sur les familles ayant des enfants âgés de 0 à 2 ans qui ont participé à celui-ci. Les questions suivantes seront abordées : quelles sont les conditions de vulnérabilité spécifiques de ces familles? Quels sont les dispositifs du programme planifiés et mis en œuvre avec ces familles? En quoi les processus d'intervention et les résultats obtenus diffèrent-ils selon l'âge des enfants? Y a-t-il des effets différentiels du programme au sein du groupe d'enfants les plus jeunes?

L'analyse est descriptive et présente les variables du programme en comparant les données relatives au groupe des enfants âgés de 0 à 2 (groupe 0-

¹ En français, il s'agit du personnage Fifi Brindacier.

2) ans avec celles relatives au groupe des enfants de 3 à 10 ans (groupe 3-10)². Après la description du programme et des conditions de vulnérabilité qui caractérisent les situations initiales des enfants, une analyse des processus d'intervention et des résultats obtenus grâce à la méthode d'évaluation et aux dispositifs du programme est proposée. Une analyse des effets différentiels axée sur le groupe 0-2 suit. Les résultats sont discutés afin de mettre en évidence le potentiel et les difficultés de la mise en œuvre d'une action précoce et écosystémique, comme le P.I.P.P.I. vise à promouvoir, en petite enfance dans des familles vulnérables.

Le P.I.P.P.I. et son cadre théorique

Le système italien de protection sociale est organisé sur une base régionale, chaque région ayant sa propre organisation. Le P.I.P.P.I. est le premier programme que le Ministère italien a mis en œuvre avec continuité afin, 1) d'harmoniser certaines pratiques dans les services de la protection de l'enfance, en fournissant aux professionnels, sur tout le territoire national, un cadre théorique commun, des sessions de formation, des outils pour intervenir auprès des familles; et 2) de documenter le parcours de prise en charge et d'implanter une approche évaluative. Après l'expérience pilote menée dans dix villes métropolitaines (2011-2013), le P.I.P.P.I. a été généralisé au niveau régional. Le programme est maintenant à sa dixième mise en œuvre, impliquant environ 180 municipalités dans les 20 régions italiennes. Il a donc touché environ 4 500 enfants de 0 à 14 ans vivant dans 4 000 familles et 8 000 praticiens.

Dans le P.I.P.P.I., nous faisons référence à une vision écologique (Bronfenbrenner, 1979, 2005) de la négligence envers les enfants. Celle-ci est en fait conçue comme une carence importante ou une incapacité à répondre aux besoins des enfants et qui sont reconnus comme fondamentaux sur la base des connaissances scientifiques actuelles (Dubowitz et al., 2005; Lacharité et al., 2006). Répondre aux besoins de l'enfant nécessite non seulement l'action des figures parentales, mais aussi des communautés et des institutions publiques pour permettre à ces acteurs de co-construire une réponse collective à ces mêmes besoins de développement.

Dans cette visée, la vulnérabilité, une condition qui nous unit tous plutôt que nous distinguer en tant qu'êtres humains, se configure aussi comme un processus pluricausal (Brodiez-Dolino, 2015) et pluridimensionnel (Thomas, 2008) qui se développe dans un contexte où des sujets peuvent rencontrer des

² Le groupe des enfants 0-2 ans inclut les enfants qui n'ont pas encore atteint 3 ans (jusqu'à 36 mois) d'âge. Le groupe 3-10 ans inclut les enfants à partir de 36 mois d'âge.

conditions qui favorisent l'exposition à certains facteurs de risque (Soulet, 2014). La vulnérabilité n'est donc pas une « ombre » jetée sur certaines personnes, mais une condition ordinaire (Milot & Hamrouni, 2020) et complexe qui dépend d'un entrelacement de facteurs personnels, sociaux et familiaux et qui trouve souvent ses racines dans les expériences précoces.

La période entre le quatrième mois de grossesse et les deux premières années de la vie, communément appelée « les mille premiers jours », est considérée comme le tremplin de toute la vie, en raison de son influence considérable sur les bases de l'apprentissage, de la réussite scolaire, de la participation économique, de la citoyenneté sociale et de la santé (Ministère des solidarités et de la santé, 2020). Au cours des dernières décennies, une pléthore de disciplines, notamment l'économie (Cunha & Heckman, 2010; Heckman, 2008), a constaté le poids spécifique de l'environnement familial, et en particulier de la parentalité sur la croissance des enfants, démontrant que presque tous les aspects de la réalité familiale vécue dans ces mille premiers jours et, en général dans les *first three incredible years*, ont des conséquences tant négatives que positives sur le développement global de l'adulte, et conséquemment sur la réalisation de son potentiel humain. C'est donc dire que le développement humain se situe dans une relation d'interdépendance avec la qualité des expériences relationnelles qui se déroulent dans l'environnement social et familial. Les études sur les ACEs (*Adverse Childhood Experiences* : Felitti et al., 1998) ont démontré que les expériences négatives vécues pendant l'enfance sont reliées notamment à des comportements à risque, des maladies chroniques ou encore au décès précoce. À leur tour, les neurosciences ont montré à quel point l'architecture cérébrale, et donc la « force » des réseaux neuronaux sur lesquels reposent nos compétences cognitives et sociorelationnelles, se façonne au cours des *first three incredible years*; l'accès à des opportunités et des stimuli, ainsi que des carences et des stress toxiques, sont aussi déterminants (Rosenzweig, 2003). D'ailleurs, Cyrulnik avance même que « le cerveau est une sculpture » qui se forme surtout au cours de la petite enfance (Ministère des solidarités et de la santé, 2020).

Déjà à partir de ces perspectives disciplinaires et interdisciplinaires, qui recueillent aujourd'hui des appuis multiples et solides, la mise en œuvre de politiques et de pratiques visant à contrer la répartition inégale des opportunités entre les individus et les groupes sociaux, en intervenant de manière précoce et appropriée auprès des enfants et des familles, est un moyen de garantir la justice sociale aux jeunes générations qui grandissent dans des situations de vulnérabilité familiale et sociale (Committee of Ministers Recommendation, 2006;

Frazer & Marlier, 2013 ; Knowles & Behrman, 2005; CSDH, 2008; UNESCO 2015; Milani, 2018).

En cohérence avec ces éléments, le P.I.P.P.I. propose une intervention multidimensionnelle, holistique et intensive où l'enfant se voit soutenu par une équipe, composée des membres de la famille et de professionnels (travailleur social, éducateur, psychologue, enseignant et autres intervenants du secteur social ou de la santé), qui co-évalue sa situation, co-planifie l'intervention selon une approche d'évaluation participative et transformatrice (Serbati & Milani, 2013; Milani et al., 2015).

Cinq dispositifs d'activités sont proposés simultanément aux familles, avec une intensité modulable selon le projet de chaque famille. Ils sont intégrés à la démarche évaluative et impliquent les divers niveaux de l'écosystème de l'enfant :

- ❖ Intervention éducative à domicile (*home visiting*)
- ❖ Groupes de parents et d'enfants
- ❖ Familles soutiens (*family helpers*)
- ❖ Partenariat entre services sociaux, écoles ou services de garde à la petite enfance (SGE)
- ❖ Soutien économique

Le parcours de prise en charge avec chaque famille suit quatre étapes principales, sur une période d'environ 18 mois :

1) *La pré-évaluation (Pre-Assessment – PA)*

Pendant la phase de pré-implantation, l'équipe d'intervenants utilise le questionnaire de *Pre-Assessment* pour réfléchir à la situation familiale et pour discuter de l'opportunité d'inclure la famille dans le P.I.P.P.I.

2) *Le temps zéro – T0*

Une fois que la famille signe son accord pour entrer dans le programme, l'équipe multidisciplinaire est constituée. Une évaluation plus approfondie et une étape de planification suivent, reposant sur le modèle multidimensionnel appelé le Monde de l'Enfant (MdE) décrit plus loin.

3) *L'intervention – T1*

Pendant toute sa durée, l'intervention est menée au moyen des cinq dispositifs mentionnés plus haut afin de réaliser les objectifs spécifiques des micro-plans d'intervention élaborés à l'étape précédente. Au stade intermédiaire du programme (T1), la situation de l'enfant et de sa famille est

réévaluée et cette information est utilisée pour définir éventuellement d'autres objectifs et micro-plans reliés à ceux-ci.

4) *Le temps final – T2*

À la fin du programme, l'analyse est répétée afin de comparer la situation au T2 avec celle au T0 et d'évaluer avec la famille les résultats de sa participation au P.I.P.P.I. Plus tard, l'outil de *Post-Assessment* est rempli pour réfléchir et décider si l'on doit continuer à travailler avec la famille et, si oui, quelles seront les actions à mettre en place.

Méthode et instruments de mesure

Le P.I.P.P.I. propose une approche d'évaluation participative et transformatrice qui ne se limite pas à déterminer si la pratique est efficace, mais est également un moyen pour promouvoir l'autonomie des familles avec une visée de changements familiaux et sociaux. Les données sont en effet colligées par les professionnels conjointement avec les familles. Elles sont utilisées pour documenter et évaluer les processus et les changements que ces mêmes processus ont contribué à générer dans chaque famille. À des fins de recherche, les données sont également examinées de manière agrégée et restituées aux professionnels, aux familles ou aux décideurs politiques, et ce, dans une perspective de co-recherche (Joubber & Webber, 2020).

Le cadre théorique adopté dans le programme s'actualise dans un modèle nommé le Monde de l'Enfant (MdE), qui est l'adaptation italienne du *Assessment Framework* britannique, développée au Royaume-Uni au début des années 1990 (Ward, 1995; Department of Health, 2000; Horwath, 2009) et révisée par des professionnels et chercheurs écossais (The Scottish Government, 2008) et québécois (Chamberland et al., 2012).

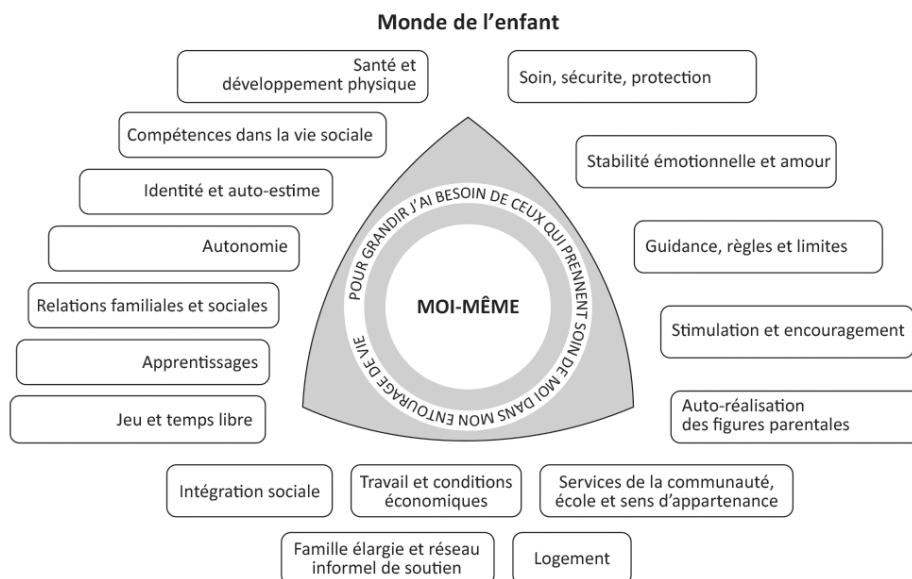
Ce cadre est devenu aussi un outil opératoire, qui permet aux intervenants de co-construire avec les familles une évaluation ainsi qu'un plan global d'action pour chaque enfant, basés sur l'analyse de l'ensemble des besoins et du potentiel de l'enfant, de sa famille et de leur entourage. Ce cadre théorique met en tension trois dimensions fondamentales qui contribuent au développement de l'enfant : 1) les besoins de développement (côté Enfant); 2) les réponses à ces besoins par les figures parentales (côté Parent); 3) les facteurs environnementaux (côté Environnement). On y retrouve donc un total de 17 sous-dimensions : sept pour le côté *Enfant*, cinq pour le côté *Parent* et cinq pour le côté *Environnement*.

Dans le P.I.P.P.I., le MdE est utilisé selon une double finalité : offrir la possibilité de partager une lecture commune des situations familiales entre les acteurs concernés, et planifier les actions en cohérence avec cette lecture. Le Monde de l'Enfant a été élaboré également comme un questionnaire (nommé *questionnaire MdE*) et informatisé dans un logiciel : *RPMonline*, qui en italien signifie « Évaluation, Projet et Suivi » (Vaquero Tió et al., 2016). Le *RPMonline* est un instrument qui engage l'équipe multidisciplinaire dans l'analyse des facteurs de risque et de protection, la planification et l'évaluation de l'intervention, en incluant le point de vue de tous les acteurs impliqués dans l'intervention en lien avec les 17 sous-dimensions évoquées plus haut.

Le *RPMonline* soutient ainsi la circularité entre l'analyse de la situation, l'évaluation et la construction du projet (micro-plan). Pour chaque temps de travail (T0, T1 et T2), cet outil propose de rédiger, pour les différentes sous-dimensions, une description qualitative des préoccupations et des ressources. Une échelle de Likert à six niveaux (allant de 1, « préoccupation évidente » jusqu'à 6, « ressource évidente ») fournit une synthèse quantitative de cette analyse afin de rendre visibles, au fil du temps, les changements dans la situation familiale.

Il s'agit donc d'un outil qui n'est ni standardisé ou objectif, ni subjectif, mais intersubjectif dans la mesure où il permet de construire des synthèses provisoires, dynamiques et partagées qui, elles, favorisent le dialogue et la participation de la famille. De plus, cette articulation entre l'évaluation et l'élaboration d'un plan d'action se réalise, toujours dans le *RPMonline*, à l'aide :

- ❖ D'un outil, le *micro-plan*, qui permet de discuter et de négocier les actions pertinentes avec la famille, travaillant non seulement le *quoi*, mais aussi le *comment faire*, pour avancer dans la co-construction de la réponse aux besoins de l'enfant. Chaque *micro-plan* fait référence aux sous-dimensions du MdE pour lesquelles un changement, une amélioration ou le maintien d'une force sont prévus;
- ❖ Des sections « Journal de bord » qui permettent aux intervenants de documenter ce qui se passe au cours des réunions et des dispositifs d'intervention qui ont été activés;
- ❖ Un questionnaire sur les informations sociodémographiques concernant l'enfant et sa famille.



LabRIEF (2013). Rielaborazione da Dep. of Health (2000); Dep. for Education and Skills (2004, 2006); The Scottish Government (2008)

Figure 1- Le modèle multidimensionnel du Monde de l'Enfant (MdE) (Source : auteurs)

Chronologiquement le programme s'amorce avec l'identification des dix familles que chaque municipalité peut inclure dans chaque nouvelle implantation du programme. Ce processus d'identification se déploie de la manière suivante. Le *Preassessment* (PA) (qui au T2 devient le *Postassessment*) est un questionnaire proposé à cet effet, inspiré par l'expérience de Braconnier et Humbeeck (2006). Il s'agit d'un instrument structuré qui aide l'équipe multidisciplinaire lors de la première observation de la famille, afin de développer une vision intégrée et dynamique de celle-ci. Cette observation prend en compte plusieurs facteurs : les conditions temporelles et contextuelles, les ressources, les inquiétudes et les possibilités de changement de la famille. De plus, pour la première fois dans le parcours, l'EM est invitée à réfléchir selon le MdE pour analyser la situation de la famille à partir de l'analyse des besoins de l'enfant, d'une liste des facteurs de protection (FP) et de risque (FR), ceux-ci considérés dans l'écologie familiale, tout en adoptant une perspective phénoménologique et centrée sur la résilience, qui met au centre l'expérience vécue par les personnes et leurs capacités à agir sur ces mêmes facteurs.

Les analyses résultant de la négociation des multiples points de vue de l'équipe, des parents et des enfants, effectuées par le *Pre et PostAssessment* et le MdE et enregistrées par le *RPMonline*, nous fournissent les données analysées dans le cadre de cette étude. Plus précisément, ces données sont synthétisées

par un score sur une échelle de Likert de 1 à 6 et concernant les variables suivantes :

- ❖ Pour le *PreAssessment* (PA) : les *facteurs de risque et de protection* associés à chaque macro-dimension du MdE, c'est-à-dire *l'Enfant*, les *Parents* et *l'Environnement* : de 1 = peu de facteurs à 6 = beaucoup de facteurs; une évaluation globale de l'enfant, à compléter en tenant compte des scores obtenus précédemment, qui vise à résumer l'ensemble du cheminement réflexif accompli : de 1 = absence de risque à 6 = risque élevé;
- ❖ Pour le questionnaire Monde de l'Enfant : la synthèse quantitative du MdE résultant de l'évaluation soit de chacune des 17 sous-dimensions du MdE et de chacune des trois macro-dimensions (Enfant, Parents, Environnement) de 1 = problème grave à 6 = force évidente.

Comme variables descriptives, en plus des informations sociodémographiques, les conditions de vulnérabilité de la famille et de l'enfant évaluées par les professionnels à T0 par le PA sont également prises en compte. En ce qui concerne les activités menées avec les familles, la variable de processus choisie pour être analysée fait référence aux cinq dispositifs prévus par le programme et à la composition de l'EM.

Stratégies d'analyse des données

À la base de l'analyse effectuée dans la présente étude, il y a la question de recherche concernant les spécificités observées dans le groupe des enfants de 0 à 2 ans en ce qui concerne les vulnérabilités signalées par rapport à ces derniers, les dispositifs d'intervention mis en œuvre et les résultats obtenus.

Pour décrire les caractéristiques spécifiques des jeunes enfants et de leurs familles, certaines différences observées entre les enfants de 0 à 2 ans et les enfants de 3 à 10 ans dans le P.I.P.P.I. sont décrites³. Les deux groupes sont comparés en ce qui concerne :

- a) Les conditions au début de l'intervention : nombre de participants, vulnérabilités et variables de résultats mesurées à T0;
- b) Les interventions menées avec les familles : micro-plans et dispositifs du programme (processus d'action – *outputs*);

³ Bien que le programme cible les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans, l'analyse n'a pas pris en compte les enfants âgés de 11-14 ans (en proportion d'environ 20 % dans notre échantillon), car les données auraient été altérées par les spécificités observées dans cette tranche d'âge et parce que, dans le système éducatif italien, les enfants passent de l'école primaire à l'école secondaire à l'âge de 11 ans.

- c) La situation de chaque enfant avant et après l'intervention : variations des scores entre T0 et T2 (changements que les processus d'action ont contribué à générer – *outcomes*).

Ce choix est dû au fait que nous nous appuyons sur l'approche de la « quatrième génération d'études d'évaluation » (Guba & Lincoln, 1989), car non seulement les effets générés par les interventions sont analysés sur la base d'objectifs prédéterminés (approche positiviste et post-positiviste) dans laquelle la preuve de ce qui est efficace (*evidence*) est ce qui est « scientifiquement » prouvé, et « scientifique » est synonyme de modèle expérimental pertinent pour les *randomised control trials*. D'autres modèles s'efforcent d'aller au-delà de la détermination des effets d'une intervention, d'indiquer les théories et les processus d'intervention qui expliquent pourquoi certains résultats sont obtenus, dans quelles circonstances et avec qui, de mieux comprendre ce qui se passe dans la pratique, en abordant la complexité dans sa globalité (Shaw, 2012).

L'analyse statistique utilise une approche descriptive pour analyser les différences selon l'âge de l'enfant, en comparant, pour chaque variable d'intérêt, les valeurs moyennes observées dans le groupe 0-2 et dans celui 3-10 ans. Les variables de résultat et de processus analysées comprennent les conditions de vulnérabilité qui caractérisent les situations initiales des enfants, le taux d'activation des dispositifs d'intervention et les résultats obtenus (en termes de variations pré-post des *scores* entre les deux groupes d'âge). Ensuite, la signification statistique de la différence est évaluée en estimant la taille d'effet (Kelley & Preacher, 2012)⁴.

En outre, les effets différentiels au sein du groupe 0-2 sont estimés en comparant les différences pré-post des résultats entre deux sous-groupes d'enfants plus jeunes, différemment « traités » dans le programme en raison de la présence ou de l'absence d'une condition d'intervention spécifique (par exemple, la participation des parents aux groupes, la présence d'une famille soutien, etc.)⁵.

⁴ Lorsque la variable de résultat est binaire (Y=1/0 en présence/absence d'une certaine condition), et que l'on compare donc les fréquences relatives, une régression logistique (Agresti, 2013) est effectuée pour estimer les *Odds Ratios* (OR) qui permettent d'évaluer si l'ampleur de la différence entre les deux proportions est suffisamment grande. Lorsque la variable de résultat est un *score* mesuré sur l'échelle de Likert de 1 à 6 points, le test non paramétrique de Mann-Whitney est appliqué (Mann & Whitney, 1947) pour évaluer la signification statistique de la différence en raison du caractère ordinal de cette variable.

⁵ Pour évaluer l'ampleur de l'effet différentiel, le test de Mann-Whitney et l'IP (*Probability Index* qui mesure l'ampleur de l'effet de la variable âge) sont utilisés.

Présentation des résultats

Caractéristiques des familles et des enfants

Qui sont les enfants et quelles sont les conditions de vulnérabilité qui caractérisent les situations initiales de leurs familles?

Par rapport à l'âge calculé au début de chaque implantation, dans cette présentation, nous prenons en considération la population des enfants qui a participé depuis la deuxième à la septième implantation du programme (2013-2019). Il s'agit de 219 enfants de 0 à 2 ans et 2 165 enfants de 3 à 10 ans qui ont conclu leur participation au programme, pour un total de 2 384 enfants. Les très jeunes enfants représentent donc une faible proportion de l'ensemble des enfants de 0 à 10 ans, soit un peu plus de 9 %. La répartition par âge indique, en fait, une plus grande présence, dans le programme, des enfants de 6-10 ans (plus de 70 %). Selon les données publiées par l'Institut national des statistiques (ISTAT), au 1^{er} janvier 2019 (date d'entrée des enfants dans la septième implantation), les enfants de moins de 3 ans représentent 24,2 % des enfants âgés de 0 à 10 ans.

Notre « échantillon » comporte plus de 44 % d'enfants vivant avec un seul parent, comparé à une proportion nationale de 23 %. Par rapport à la moyenne nationale, le pourcentage d'enfants qui fréquentent des services de garde à l'enfance (SGE) est également très élevé : plus de 78 % contre moins de 26 % en moyenne en Italie. Cependant, même si 172 enfants fréquentent un SGE, seulement pour 31 enfants (14,2 %), l'éducatrice de SGE participe à l'équipe multidisciplinaire prévue par P.I.P.P.I.

La Figure 2 met en évidence les conditions de vulnérabilité signalées par les EM lors de la phase de pré-évaluation, selon lesquelles les familles ayant des enfants âgés de 0 à 2 ans diffèrent sensiblement des celle des enfants âgés de 3 à 10 ans. On constate une nette faible présence des facteurs de vulnérabilité signalés qui concernent spécifiquement l'enfant; en revanche, les facteurs de vulnérabilité concernent plus spécifiquement les parents, leur histoire de vie (les services connaissent la famille de l'enfant depuis plus d'une génération), la précarité des conditions économiques et du travail.

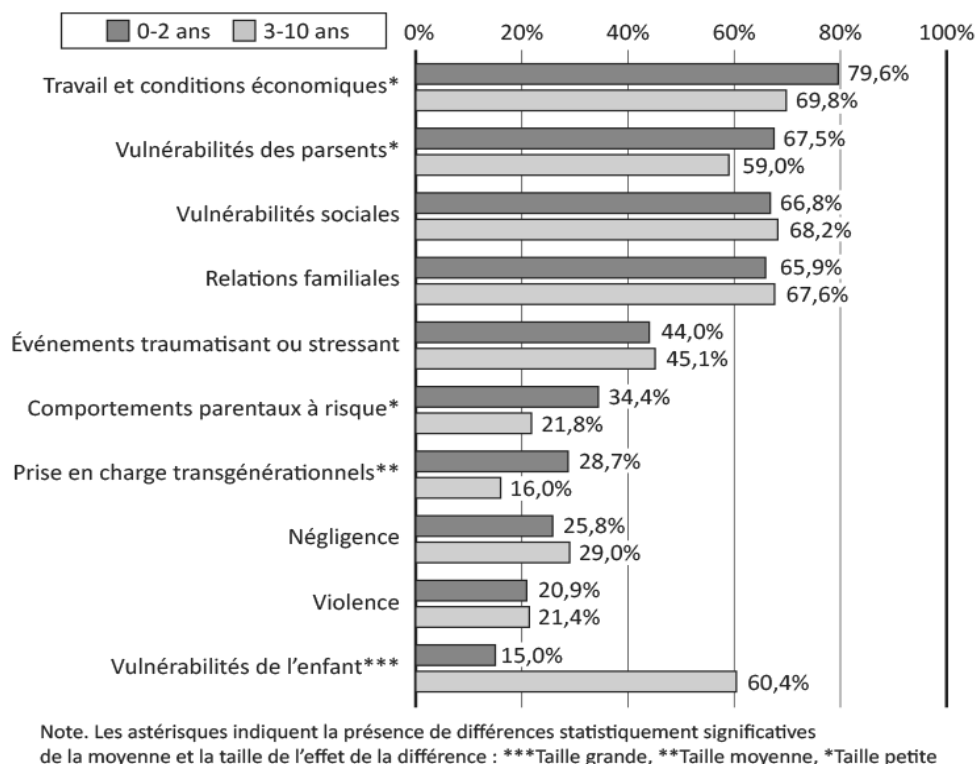


Figure 2 - Proportion des familles pour les types de vulnérabilité et les conditions familiales en fonction du groupe d'âge de l'enfant (Source : auteurs)

La perception de plus faible vulnérabilité des enfants du groupe 0-2 est confirmée par les scores que les mêmes professionnels attribuent dans le *Pre-Assessment* (PA) et le *questionnaire MdE* à T0 (voir tableau 1) sur la dimension *Besoins de l'enfant* du MdE. Sur la même dimension, les facteurs de risque du PA sont signalés en nombre statistiquement inférieur : 3 points en moyenne contre 3,5 points dans le groupe des plus âgés sur l'échelle de Likert 1-6 (tableau 1).

		Score moyen				
		scores à T0		T2-T0 variation		
		0-2	3-10	0-2	3-10	
Monde de l'enfant (Child word's)	BESOINS DE L'ENFANT	Sante et Développement Physique	● 3,3	3,0	0,41	0,35
		Compétences dans la Vie Sociale	◆ 3,3	2,4	0,32	● 0,49
		Identité et Auto-estime	◆ 3,6	2,8	0,16	● 0,35
		Autonomie	● 3,5	3,0	0,31	0,40
		Relations Familiales et Sociales	● 3,2	2,8	0,37	0,43
		Apprentissages	◆ 3,6	2,8	0,22	● 0,37
		Jeu et Temps Libre	● 3,4	3,1	0,29	● 0,46
	REPONSES DES FIGURES PARENTALES	Soin, Sécurité, Protection	2,9	2,9	0,40	0,30
		Stabilité Emotionnelle et Amour	2,9	2,8	0,46	0,36
		Guidance, Règles et Limites	● 2,8	2,4	0,32	● 0,48
		Stimulation et Encouragement	● 3,2	2,9	0,39	0,42
		Auto-réalisation des Figures Parentales	● 2,1	2,4	0,55	0,43
	FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX	Famille Elargie et Réseau Informel de Soutien	2,7	2,7	0,46	0,41
		Intégration Sociale	2,7	2,8	0,42	0,42
		Travail et Conditions Economiques	2,1	● 2,6	0,46	0,38
		Logement	2,6	● 3,1	0,49	0,34
		Services de la Communauté, Ecole et sens D'appart	● 3,5	3,2	0,27	0,38
Pre-assessment	FACTEURS DE RISQUE	Besoins de Développement de l'Enfant	3,0	● 3,5	-0,50	-0,59
		Capacité Parentales	● 4,1	● 4,0	-0,71	-0,68
		Facteurs Environnementaux	3,3	3,2	-0,39	-0,52
	FACTEURS DE PROTECTION	Besoins de Développement de l'Enfant	● 3,5	3,2	0,59	0,50
		Capacité Parentales	3,1	2,9	0,39	0,48
		Facteurs Environnementaux	3,2	3,3	0,39	0,46
	ÉVALUATION GLOBALE DU RISQUE		3,9	3,8	-0,7	-0,6

Seulement les différences statistiquement significatives de la moyenne sont indiquées.

Taille de l'effet de la différence:

- ◇ Taille grande
- ◇ Taille moyenne
- Taille petite
- Taille très petite

Tableau 1 - Différences entre les groupes d'âge de l'enfant dans les scores du questionnaire MdE et du Pre-Assessment à T0 et dans la variation absolue des scores T2-T0

Concernant le côté *Parents*, les données collectées par le questionnaire MdE semblent indiquer moins de difficultés de la part des parents par rapport aux sous-dimensions *guidance, règles et limites* et *stimulation et encouragement*, tandis que la sous-dimension *Auto-réalisation des figures parentales* est la seule avec un score moyen nettement moins positif dans le groupe 0-2.

Concernant la dimension *Environnement*, les sous-dimensions *Travail & Conditions économiques* et *Logement* sont plus problématiques. La sous-dimension *Relations avec les services de la communauté, école et sens d'appartenance* est la seule qui démontre un meilleur score moyen.

Les processus d'intervention dans le groupe 0-2

Quels sont les processus d'intervention mis en œuvre par les équipes multidisciplinaires avec les familles du groupe 0-2 et celles du groupe 3-10? Quelles sont les principales différences entre les deux groupes?

Les données sur les micro-plans, élaborés par les équipes multidisciplinaires pour le groupe 0-2 ans tout au long de la mise en œuvre du programme, sont en général cohérentes avec les données agrégées résultant de l'analyse des EM conduite par les questionnaires du PA et du MdE à T0. En effet, il y a une cohérence entre l'analyse et la planification et, de plus, on observe que les équipes ont principalement produit des planifications sur les sous-dimensions qu'elles considéraient plus problématiques dans la phase d'analyse à T0 (voir figure 3).

Le pourcentage d'enfants pour lesquels les EM ont planifié des actions sur chaque sous-dimension du MdE dans les deux classes d'âge est comparé (figure 3). Par rapport à la macro-dimension *Besoins de l'enfant*, les professionnels ont construit des plans d'action dans une moindre mesure dans le groupe 0-2. Les sous-dimensions pour lesquelles la différence par groupe d'âge est plus importante sont *Identité et auto-estime* et, dans une moindre mesure, *Compétences dans la vie sociale*. Seule la sous-dimension *Santé et développement physique* enregistre un pourcentage nettement plus élevé de micro-plans pour les enfants de 0 à 2 ans. En relation avec cela, du côté de la macro-dimension *Réponse parentale*, la sous-dimension *Soin, sécurité de base et protection* est davantage planifiée. Une autre sous-dimension où l'on observe un nombre moyen de micro-plans significativement plus élevé pour les enfants 0-2 ans – dans ce cas, avec un écart plus important par rapport au groupe plus âgé – correspond à *l'Auto-réalisation des figures parentales*, ce qui est cohérent avec le niveau plus élevé de préoccupation pour cette sous-dimension évalué à T0.

Dans le groupe 0-2 ans, le nombre de micro-plans est également significativement plus élevé en ce qui concerne certaines sous-dimensions associées à la macro-dimension *Environnement* : *Travail et conditions économiques* et *Logement*. Au contraire, un pourcentage plus élevé de micro-plans dans le groupe 3-10 ans est observé dans la sous-dimension *Relations avec les services de la communauté, école et sens d'appartenance*, mais dans ce cas, il faut considérer que, si environ 90 % des enfants à partir de 3 ans, en Italie, vont à l'école maternelle, près de 22 % des enfants dans le groupe 0-2 ans ne fréquentent pas les SGE. Ces données semblent indiquer que les actions d'intervention envers les enfants 0-2 ans, de façon cohérente avec l'analyse

conduite, s’adressent plus intensément aux variables du contexte social (voir figure 4).

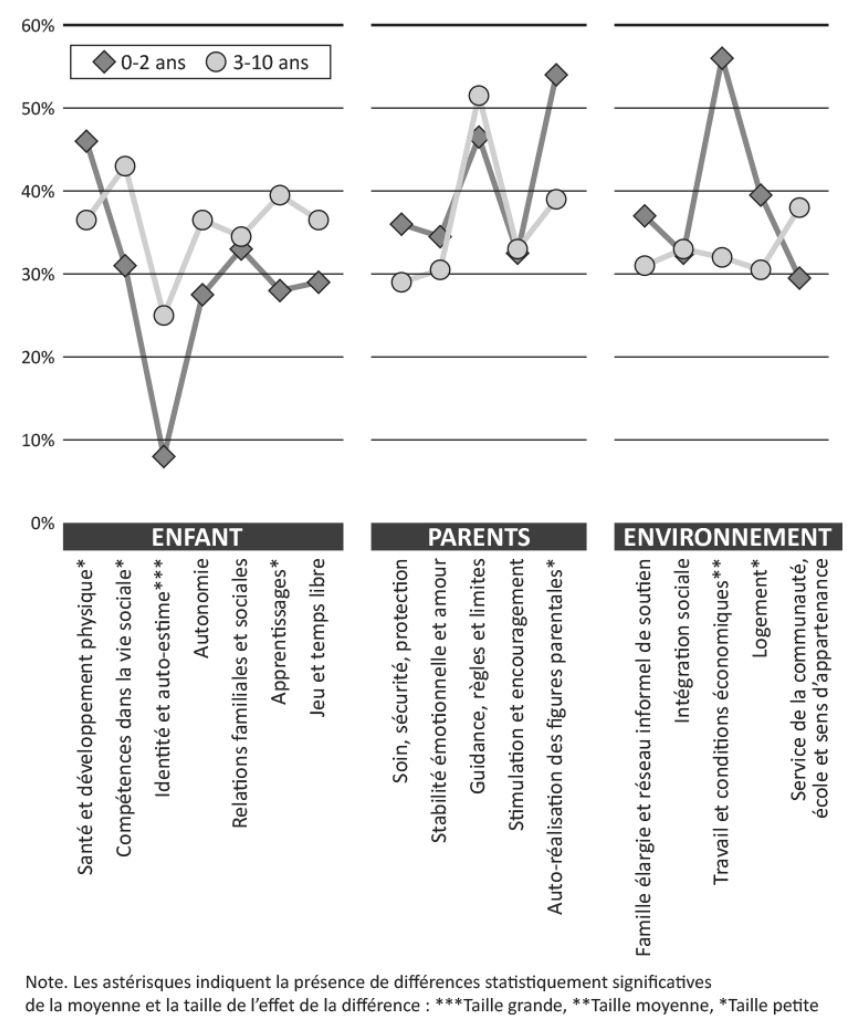


Figure 3 - Proportion d’enfants pour lesquels des actions ont été planifiées sur les sous-dimensions du MdE en fonction du groupe d’âge de l’enfant (Source : auteurs)

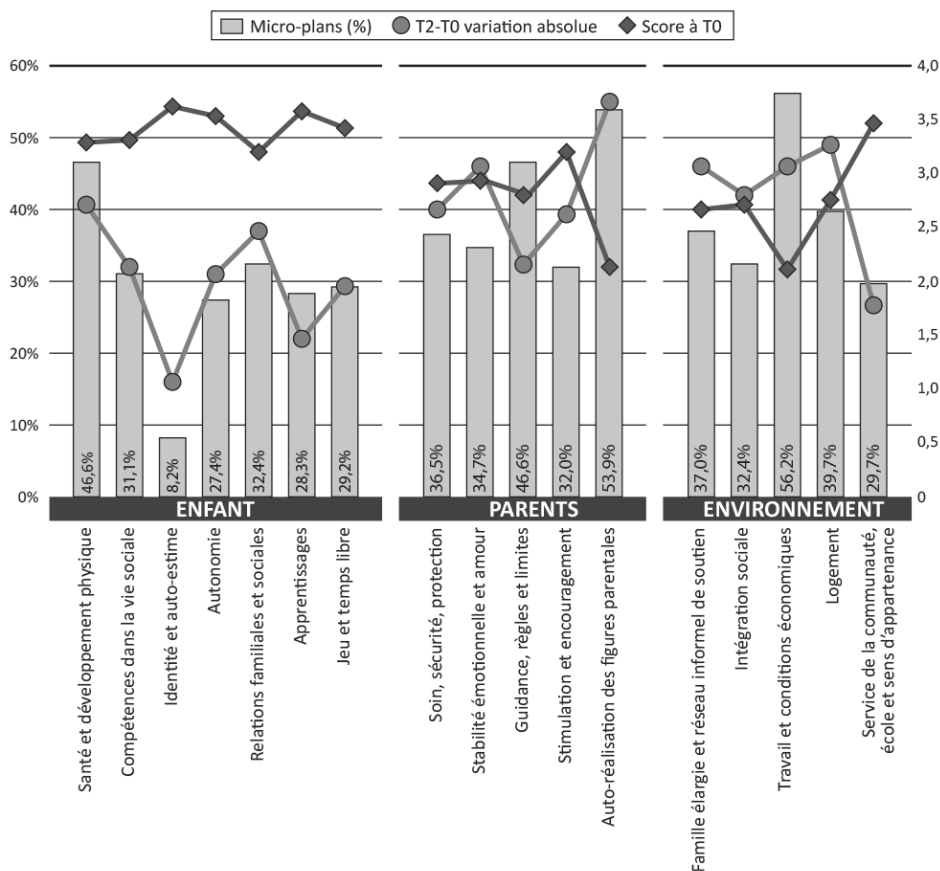


Figure 4 - Groupe 0-2 : proportion de micro-plans, moyenne des scores à T0 et variation absolue entre T2-T0 dans les scores des sous-dimensions du MdE (Source : auteurs)

Le fait de retrouver moins de micro-plans sur la sous-dimension *Relations avec les services de la communauté, école et sens d'appartenance* suggère que le dispositif de partenariat entre les écoles (les SGE pour les enfants 0-2) et les services sociaux a été implanté dans une moindre mesure et avec une différence statistiquement significative dans le groupe des plus jeunes enfants par rapport à celui des enfants plus âgés. À l'opposé, une présence plus élevée du dispositif du soutien économique dans le groupe 0-2 correspond à la présence significativement plus élevée des micro-plans sur la dimension *Travail et conditions économiques*.

Les résultats des processus d'intervention

Quels sont les résultats générés (*outcomes*) par les processus d'intervention décrits au-dessus? Qu'est-ce qui ressort de la comparaison des deux groupes d'enfants en termes d'amélioration de T0 à T2?

Le Tableau 1 présente les valeurs moyennes des différences entre T0 et T2 dans les scores du *questionnaire MdE* et du *Pre-Post-Assessment* respectivement. Comme les scores du *Monde de l'Enfant* deviennent plus élevés à mesure que la présence de difficultés diminue, les différences avec une valeur positive indiquent une amélioration; la variation des facteurs de protection, dont le nombre augmente lorsque la situation s'améliore, est également un signe positif. À l'inverse, la réduction du nombre de facteurs de risque et donc des valeurs négatives des différences T2-T0 associées aux scores de risque est observée en présence d'une amélioration. En ce qui concerne l'analyse *Pre-Postassessment*, qui enregistre l'amélioration des facteurs de protection et la baisse des facteurs de risque, des différences peu significatives sont observées entre les deux classes d'âge pour tous les résultats. En revanche, dans le groupe 0-2 ans, des variations absolues sont enregistrées pour les scores moyens des sous-dimensions du MdE pour la macro-dimension *Besoins de l'enfant*. Cependant, ces différences, bien que statistiquement significatives, obtiennent une faible taille d'effet. Il convient donc de rappeler que les scores associés à cette macro-dimension ont reçu moins d'attention de la part des professionnels dans la phase de micro-planification (figure 4), car ils sont caractérisés par une meilleure évaluation initiale (voir tableau 1) : dans le groupe des plus jeunes enfants, ces scores ont des niveaux moyens significativement plus élevés à T0, qui restent plus satisfaisants également à T2.

Plus généralement, bien que les tests statistiques ne l'indiquent pas de manière significative, le changement est plus important là où les intervenants ont construit un plan (Figure 4). Et le plan a été construit pour les sous-dimensions dans lesquelles, à T0, la plus grande vulnérabilité avait été observée : en particulier pour *Auto-réalisation des figures parentales* et *Guidance, règles et limites* sur la macro-dimension de la *Réponse parentale* et pour *Famille élargie et réseau informel de soutien*, *Travail et conditions économiques* et *Logement* sur la macro-dimension de l'*Environnement*.

Plus précisément, quelles variables de résultats sont-elles « associées » à certaines conditions d'intervention? Et quelles sont ces conditions?

Nous nous penchons donc maintenant sur les résultats obtenus à partir de l'estimation des « effets » différentiels du programme spécifiquement pour le groupe des enfants âgés de 0 à 2 ans. Étant donné que les enfants et les familles ne sont pas exposés de manière aléatoire aux processus d'intervention (les familles participantes au P.I.P.P.I. étant déjà prises en charge par les établissements des services impliqués), il semble plus approprié de parler d'« association » entre les caractéristiques de l'intervention et l'amélioration des résultats plutôt que d'« effets ». Chaque condition d'intervention est également considérée individuellement, mais plusieurs des dispositifs d'actions peuvent être mis en œuvre simultanément pour le même enfant ou la même famille.

Les variables pour lesquelles nous essayons d'identifier l'association avec les résultats sont les dispositifs de soutien fournis par le programme, à l'exclusion de l'intervention de *home visiting* en raison de son activation pour presque toutes les familles. Par rapport au partenariat entre services sociaux, écoles ou SGE, c'est la présence effective de l'éducatrice dans l'équipe qui est prise en compte ici. Quant à l'âge de l'enfant, comme le focus de ce chapitre est le groupe d'enfants de moins de 36 mois, nous avons isolé les enfants âgés de moins de 24 mois (sous-groupe 0-1 an) du reste de ce groupe.

Le Tableau 2 indique la probabilité d'observer une amélioration de T0 à T2 d'un niveau plus élevé chez le groupe 0-2 ans en fonction de la série des caractéristiques mesurées dans la présente étude. Seules les probabilités dont la taille est significativement supérieure à 56 % sont mises en évidence.

En ce qui concerne l'âge de l'enfant, lorsque cet âge est inférieur à 24 mois (sous-groupe 0-1 an), un nombre sensiblement plus important de facteurs de protection sur la dimension des *Besoins* peut être observé. Par conséquent, la différence statistiquement significative signalée dans le tableau 1, pour les facteurs de protection des *Besoins* entre les groupes d'âge 0-2 et 3-10 ans, semble être attribuée plus particulièrement aux enfants étant les plus jeunes (sous-groupe 0-1 an) parmi les jeunes.

	Age de l'enfant 0-1	Familles soutiens	Groupes de parents	Groupes des enfants	Soutien économique	Educateur/ trice dans l'équipe
PRE/POST-ASSESSMENT SCORES						
FACTEURS DE RISQUE						
Besoins de Développement de l'Enfant	51,8	46,9	40,2	45,8	44,1	51,2
Capacité Parentales	47,7	45,5	48,8	49,0	41,0	45,8
Facteurs Environnementaux	48,9	52,3	45,2	49,6	45,4	46,3
FACTEURS DE PROTECTION						
Besoins de Développement de l'Enfant	● 57,2	52,5	44,2	43,9	● 55,5	43,9
Capacité Parentales	48,7	46,2	47,9	50,7	46,2	49,9
Facteurs Environnementaux	46,3	49,7	52,2	● 58,7	45,5	54,6
ÉVALUATION GLOBALE DU RISQUE	43,9	50,4	54,4	53,4	43,6	46,6
SCORES DU MdE						
BESOINS DE L'ENFANT						
Santé et Développement Physique	48,8	52,7	45,9	47,3	49,7	52,7
Compétences dans la Vie Sociale	44,5	50,2	54,1	53,9	52,9	52,7
Identité et Auto-estime	51,0	50,2	53,3	● 56,0	46,8	● 58,8
Autonomie	53,7	49,0	47,9	51,2	47,7	52,0
Relations Familiales et Sociales	49,1	48,7	49,8	51,4	50,6	● 56,9
Apprentissages	55,4	● 58,2	48,2	44,6	45,0	● 57,8
Jeu et Temps Libre	46,4	52,5	50,2	54,1	43,1	● 56,5
REPONSES PARENTALES						
Soin, Sécurité, Protection	53,2	● 58,5	53,8	42,2	50,7	◇ 64,8
Stabilité Emotionnelle et Amour	49,9	55,2	53,7	55,1	● 57,3	● 59,5
Guidance, Règles et Limites	44,5	45,5	● 56,1	54,4	49,7	● 59,0
Stimulation et Encouragement	48,9	48,3	47,8	50,1	50,5	● 59,7
Auto-réalisation des Figures Parentales	51,2	52,4	50,3	46,5	48,2	46,8
FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX						
Famille Elargie et Réseau Informel de Soutien	45,9	52,0	52,0	48,3	45,4	● 56,8
Intégration Sociale	46,1	50,8	54,2	54,5	49,0	53,1
Travail et Conditions Economiques	55,3	● 56,9	51,3	44,2	53,0	53,2
Logement	43,9	51,1	52,2	51,3	52,1	50,8
Services de la Communauté, Ecole et sens D'appartenance	51,0	● 57,8	55,3	53,1	46,9	48,4
Seulement les probabilités >56% sont mis en évidence						
◇ Taille moyenne (64-70%)						
● Taille petite (56-64%)						
● Aucune signification statistique						

Tableau 2 - Effets différentiels du programme sur les résultats des jeunes enfants – proportion de probabilité d'un changement plus important des résultats en présence de conditions spécifiques du programme

En ce qui concerne les dispositifs d'intervention, le dispositif des *familles soutien* favorise l'obtention de résultats plus satisfaisants dans la sous-dimension *Apprentissage* de la macro-dimension des *Besoins de l'enfant*; *Soins de base* de la macro-dimension de la *Réponse parentale*; *Emploi et revenu* et *Relations avec les écoles et autres services éducatifs* de la macro-dimension *Environnement*.

La présence d'un soutien économique, en revanche, affecte la *Stabilité émotionnelle* des parents des enfants 0-2. Des études récentes, surtout dans le

domaine de neuroscience (par exemple, Noble et al., 2015), montrent que la hausse du revenu est interdépendante à l'amélioration de certaines dimensions de la fonction parentale.

Nous obtenons un résultat similaire pour la présence de l'éducatrice dans l'équipe, qui semble en général favoriser tous les résultats de la macro-dimension de la *Réponse parentale*, ainsi que *l'Identité*, et *l'Autoestime* de la macro-dimension *Besoins de l'enfant*. Enfin, si l'on considère l'activation des groupes d'enfants, on constate une amélioration plus satisfaisante des facteurs de protection de l'environnement.

Discussion et implications pour la pratique

Les données présentées jusqu'à présent offrent des informations utiles pour la pratique sur les variables générant un changement dans le groupe 0-2. Étant donné que la situation au T0 des enfants du groupe 0-2 est meilleure que celle du groupe 3-10, mais que les changements réalisés sont plus faibles, elles démontrent que le nœud critique semble se situer au niveau du processus d'intervention. Ce constat révèle une dynamique d'action reliée à la culture institutionnelle de la négligence et de la vulnérabilité qui est diffusée dans les établissements de la protection de l'enfance en Italie. Nous allons identifier cette dynamique ci-dessous.

Alors que « les 1000 premiers jours de l'enfant constituent aujourd'hui un concept incontournable pour de nombreux scientifiques afin de souligner l'importance de cette période clé pour tout individu (...), car il s'agit d'une période sensible pour le développement et la sécurité de l'enfant qui contient les prémisses de la santé et du bien-être de l'individu tout au long de la vie » (Ministère des solidarités et de la santé, 2020, p. 12), bien que le P.I.P.P.I. ait un objectif explicitement préventif, nous venons d'observer une nette sous-représentation du groupe 0-2 parmi les enfants inclus dans le programme (9 % des enfants de notre échantillon âgés de 0-10 ans). Cela démontre que l'interception précoce des situations de vulnérabilité familiale semble être encore un processus embryonnaire dans son implantation.

Mais cette invisibilité révélée par les chiffres de fréquentation du programme n'est que la première : une fois que les enfants et leur famille participent au programme, les professionnels portent plus attention aux vulnérabilités des familles et des parents qu'à celles des enfants. Comme le montre la figure 2, ils connaissent leurs familles depuis des générations parce que ces familles sont confrontées à une situation évidente de vulnérabilité

sociale, économique et professionnelle, ou à une situation de vulnérabilité qui implique les parents, telle que des événements stressants d'intensité et de nature différente (perte d'emploi, rupture des liens familiaux et séparations, déménagements, violence dans le couple, etc.). Le quart des enfants 0-2 ans est reconnu comme étant exposé à une situation spécifique de négligence. Cependant, ce n'est que pour seulement 15 % des enfants de ce groupe que sont mises en évidence des vulnérabilités qui portent sur leurs besoins de développement. Le tableau 1 montre que la macro-dimension *Besoins de l'Enfant* du MdE est celle qui obtient, au T0, des scores plus élevés, tandis que les facteurs de risque détectés sur la même dimension sont plus bas. Les professionnels n'enregistrent donc que partiellement les difficultés spécifiques liées à la dimension *Besoin de l'enfant* dans le groupe 0-2, par rapport à la comparaison avec le groupe 3-10. Comme ils évaluent moins de difficultés, ils vont donc proposer peu de plans d'action par rapport à cette macro-dimension, ce qui entraîne peu de changement entre T0 et T2 : l'invisibilité produit une immobilité au lieu d'un changement dans le développement de l'enfant.

En effet, si ces données montrent la capacité des professionnels à prendre en compte l'aspect écologique de la vulnérabilité, sous leur loupe, on retrouve le *parent défaillant* plutôt que l'enfant avec ses besoins. Pourquoi? Est-ce parce que les difficultés sur la macro-dimension *Besoin de l'enfant* sont en réalité mineures ou plutôt parce que les équipes ne les voient pas?

Il n'y a pas une réponse univoque à cette question, car ces aspects sont probablement tous les deux présents. Cependant, le fait que l'attention des professionnels soit portée sur les vulnérabilités d'ordre familial et social est cohérent avec la culture de l'intervention d'urgence qui caractérise les établissements de la protection de l'enfance en Italie. Cette culture met l'accent sur des éléments interindividuels (centrés sur la relation parents-enfant) plutôt qu'écosystémiques (centrés sur l'écologie de la relation parents-enfant) et favorise donc peu une action préventive et précoce, car les besoins des enfants sont davantage pris en compte lorsque les enfants sont plus âgés et notamment lorsqu'ils commencent l'école, alors que les facteurs de protection semblent être plus intacts et plus présents au cours des 1000 premiers jours de vie. Les travailleurs sociaux sont peu habitués à travailler avec la petite enfance, car ils attendent la manifestation bien plus visible « du problème », qui se déploie souvent au début de l'école. Il est intéressant, à cet égard, d'observer comment les choses changent lorsqu'il y a une éducatrice du SGE dans l'équipe multidisciplinaire : celle-ci semble aider l'équipe à reconnaître les besoins des enfants plus jeunes (tableau 2).

Une intervention axée sur les besoins de développement des enfants s'inscrit dans une approche dialogique et dynamique où l'attention des différents acteurs aux diverses dimensions du développement de l'enfant contribue à mobiliser les savoirs des parents pour construire avec eux des objectifs positifs de changement. C'est pourquoi il est important de construire des plans d'action à partir des forces à mobiliser chez les parents et les enfants et non seulement à partir de leurs faiblesses. C'est aussi pourquoi l'approche écosystémique et ontologique de la vulnérabilité ouvre la voie à la participation des parents et des enfants (Lacharité et al., 2020) et rend visible la négligence, autrement invisible par définition.

Cette approche permet d'envisager les 1000 premiers jours comme une fenêtre d'opportunité qui justifie une intervention précoce parce que l'impact négatif de la vulnérabilité sociale et familiale, sur le développement des jeunes enfants, semble moins apparent. Mais les données que nous venons de décrire montrent que les intervenants estiment ne pas devoir agir parce que la situation n'est pas considérée comme étant assez « problématique », les besoins de développement ne sont pas considérés un objet d'intervention, et ce groupe 0-2 reste sous-représenté et « négligé » : une double invisibilité.

Les choix qui ont le plus d'impact sur la vie de l'enfant résultent des circonstances adverses de vie de ce dernier, de même que de la lecture et de la ponctuation (Watzlawick et al., 1967) qui est effectuée par les intervenants dans le portrait de la situation de ce dernier, un phénomène que Lacharité (2015) appelle la *captation institutionnelle* de la vie des familles.

Un dernier aspect qui semble important à souligner concerne le lien entre cette lecture professionnelle et les conséquences qu'elle génère. Nous avons constaté que les professionnels planifient et interviennent davantage là où des scores plus faibles, et ainsi des problèmes plus importants sont détectés. Et là où ils réalisent plus de planification et d'intervention (et non plus là où il y a des difficultés moins graves), on obtient les changements les plus évidents. Les données présentées dans le Tableau 1 sur le *Pré-Postassessment* sont spéculaires en ce sens-là. La Figure 4 résume ce cercle : là où les problèmes sont reconnus, la planification et les actions sont réalisées, la documentation contribue à rendre visibles les changements décelables par les scores du MdE.

Limites de la recherche, conclusions et défis

Les 219 enfants considérés dans cette étude représentent une sous-population assez réduite par rapport à l'ensemble des enfants participant au programme, ce qui permet de formuler uniquement des interprétations préliminaires des données. Ces interprétations devraient être discutées dans des *focus group* avec les professionnels et les familles participantes, dans un contexte réflexif et dialogique, pour élargir la compréhension des résultats présentés. Le manque d'intégration de l'analyse des données quantitatives (présentée dans ce chapitre) et de l'analyse qualitative est l'une des limites de ce travail. Cependant, cette limite a déjà été utilisée par notre groupe de chercheurs pour démarrer une initiative de recherche, commanditée par le Ministère du travail social. Cette initiative a pour objectif de garantir aux équipes, qui interviennent avec les familles les plus vulnérables ayant des enfants de 0 à 2 ans, les outils de recherche et d'intervention les mieux adaptés pour les impliquer dans la prise en charge à un stade précoce, et avancer ainsi dans l'intégration des politiques dans le domaine de la pauvreté et du soutien à la parentalité (Tracchi et al., 2020).

Cette recherche représente une mise à jour du P.I.P.P.I qui confirme son potentiel à « briser le cercle des désavantages sociaux » (Frazer & Marleir, 2013), comme le montre le fait que le risque enregistré lors du *Pré-PostAssessment* diminue dans le groupe 0-2, en profitant de l'opportunité offerte par des conditions initiales apparemment moins défavorisées et par le potentiel d'un changement élevé des facteurs de protection du jeune enfant lorsque les dispositifs spécifiques du programme sont effectivement implantés. Ces résultats semblent confirmer ce qui est affirmé par de nombreuses études, à savoir que les 1000 premiers jours de la vie, et les trois premières années en général, constituent une fenêtre d'opportunité particulièrement prometteuse. Toutefois, pour faire en sorte que cette opportunité soit pleinement exploitée, il est essentiel de garder à l'esprit certains éléments méthodologiques présentés dans ce chapitre. L'un de ces éléments concerne l'importance de fournir aux professionnels des référentiels, tels que le Monde de l'Enfant, leur permettant d'identifier précocement certaines composantes de la vulnérabilité et de construire des analyses qui donnent lieu à des projets partagés avec les familles. Un autre élément confirme que quand les dispositifs d'intervention offerts dans le P.I.P.P.I. – en particulier la fréquentation du SGE par l'enfant, la présence de l'éducatrice dans l'équipe, la fréquentation des groupes de parents et d'enfants, le soutien économique – sont intégrés dans un plan unifié, des effets positifs sont observables dans la situation de l'enfant et de ses parents.

Il y a donc une réelle « habileté » dans la vulnérabilité que l'action précoce peut dynamiser. Par contre, sans évaluation complète de la situation et des besoins de l'enfant, pas de planification, pas d'action et, par conséquent, pas de changement. Il n'est pas anodin de pouvoir affirmer ce fait, bien connu en soi, à partir des données empiriques concernant de jeunes enfants : aucun changement des conditions de vulnérabilité n'est obtenu sans cette imbrication méthodique de l'évaluation, de la planification et de la participation des familles et des professionnels.

Références

- Agresti, A. (2013). *Categorical Data Analysis*. New York : John Wiley & Sons.
- Braconnier, V., & Humbeeck, B. (2006). *L'évaluation de l'état de danger dans la famille. Rapport intermédiaire de recherche*. Mons : Université de Mons-Hainaut/CERIS.
- Brodiez-Dolino, A. (2015). La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique. *Informations sociales*, 188, 10-18.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge : Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Humans being Human. Bioecological perspectives on Human development*. London : Sage Publications.
- Chamberland, C., Lacharité, C., Clément, M. -E., Dufour, S., & Lemay, L. (2012). *Recherche évaluative de l'initiative AIDES, Rapport final d'évaluation*. Montréal : Université de Montréal.
- Committee of Ministers Recommendation (2006). *On policy to support positive parenting*. Council of Europe. <https://rm.coe.int/168046d340>.
- CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- Cunha, F., & Heckman, J. J. (2010). Investing in our young people. *NBER Working Papers*, 1620. Cambridge, MA : National Bureau of Economic Research.
- Department for Education and Skills (2004). Every Child Matters: Next Steps, DfES/0240/2004, March 2004.
- Department for Education and Skills (2006). Working together to Safeguard Children: A Guide to Inter-Agency Working to Safeguard and Promote the Welfare of Children, London: The Stationary Office.
- Department of Health (2000). *Assessing children in Need and their families : practice guidance*. London : TSO.

- Dubowitz, H., Pitts, S. C., Litrownik, A. J., Cox, C. E., Runyand, D., & Black, M. M. (2005). Defining child neglect based on child protective services data. *Child Abuse & Neglect*, 29, 493-511.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Frazer, H. & Marleir, E. (2013). *Investing in children: breaking the cycle of disadvantage*. Council of Europe. file:///C:/Users/lacharit/Downloads/Network%202013-2_synthesis%20report_EN.pdf.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1989), *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park : Sage.
- Heckman, J. (2008). The case for investing in disadvantaged young children. *CESifo DICE Report* 6, 3-8. University of Munich: Ifo Institute for Economic Research.
- Horwath, J. (2009). *The Child's World: The Comprehensive Guide to Assessing Children in Need*. London : Jessica Kingsley Pub.
- Joubber, J., & Webber, W. (2020), *The Routledge Handbook of Social Work Practice Research*. New-York : Routledge.
- Kelley, K., & Preacher, K. J. (2012). On effect size. *Psychological Methods*, 17, 137-152.
- Knowles, J. C., & Behrman, J. R. (2005). *The economic returns to investing in youth in developing countries: A Review of the Literature*. Washington DC : The World Bank.
- Lacharité, C. (2014). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : PAPFC² Guide de programm.* (édition révisée). Trois-Rivières, QC : CEIDEF/UQTR.
- Lacharité, C. (2015). Les familles et la vulnérabilité : la captation institutionnelle de la parole des enfants et des parents. Dans C. Lacharité, C. Sellenet & C. Chamberland (Éds.), *La protection de l'enfance : La parole des enfants et des parents* (pp. 37-50). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lacharité, C., Ethier, L., & Nolin P. (2006). Vers une théorie éco-systémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, 59, 381-394.
- Lacharité, C., Goupil, É., Gagnier, J. P., Lafantaisie, V., Baker, M., Rasmussen, H., & Déziel, N. (2020). Vulnérabilités et familles : enjeux conceptuels liés au développement d'une activité de formation professionnelle. Dans M. Boutanquoi & C. Lacharité (Éds.), *Enfants et familles vulnérables en protection de l'enfance* (pp. 41-55). Besançon : Presses Universitaires de Franche-Comté.
- Mann, H. B., & Whitney, D.R. (1947). On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *Annals of Mathematical Statistics*, 18, 50-60.
- Milani, P. (2018). *Educazione e famiglie. Ricerche e nuove pratiche per la genitorialità*. Roma : Carocci.
- Milani, P., Serbati, S., & Ius, M. (2015). La parole vivante et la parole morte : le parcours accidenté de la parole des enfants et des parents vers l'action. Dans C. Lacharité, C. Sellenet & C. Chamberland (Éds.), *La protection de l'enfance. La parole des enfants et des parents* (pp. 125-135). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Milot, T., & Hamrouni, N. (2020). L'éthique de la vulnérabilité ordinaire et les théories sur les traumas : deux approches convergentes pour repenser les pratiques en protection

- de la jeunesse. Dans M. Boutanquoi & C. Lacharité (Éds.), *Enfants et familles vulnérables en protection de l'enfance* (pp. 41-55). Besançon : Presses universitaires de Franche-Comté.
- Ministère des solidarités et de la santé (2020). *Les 1000 premiers jours. Là où tout commence*. Rapport de la commission des 1000 premiers jours, Repéré à <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
- Noble, K. G., Houston S.M., Brito N.H, Bartsch H., Kan E., Kuperman J. M.,... Sowell E. R. (2015). Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nature Neuroscience*, 18, 773-778.
- Rosenzweig, M. R. (2003). Effects of differential experience on the brain and behavior. *Developmental Neuropsychology*, 24, 523-540.
- Serbati, S., & Milani, P. (2013). *La tutela dei bambini. Teorie e strumenti di intervento con le famiglie vulnerabili*. Roma : Carocci.
- Shaw, I. (2012). *Practice and Research*. Farnham : Ashgate.
- Soulet, M. H. (2014). Vulnérabilité et enfance en danger. Quel rapport? Quels apports? Dans ONPE (Éd.), *Vulnérabilités, identifications de risques et protection de l'enfance* (pp. 128-139). Paris : La Documentations française.
- The Scottish Government (2008). *A Guide to Getting It Right for Every Child*. Edinburg: Scottish Government.
- Thomas, H. (2008). Vulnérabilité, fragilité, précarité, résilience, etc. *Recueil Alexandries, Collection Esquisses*, 13/27.
- Tracchi, M., Serbati, S., Bolelli, K., Moreno, D., Zanon, O., & Milani, P. (2020). La formazione dei professionisti che accompagnano famiglie e bambini nei percorsi di inclusione sociale: la specificità dell'educativo in un terreno condiviso di competenze relazionali e comunicative. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 17, 91-111.
- UNESCO (2015). *Education 2030. Incheon Declaration and Framework for Action*. Repéré à <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002456/245656E.pdf>.
- Vaquero Tió E., Ius M., Paola M., & Balsells Bailón M. A. (2016). Una revisión de la literatura sobre el uso de las TIC en el ámbito de la intervención sociofamiliar. Dans R. Roig-Vila (Éd.), *Tecnología, innovación e investigación en los procesos de enseñanza-aprendizaje* (pp. 1920-1928). Barcelona: Octaedro.
- Ward, H. (1995). *Looking after children: research into practice*. London : HMSO.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, trad. it. Astrolabio, Roma 1971.

Chapitre 14

Soutenir les parents en attente d'un enfant ayant vécu des traumatismes développementaux : état des connaissances, obstacles à l'innovation et récents développements

Nicolas Berthelot, Julia Garon-Bissonnette, Roxanne Lemieux et Christine Drouin-Maziade

Johannie, 28 ans, est enceinte de son premier enfant et débute le deuxième trimestre de la grossesse. Bien qu'elle soit ravie d'être enceinte et que sa grossesse était désirée et planifiée, elle vit aussi beaucoup d'anxiété. Elle parvient généralement à ne pas trop se faire de soucis pendant la journée, alors qu'elle est occupée, mais devient envahie par toutes sortes de préoccupations et de questionnements le soir venu et peine à trouver le sommeil. Johannie pense souvent à sa propre mère qui était acerbe, isolée, critique et peu sensible envers elle. Le manque de sommeil et les nausées qu'elle éprouve actuellement l'amènent à être plus irritable. Elle tend à piquer des crises envers son conjoint, pour un tout et pour un rien, et à réprimander constamment ses collègues de travail. Elle remarque qu'elle est particulièrement dérangée par les gens qui lui donnent des conseils sur la façon de préparer la venue du bébé et qui remettent en question ses choix en lien avec l'accouchement et l'alimentation de son bébé. Elle se sent alors critiquée et elle se referme de plus en plus, comme ces discussions ne font que renforcer son irritation et ses doutes quant à ses aptitudes maternelles. Étant de plus en plus isolée, irritée par les autres, critique et colérique, elle se dit qu'elle est peut-être comme sa mère après tout, et qu'elle sera aussi dure envers sa fille et que sa mère l'a été auprès d'elle. De plus, Johannie se blâme de se sentir de la sorte, comme elle attendait impatiemment cette grossesse et qu'elle considère qu'elle devrait plutôt se sentir heureuse et comblée en ce moment. Bref,

elle doute beaucoup et se remet en question, ce qui l'amène également à craindre que sa fille soit aussi anxieuse et insécure qu'elle.

Julien a 33 ans. Il est père d'un garçon de 11 ans, qu'il voit une fin de semaine sur deux. L'union avec la mère de son fils a pris fin au cours de la grossesse. Il apprécie aujourd'hui son rôle de père et la formule de garde lui convient parfaitement. Julien attend d'ici quelques semaines un deuxième enfant avec sa conjointe avec qui il vit une belle union depuis neuf ans. Or, depuis deux mois, il fait des crises de panique, dort de moins en moins bien, boit davantage d'alcool et est tenté d'avoir une relation extraconjugale. Sa conjointe insiste pour qu'il rencontre un psychologue afin de mieux comprendre son anxiété et son récent détachement envers elle et la grossesse. Rapidement dans le cadre de ce suivi, Julien, qui a vécu une partie de son enfance en foyer de groupe en raison de la négligence dont il faisait l'objet au sein de sa famille, réalise que la parentalité l'angoisse profondément comme il doute de sa capacité à être une figure stable et sécurisante pour son enfant. Il comprend que certains de ses agissements des derniers mois visaient inconsciemment à le soustraire à cette angoisse.

Tel qu'illustré ici, le fait d'attendre un enfant après avoir vécu des expériences traumatiques au cours de son enfance peut être à la source de préoccupations particulières. Dans le cadre de ce chapitre, nous commencerons par présenter que des éléments traumatiques du passé d'une personne peuvent s'intriquer subtilement dans le présent et accroître la vulnérabilité des mères et des pères lors des périodes de grands bouleversements que sont l'attente et l'arrivée d'un enfant. Nous montrerons que cette vulnérabilité accrue des parents peut en retour contribuer à rendre leurs enfants plus à risque de rencontrer des événements de vie aversifs et de présenter des difficultés au cours de leur développement. Deuxièmement, nous discuterons du manque d'interventions cliniques et de mesures de soutien pour les parents ayant vécu des traumatismes, aborderons des obstacles qui limitent l'innovation en ce sens et identifierons des pistes de réflexions et d'actions avec comme objectif de mieux soutenir le développement et l'offre de services aux parents ayant vécu des traumatismes. Finalement, nous présenterons brièvement le programme STEP, un programme d'accompagnement prénatal que nous avons développé afin de soutenir les femmes et les hommes ayant vécu des traumatismes et étant en attente

d'un enfant. Ce programme vise à limiter les répercussions des traumas présentées dans la première partie du texte et s'attaque aux obstacles identifiés dans la deuxième section.

Traumas et grossesse

À notre avis, il est impossible d'approcher la question des traumas développementaux, définis comme l'exposition ponctuelle, répétée ou chronique à un ou plusieurs événements menaçant l'intégrité affective ou physique, la sécurité ou la vie d'un enfant ou d'un adolescent au cours de son développement, tels que la violence physique, sexuelle ou psychologique, la négligence, l'abandon, l'exposition à la violence conjugale ou encore les pratiques parentales coercitives (van der Kolk, 2005) sans aborder le thème de la vulnérabilité des familles. En effet, les données scientifiques contemporaines suggèrent que l'expérience de mauvais traitements au cours de l'enfance ou de l'adolescence interférerait avec la santé et le fonctionnement tout au long de la vie (Gilbert et al., 2009; Norman et al., 2012) et serait l'un des plus importants facteurs de risque en ce qui concerne le bien-être psychologique (Lippard & Nemeroff, 2020). Il est largement documenté que les diverses formes de mauvais traitements affectent le développement du cerveau (Teicher & Samson, 2016; Teicher et al., 2016), le développement cognitif (Su et al., 2019) et la façon qu'a la personne de se percevoir et de percevoir les autres (Luke & Banerjee, 2013). Ceci engendrerait en retour de nombreuses répercussions à l'âge adulte, dont un risque augmenté de développer divers troubles mentaux (Taillieu et al., 2016). Ces troubles psychologiques surviendraient d'ailleurs plus hâtivement et seraient plus persistants (McLaughlin et al., 2010) et réfractaires aux traitements (De Bellis & Zisk, 2014; Williams et al., 2016) lorsqu'ils s'inscrivent dans un vécu traumatique. Les traumas ont également été associés à de nombreux problèmes de santé physique (Norman et al., 2012), une consommation accrue de substances (Afifi et al., 2016), des difficultés à gérer le stress (Nguyen-Feng et al., 2017), des difficultés conjugales (Li et al., 2019; Maneta et al., 2015), des problèmes relationnels (Riggs, 2010) et des ennuis sur la sphère professionnelle (Gilbert et al., 2009). Ces répercussions au long cours ne se limitent pas aux formes de maltraitance souvent perçues comme étant les plus sévères (par exemple, abus physique ou sexuel), mais concernent également les mauvais traitements psychologiques et les diverses formes de négligence (Gilbert et al., 2009). Il n'est donc pas surprenant de constater que la maltraitance envers les enfants occasionne un fardeau de plus de 15 milliards \$ annuellement au Canada (Bowlus et al., 2003).

En contrepartie, la grossesse et l'année entourant la naissance d'un enfant représenteraient l'une des périodes de vie les plus critiques en ce qui concerne la santé mentale (Guedeney & Tereno, 2010) et le fonctionnement conjugal (Doss et al., 2009; Kluwer, 2010). Le fait d'avoir vécu des traumas développementaux au cours de l'enfance pourrait accentuer la vulnérabilité inhérente à la période périnatale (Seng et al., 2010). En effet, chez les adultes ayant vécu de mauvais traitements en bas âge, les bouleversements associés à la grossesse et à la parentalité pourraient faire ressurgir leurs expériences traumatiques, déclencher ou aggraver des difficultés psychologiques et interférer avec les stratégies d'adaptation qu'ils ont développées pour composer avec leur vécu traumatique (Berthelot et al., 2016).

Un nombre considérable de parents a à composer avec les défis supplémentaires inhérents au fait d'avoir vécu des expériences traumatiques. Les résultats d'enquêtes populationnelles démontrent qu'environ le tiers des adultes québécois et canadiens auraient vécu au moins une forme de maltraitance au cours de leur enfance ou de leur adolescence (Afifi et al., 2016; Tourigny et al., 2006). Des taux de maltraitance similaires sont retrouvés chez les adultes qui attendent un enfant. En effet, les données préliminaires que nous avons obtenues auprès d'un vaste échantillon de 3094 Québécois en attente d'un enfant indiquent que 36 % des femmes enceintes et 28 % des hommes en attente d'un enfant rapportent avoir vécu au moins une forme de maltraitance au cours de leur enfance. Des taux de prévalence près de deux fois plus importants (63 %) sont observés chez les femmes enceintes en contexte de vulnérabilité socioéconomique participant au programme SIPPE (Programme Services Intégrés en Périnatalité et Petite Enfance). Si nous considérons également d'autres formes d'adversité, telles que vivre auprès d'un parent ayant un trouble de santé mentale, vivre de l'intimidation prolongée à l'école ou vivre auprès d'un parent particulièrement froid et distant, près de la moitié (47 %) des adultes en attente d'un enfant rapportent avoir fait face à de l'adversité sévère au cours de leur enfance (Berthelot et al., 2019a). Ces taux sont alarmants. Considérant qu'on dénombre annuellement 83,800 naissances au Québec (Québec, 2019), ces données suggèrent que plus de 28 000 enfants naissent d'une mère ayant vécu des abus ou de la négligence comme enfant chaque année à l'échelle du Québec. Cela représente annuellement plus de 2,4 millions d'enfants au sein des nations du G7.

Répercussions intergénérationnelles des traumas développementaux

Les traumas développementaux auraient des répercussions intergénérationnelles. Cela s'observe de deux façons. Premièrement, les enfants nés d'un parent ayant vécu de mauvais traitements seraient trois fois plus à risque d'être exposés à une forme de maltraitance que ceux dont les parents n'ont pas subi de mauvais traitements au cours de leur enfance (Assink et al., 2018). Une récente méta-synthèse de la littérature incluant plus d'un million et demi de participants suggère d'ailleurs que les antécédents de maltraitance chez un parent seraient le facteur de risque le plus important en ce qui concerne la maltraitance envers les enfants, bien que la taille de l'effet expliquée par les antécédents traumatiques des parents soit modeste ($d = .47$; van IJzendoorn et al., 2020). Le phénomène de « cycles intergénérationnels de maltraitance » est largement documenté et tient pour toutes les formes d'abus et de négligence (Madigan et al., 2019). Il importe toutefois de souligner que la majorité des parents ayant vécu des traumatismes développementaux ne perpétue pas de tels mauvais traitements auprès de leurs enfants.

Deuxièmement, même en l'absence d'exposition à des comportements maltraitants, les enfants de parents ayant une histoire de maltraitance sont plus à risque que les enfants de parents sans histoire traumatique de présenter, tôt dans leur développement, divers problèmes tels qu'un tempérament plus difficile (Bouvette-Turcot et al., 2019; Lang et al., 2010), des anomalies biologiques interférant avec la régulation du stress (Danielson et al., 2015), des troubles développementaux sévères (Roberts et al., 2013), des symptômes anxieux ou dépressifs (Min et al., 2013), des problèmes de comportement (Min et al., 2013), des retards du développement (Garon-Bissonnette et al., 2021; Racine et al., 2018), des problèmes de santé physique (Lê-Scherban et al., 2018) ainsi que des patrons d'attachement insécurisés/désorganisés (Berthelot et al., 2015). Des recherches récentes montrent également que certains enfants de mères ayant une histoire de maltraitance portent, dès leur naissance, la marque neurobiologique des traumas de leur mère (Heim et al., 2018; Moog et al., 2018).

Les impacts intergénérationnels des traumas s'expliqueraient à la fois par des facteurs prénataux et postnataux. En ce qui concerne les mécanismes de transmission en cours de grossesse, les femmes enceintes ayant vécu de mauvais traitements seraient plus nombreuses à présenter des conditions pouvant fragiliser le développement du fœtus, et éventuellement de l'enfant, que les femmes enceintes sans antécédents traumatiques. D'abord, des traumas sévères au cours de l'enfance, alors que le cerveau est particulièrement malléable et

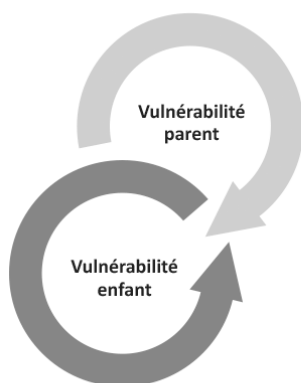
réceptif, sont susceptibles de modifier le fonctionnement du système de régulation de stress et du système immunitaire. Ces altérations neurobiologiques sont souvent appelées à persister dans le temps et, lors d'une grossesse, peuvent exposer le fœtus à un environnement intra-utérin perturbé. Par exemple, les femmes enceintes ayant vécu des traumatismes développementaux seraient plus à risque de présenter des taux élevés de molécules indexant une réaction inflammatoire (Bublitz et al., 2017) et de corticolibérine dans le placenta (c.-à-d. une neurohormone impliquée dans les troubles du sommeil, de l'appétit, la dépression, l'inflammation et le déclenchement de l'accouchement; Moog et al., 2016) que les femmes enceintes qui n'ont pas vécu de stresser sévère au cours de leur enfance. Ces altérations peuvent en retour avoir des répercussions sur le développement du fœtus, et à plus long terme, sur le développement de l'enfant (Entringer et al., 2015). Deuxièmement, les femmes enceintes ayant vécu de mauvais traitements sont plus à risque d'être revictimisées à l'âge adulte, ce qui s'observe notamment par un risque accru d'épisodes de violence conjugale en cours de grossesse (Huth-Bocks et al., 2013). Finalement, nous avons démontré que l'exposition à de mauvais traitements au cours de l'enfance est associée à un risque plus élevé de présenter des symptômes dépressifs, des symptômes post-traumatiques, des symptômes dissociatifs et des traits pathologiques sur le plan de la personnalité en cours de grossesse, autant chez les femmes que chez les hommes (Berthelot et al., 2020b). Cela est préoccupant considérant que des symptômes cliniques en cours de grossesse et à la suite de l'arrivée de l'enfant auraient des répercussions sur le développement du fœtus et de l'enfant (Meaney, 2018).

À la suite de l'arrivée de l'enfant, les parents ayant vécu des traumatismes sont également plus à risque que les parents sans histoire traumatique de présenter des comportements parentaux atypiques susceptibles d'interférer avec le développement de l'enfant (Madigan et al., 2006). Devenir parent implique de transiger d'une représentation identitaire comme étant « l'enfant d'un parent » à étant « le parent d'un enfant » (Moskowitz, 2011). Les personnes dont la relation avec un parent a été abusive, négligente et/ou pour qui ce parent a failli à son rôle de protection peuvent rencontrer une difficulté à développer une image positive d'elles-mêmes comme parents, puisqu'elles ont été privées de l'opportunité de développer des représentations parentales bienveillantes (Slade et al., 2009). Quand le traumatisme vécu durant l'enfance n'est pas résolu, les sentiments de peur et d'impuissance vécus en bas âge continuent à affecter les personnes à l'âge adulte (Herman, 1992). Lorsque ces personnes deviennent parents, ces sentiments de peur risquent de ré-émerger au sein des interactions avec l'enfant par le biais de comportements effrayants ou apeurés (Main &

Hesse, 1990). Ceci se manifeste notamment, par des comportements parentaux intrusifs, peu sensibles ou peu en accordage avec les besoins de leur enfant (Savage et al., 2019), une discipline sévère (Rijlaarsdam et al., 2014) et une difficulté à être émotionnellement disponibles pour l'enfant (Fuchs et al., 2015). Les parents ayant vécu de mauvais traitements peuvent également tendre à s'éloigner physiquement de l'enfant dans des moments chargés émotionnellement ou à ne plus porter attention à ses signaux de détresse, afin de diminuer la peur et l'impuissance que cette interaction réactive chez eux (England-Mason et al., 2018; Rusconi-Serpa et al., 2015; Schechter et al., 2003).

En d'autres mots, les difficultés éprouvées par les parents ayant vécu des traumas développementaux ne s'inscriraient pas dans des « déficits » ou un « manque » de sensibilité, mais par une tentative, généralement automatique et échappant à la conscience, de se soustraire à de fortes émotions (par exemple, peur, colère, vulnérabilité, honte, impuissance) lors des interactions avec l'enfant qui rappellent des émotions éprouvées lors d'expériences traumatiques antérieures (Rusconi-Serpa et al., 2015). De façon similaire, les comportements hostiles peuvent être interprétés comme une tentative de mettre un terme rapidement à l'expression de détresse ou aux comportements dérangeants chez l'enfant. Or, ces tentatives des parents pour retrouver un équilibre dans des moments chargés émotionnellement risquent d'avoir des répercussions considérables pour l'enfant. En effet, des comportements parentaux hostiles, effrayants ou apeurés placent l'enfant devant un dilemme irrésoluble, soit celui de dépendre d'un parent pour assurer son réconfort ou sa protection qui s'avère à la fois une source de peur. Ne pouvant pas compter sur leur figure d'attachement pour les sécuriser, ces enfants sont susceptibles de développer une forme d'attachement qualifiée de « désorganisée » qui se caractérise par l'absence d'une stratégie de régulation émotionnelle face à une situation stressante ou menaçante (Easterbrooks et al., 2012; Fearon et al., 2010; Lyons-Ruth et al., 2013; Main, 1990). De plus, les recherches auprès de dyades mères-enfants ont démontré qu'une attitude maternelle rude tend à augmenter les conduites agressives chez les enfants (Easterbrooks et al., 2012), ce qui pourrait accroître le caractère menaçant, pour les mères, des interactions avec leur enfant et ainsi engendrer une escalade d'agressivité. Tant la présence d'un attachement désorganisé durant la petite-enfance que l'émission de comportements de désengagement et d'hostilité par les mères sont des précurseurs robustes de l'apparition de différentes difficultés émotionnelles et comportementales chez les enfants (Fearon et al., 2010; Groh et al., 2012; Moran et al., 2008).

En résumé, la recherche scientifique suggère que les parents ayant vécu des traumatismes font face à un certain nombre de défis susceptibles de complexifier leur expérience de la parentalité. En contrepartie, leurs enfants risquent également de faire face à des difficultés développementales et psychologiques. Lorsque la parentalité se déroule de façon harmonieuse et que l'enfant se développe bien, cette expérience peut s'avérer particulièrement réparatrice pour les adultes ayant vécu des traumatismes. Or, dans d'autres cas, les vulnérabilités de l'un contribueront à favoriser l'expression ou l'exacerbation des vulnérabilités de l'autre (Figure 1). Dans ces contextes de grande vulnérabilité, des mesures de soutien spécifiquement développées à l'égard des répercussions des traumatismes sur le fonctionnement parental pourraient avoir une fonction régulatrice et soutenir l'adaptation des familles.



Johannie est maintenant mère d'une fillette de 13 mois. Elle prend son rôle de mère à cœur et s'investit beaucoup auprès de sa fille. Plusieurs de ses craintes se sont avérées non fondées. Elle est notamment parvenue à maîtriser sa tendance à être irritable lorsqu'elle manque de sommeil, de sorte que sa fille et elle ont développé une relation très proche. Sa fille est très colleuse et passerait tout son temps dans les bras de sa maman, ce qui convient parfaitement à Johannie et lui procure le sentiment d'être aimée et compétente. Sa fille est très sensible et a besoin de beaucoup de réassurance, ce que lui offre Johannie. Les choses se sont cependant gâtées dernièrement, alors que le congé parental de Johannie a pris fin et qu'elle est retournée au travail. Le matin, alors qu'elle va reconduire sa fille à la garderie, cette dernière fait des crises et refuse de se séparer de sa mère. Johannie se rend donc au travail le cœur gros. Elle se sent coupable, inadéquate et a l'impression d'abandonner sa fille. Ces sentiments sont particulièrement difficiles à gérer comme cela lui rappelle sa relation avec sa mère, au sein de laquelle elle se sentait vulnérable et abandonnée. Elle se blâme également d'avoir transmis à sa fille sa propre insécurité. En contrepartie, le soir venu, sa fille ne semble pas particulièrement heureuse de voir sa mère arriver, peine à mettre fin à ses jeux et fait un long colleux à son éducatrice avant de quitter. Dans ces moments, Johannie se sent rejetée et sent qu'elle n'est pas importante pour sa fille. Ses comportements oscillent alors entre une tendance à être critique et rejetante ou une tendance à chercher à se faire rassurer par sa fille quant à son amour. Johannie peine à nouveau à trouver le sommeil la nuit et sent que l'entrée à la garderie a tout gâché.

Julien est maintenant père d'un jeune garçon de 8 mois. Ce dernier pleure beaucoup, est très colleux, timide et peu aventureux. Cela inquiète beaucoup son père. Julien a une histoire familiale très tumultueuse et a vécu une bonne partie de son enfance au sein des services de la protection de la jeunesse. Aujourd'hui, il se considère comme étant un homme accompli, ayant complété des études universitaires, étant père de famille et occupant un bon emploi. En comparaison, son frère aîné est toxicomane et n'a jamais été en mesure de garder un emploi. Il est convaincu que s'il est parvenu à bien s'adapter, c'est qu'il a su se montrer fort et autonome, alors que son frère a un tempérament plus sensible. Julien n'a pas tendance à parler de ses émotions et tend à voir l'expression d'émotions fortes comme de la faiblesse. C'est d'ailleurs ce que lui évoquent les comportements et l'attitude de son fils : de la faiblesse. Pour Julien, le monde est dangereux et seuls les plus forts survivent. Ainsi, lorsque son fils a du chagrin, il refuse de le prendre, le laisse pleurer et l'invite à se calmer. Il doit s'endurcir.

Note. Les données de recherche suggèrent qu'une histoire traumatique chez un parent est associée à un risque accru que le parent ainsi son enfant présentent des indices d'une vulnérabilité psychologique ou développementale. Cette vulnérabilité peut être appelée à s'exacerber lorsque les difficultés de l'un entrent en interaction avec les difficultés de l'autre.

Figure 1 - Interaction entre les vulnérabilités du parent et les vulnérabilités de l'enfant
(Source : auteurs)

Obstacles ayant limité l'innovation et pistes de réflexions et d'actions afin de mettre à niveau les mesures de soutien destinées aux parents ayant vécu des traumatismes

Des chercheurs dans le domaine de la psychopathologie développementale (Berthelot et al., 2020a; Shonkoff, 2016) et de la biologie moléculaire (Heim et al., 2018) suggèrent que la recherche scientifique dans le domaine des traumatismes devrait considérer comme une priorité le développement, le déploiement et l'évaluation d'interventions prénatales et postnatales destinées aux parents ayant vécu des traumatismes. Or, il existe actuellement très peu d'interventions spécifiquement développées pour répondre aux besoins et défis particuliers des parents ayant vécu de mauvais traitements au cours de leur enfance (Berthelot et al., 2018; Chamberlain et al., 2019; Heim et al., 2018) et aucun programme d'intervention de ce type n'est actuellement implanté à large échelle au Québec. Il s'agit clairement d'une situation pour laquelle les connaissances scientifiques ne trouvent pas écho dans les soins de santé et les services sociaux.

Nous sommes d'avis que cinq obstacles ont contribué à limiter l'innovation en ce qui concerne la prévention de la maltraitance et le développement de pratiques auprès des parents ayant vécu des expériences traumatiques au cours de leur enfance. D'abord, au Québec comme ailleurs dans le monde, la majorité des programmes offerts aux parents au cours de la grossesse ont pour but principal de fournir de l'information sur la grossesse, le développement de l'enfant, l'attachement et les comportements parentaux positifs. Ces programmes reposent principalement sur diverses théories de l'apprentissage social et visent à accroître les connaissances, les compétences et la confiance des parents face à leur rôle par des interventions basées sur le modelage du rôle parental, le partage d'information, des exercices pratiques et de la rétroaction (Gagné et al., 2015; MacLeod & Nelson, 2000). Bon nombre de ces programmes ont démontré améliorer considérablement le fonctionnement parental et ont obtenu des résultats positifs pour les enfants (Kitzman et al., 2010; MacLeod & Nelson, 2000; Stephenson et al., 2018). Toutefois, ces programmes ne sont pas construits à partir d'une théorie des traumatismes. Ils ne considèrent donc pas les défis complexes que rencontrent les parents qui ont vécu des traumatismes lorsqu'ils deviennent parents et lorsqu'ils prennent part à des interventions psychosociales (Lacharité & Lafantaisie, 2016).

De plus, les parents ayant vécu de mauvais traitements perçoivent généralement avoir les aptitudes nécessaires pour prendre soin de leurs enfants

(Berthelot et al., 2020b). Il est donc possible que ces parents ne se sentent pas toujours rejoints dans leur expérience émotionnelle ainsi que par rapport à leurs besoins spécifiques par le modèle d'accompagnement prévalant en Amérique du Nord qui suppose que les difficultés dans l'exercice du rôle de parents reposent principalement sur des « déficits » ou un manque de connaissances par rapport aux pratiques parentales positives ou d'autres domaines de l'exercice du rôle parental. Afin de mieux soutenir les parents ayant vécu de mauvais traitements ou d'autres formes de traumatismes, nous sommes d'avis qu'il faut nuancer l'idée que ces parents présentent nécessairement des déficits ou un manque de connaissances et reconceptualiser les difficultés rencontrées par ces personnes comme émergeant notamment 1) d'un défaut des facteurs de protection pouvant mitiger les effets délétères des traumatismes vécus, et 2) du déploiement plus ou moins conscient, au cours du développement, de mécanismes visant à garder à distance les souvenirs traumatiques ou visant à faire face à un environnement perçu comme menaçant. Ainsi, afin de soutenir les parents ayant une histoire traumatique, nous suggérons qu'il faut avant tout être sensibles à l'expérience de ces parents, leur offrir une place sécuritaire pour réfléchir à leurs expériences traumatiques et à leurs impacts sur diverses sphères de fonctionnement, et renforcer les facteurs de protection (notamment le réseau de soutien), ce qui contribuera en retour à les rendre plus disponibles pour exprimer leurs habiletés parentales.

Un second obstacle consiste en la popularité limitée au Québec du modèle des « approches tenant compte des traumatismes et de la violence », aussi appelées « pratiques sensibles aux traumas » (Milot et al., 2018; Racine et al., 2019). Les pratiques sensibles aux traumas sont une manière de penser, d'organiser et de structurer les institutions sociales (comme la santé, les services sociaux, les centres jeunesse, les CLSC et l'éducation) afin de mieux répondre aux besoins des personnes qui ont vécu des traumas. Elles ont pour prémisse que les institutions sociales, quelles qu'elles soient, doivent être attentives aux traumas psychologiques dont ont été victimes certaines des personnes qu'elles desservent, de même qu'au risque inhérent, pour ces institutions, de retraumatiser ces personnes. Ce concept, mis de l'avant notamment par Sandra Bloom (2013) occupe aujourd'hui une place considérable dans les discours cliniques, organisationnels et politiques au Canada anglais et aux États-Unis. À titre d'exemple, en février 2018, la Chambre des représentants des États-Unis d'Amérique a approuvé de façon unanime la résolution 443 qui reconnaît l'importance du paradigme des approches tenant compte des traumatismes et de la violence et a recommandé qu'il soit implanté à travers l'ensemble des programmes des agences fédérales. En janvier 2020, l'état de la Californie a

investi 45 millions de dollars pour former les médecins à dépister les traumatismes chez la population, notamment dans le cadre des soins prénataux et pédiatriques. Or, au Québec, les initiatives des chercheurs universitaires promouvant le concept des approches sensibles aux traumatismes (Collin-Vézina et al., 2019; Milot et al., 2018; Milot et al., 2016) ne trouvent pas encore écho formellement dans les politiques publiques.

Un troisième obstacle est que les parents ayant vécu des traumatismes ne sont pas priorisés, ici comme ailleurs dans le monde. Bien que l'Académie Américaine de Pédiatrie soutienne que la majorité des troubles de santé physique et psychologique chez les adultes ont une origine développementale et que plusieurs de ces troubles pourraient être évités par des interventions visant à prévenir ou limiter le « stress toxique » chez les enfants (c.-à-d. un haut niveau de stress qui n'est pas contrebalancé par des pratiques parentales sensibles; Shonkoff et al., 2012), les parents ayant vécu de mauvais traitements n'ont pas accès à des services adaptés à leurs besoins et à leurs défis particuliers. Agir tôt auprès des familles en contexte de vulnérabilité (par exemple, dès l'âge préscolaire) est déjà tardif, considérant que le cerveau des enfants se développe rapidement au cours des premières années de vie, et de la période prénatale, et est particulièrement sensible à la qualité de l'environnement dans lequel le fœtus et l'enfant évoluent. Ainsi, nous sommes d'avis que des mesures de soutien personnalisées devraient être offertes dès la grossesse et au cours des trois premières années de vie de l'enfant, aux parents ayant vécu des expériences difficiles au cours de leur propre enfance (Shonkoff, 2011, 2016). Des études antérieures ont d'ailleurs démontré que plusieurs mécanismes au cœur de la transmission intergénérationnelle du risque associé aux traumatismes (par exemple, les comportements parentaux problématiques, les difficultés liées à la mentalisation, les problèmes de santé mentale, le stress parental) peuvent être amoindris par le biais d'interventions spécifiquement développées pour les parents ayant vécu des traumatismes (Muzik et al., 2015; Rosenblum et al., 2017; Rosenblum et al., 2017). Ceci nous permet de croire que des interventions ciblées, offertes dès la période prénatale, pourraient contribuer à interrompre les trajectoires intergénérationnelles de risque liées aux traumatismes.

Le fait que la recherche dans le domaine des traumatismes demeure typiquement disciplinaire et que la question des traumatismes soit absente du curriculum de formation de nombreuses disciplines directement concernées par les traumatismes représente à notre avis un quatrième obstacle en matière d'innovation clinique. En effet, bien que les traumatismes soient autant associés à des problèmes de santé physique que psychologique et affectent un grand nombre

de sphères de fonctionnement, la recherche et l'enseignement en matière de traumatismes demeurent circonscrits dans plusieurs disciplines telles que les sciences infirmières (Lemieux et al., 2020), la médecine (Christian, 2008; Starling et al., 2009), le droit (James, 2020), le journalisme et les communications (Amend et al., 2012). La complexité des traumatismes, de leur étiologie et des séquelles associées, fait inévitablement appel à une réponse concertée incluant des acteurs de nombreuses disciplines.

Finalement, un cinquième obstacle tient du manque d'investissement envers la recherche appliquée dans le domaine des traumatismes. À cet effet, nous avons réalisé une revue de toute la littérature scientifique sur la maltraitance au cours d'une année récente, soit l'année 2016, et avons démontré que, bien que les chercheurs dans le domaine des traumatismes publient plus de 3,500 articles chaque année dans les grandes revues scientifiques, la moitié des publications récentes documente le fait déjà bien établi que l'abus et la négligence ont de multiples conséquences (Berthelot et al., 2020a). En contrepartie, un maigre 6 % des études évaluent des interventions auprès des victimes d'abus ou de négligence et 2 % des études évaluent des approches de prévention. Ainsi, 92 % des recherches sur ce qui est considéré comme la « principale cause de difficultés psychologiques sur laquelle nous pourrions exercer un pouvoir préventif » (traduction libre, Teicher & Samson, 2016, p.241) évitent le sujet de la prévention et de l'intervention. La recherche scientifique dans le domaine n'a donc pas suffisamment de retombées pratiques pour les victimes de traumatismes (Berthelot et al., 2019b) et devrait cibler de façon prioritaire l'évaluation d'interventions préventives ou soutenant la résilience (Shonkoff, 2016).

À la lumière des différents constats énoncés précédemment et des obstacles ayant limité, à notre avis, l'essor d'innovations cliniques visant à mieux soutenir les parents ayant vécu des traumatismes, nous formulons les pistes de réflexions et d'actions suivantes :

- 1) Bonifier nos pratiques auprès des parents afin d'émerger d'un modèle fondé essentiellement sur l'enseignement de connaissances et d'habiletés, pour offrir des soins et services basés sur une théorie des traumatismes. Ces services devraient viser à soutenir les processus réflexifs à l'égard des traumatismes et de leurs impacts ainsi qu'à soutenir les processus de résilience;
- 2) Intégrer le paradigme de « pratiques sensibles aux traumatismes » dans les soins de santé et de services sociaux, dans le réseau de l'éducation et dans le système de justice au Québec et soutenir formellement l'engagement des institutions publiques envers le paradigme des

approches sensibles aux traumatismes. Ce paradigme implique de 1) sensibiliser les organisations à l'ampleur du phénomène des traumatismes; 2) former les professionnels à reconnaître les répercussions des traumatismes sur le bien-être et le fonctionnement des familles; 3) répondre à ces besoins par des pratiques adéquates; et 4) tout mettre en œuvre pour éviter de retraumatiser les gens exposés à des traumatismes développementaux;

- 3) Implanter dans l'offre de services psychosociaux au Québec des programmes spécifiquement développés pour répondre aux besoins et aux défis particuliers des parents ayant vécu des traumatismes, afin de soutenir ces parents et d'interrompre les trajectoires intergénérationnelles de risque. Ces services devraient idéalement être offerts dès la période prénatale et être sensibles à l'expérience particulière de ces parents, reconnaître leurs forces et leurs efforts de résilience, leur offrir un espace sécuritaire où il leur est possible d'explorer leurs représentations d'eux-mêmes et de leurs enfants, et leur permettre d'explorer l'influence de leur vécu traumatique sur ces représentations;
- 4) Renforcer l'éducation en matière de trauma dans toutes les disciplines concernées par la maltraitance et valoriser la recherche interdisciplinaire afin de soutenir des innovations concertées en matière de trauma;
- 5) Offrir un soutien accru à la recherche clinique susceptible de mener à des initiatives concrètes pour les gens ayant vécu de mauvais traitements ou d'autres formes de traumatismes.

Récents développements en matière de soutien aux parents ayant vécu des traumatismes : Le programme STEP

Considérant les défis rencontrés par les parents ayant vécu des traumatismes dès la période prénatale, et les limites actuelles dans l'offre de service pour ces parents, notre équipe a développé le programme STEP (Soutenir la Transition et l'Engagement dans la Parentalité)¹, un programme d'accompagnement de groupe prénatal destiné aux femmes ayant vécu de mauvais traitements au cours de leur enfance. Une version destinée aux hommes est actuellement en développement. Le programme STEP vise ultimement à 1) favoriser l'adaptation, au moment de devenir parent, des adultes ayant vécu des traumatismes développementaux; 2) soutenir le développement de leurs enfants; et 3) soutenir les parents à offrir à leurs enfants une expérience différente de celles

¹ www.projetstep.ca.

qu'ils ont eux-mêmes vécue comme enfants. Le programme STEP est manualisé et est conçu pour être animé par des professionnels de diverses professions. Il comprend 9 rencontres de deux heures qui sont offertes à des groupes de 4 à 8 participants.

Le programme STEP a été élaboré en concertation avec la clientèle cible et avec des intervenants de première ligne œuvrant auprès des parents ou des familles en contexte de vulnérabilité, de manière à ce que le programme soit distinct et complémentaire aux services déjà offerts dans les milieux de pratique, tels que le programme SIPPE. Divers chercheurs universitaires dans les domaines de la périnatalité, de la maternité, de la paternité, et des traumatismes développementaux ont aussi collaboré au développement du programme (Figure 2).

Le programme STEP s'inscrit notamment dans les cadres théoriques de la mentalisation et des approches sensibles aux traumatismes. La mentalisation est un cadre conceptuel contemporain en psychologie développementale et clinique sur lequel sont fondées de nombreuses interventions psychologiques bénéficiant de données probantes (Malda-Castillo et al., 2019). La mentalisation réfère à une habileté imaginative préconsciente consistant à interpréter les comportements comme le reflet d'états mentaux sous-jacents, tels que des émotions, des motivations et des croyances. Cette habileté est associée à une bonne régulation des émotions puisqu'elle favorise une connaissance de soi profonde et une compréhension réaliste des comportements des autres (Fonagy & Target, 2006). La théorie de la mentalisation a été appliquée à des sphères spécifiques, telles que la parentalité et les traumatismes. La mentalisation parentale réfère à l'habileté des parents à cerner les états mentaux de leurs enfants et leurs propres états mentaux lorsqu'ils sont en relation avec ces derniers (Slade, 2005). Un parent ayant une bonne mentalisation parentale serait ainsi en mesure de maintenir des comportements sensibles lorsqu'en interaction avec son enfant (Zeegers et al., 2017). La mentalisation spécifique aux traumatismes, quant à elle, réfère à l'habileté à réfléchir aux traumatismes et à leurs impacts psychologiques et interpersonnels de façon cohérente (Berthelot et al., 2021). Nos données de recherche suggèrent que la mentalisation à l'égard des traumatismes est un important facteur de résilience. En effet, les mères ayant vécu des traumatismes, mais ayant de bonnes habiletés de mentalisation par rapport à ces expériences, rapportent un plus grand bien-être psychologique (Berthelot et al., 2021) et un engagement plus important dans la maternité (Ensink et al., 2014) que les femmes n'étant pas parvenues à mentaliser ces expériences. De bonnes habiletés de mentalisation du trauma chez les mères ayant une histoire traumatique ont également été associées à un

risque moins élevé que l'enfant développe un style d'attachement désorganisé (Berthelot et al., 2015) et soit à son tour exposé à de mauvais traitements (Borelli et al., 2019). Le programme STEP s'inscrit dans ce courant théorique et vise à favoriser la mentalisation à propos de soi et de son rôle de parent ainsi que la mentalisation à propos des traumatismes (pour plus de détails, voir Berthelot et al., 2018). Le programme ne doit toutefois pas être confondu avec une « thérapie basée sur la mentalisation », comme ces interventions vont plus en profondeur. En effet, le programme STEP doit être plutôt considéré comme un « programme d'accompagnement » visant une amorce de travail réflexif, via des activités dirigées offertes dans un espace sécuritaire où tous les points de vue sont les bienvenus et où les participants sont libres dans leur façon de participer.

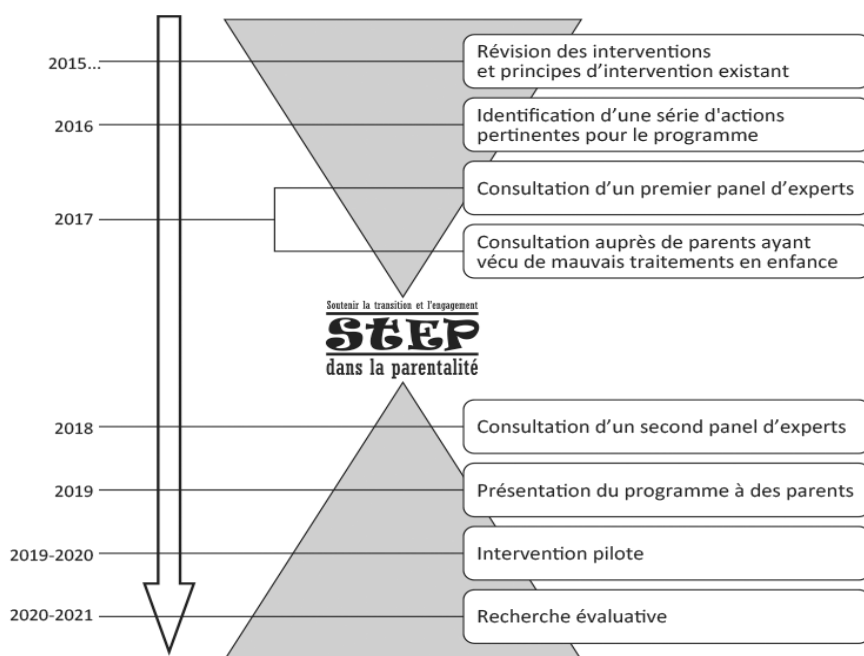


Figure 2 - Processus du développement du programme d'accompagnement prénatal STEP (Source : auteurs)

Le programme STEP peut également être considéré comme une approche sensible aux traumatismes comme il rencontre l'ensemble des lignes directrices des interventions cliniques considérées comme sensibles aux traumatismes (voir Kezelman & Stavropoulos, pp. 4-9). Plusieurs principes et valeurs ont guidé le processus d'élaboration des activités et la façon d'offrir celles-ci. D'abord, nous rejetons l'idée que les gens ne peuvent pas offrir à leurs enfants ce qu'ils n'ont

pas reçu de la part de leurs parents. Nous considérons cela comme étant totalement réalisable, mais comme représentant malgré tout un défi. Ensuite, nous considérons que la plupart des personnes qui ont vécu des événements de vie difficiles sont résilientes. Par contre, nous croyons qu'elles rencontrent davantage d'obstacles et de défis dans leur vie quotidienne, notamment dans le cadre de leur rôle de parent, comme elles ont été privées de facteurs de protection critiques au cours de leur développement. Troisièmement, nous considérons que les événements de vie difficiles n'ont pas de conséquences inévitables ou permanentes. En effet, plusieurs facteurs peuvent modifier positivement la trajectoire de vie des personnes exposées à de tels événements et la trajectoire de vie de leurs enfants. Quatrièmement, nous rejetons l'idée que la majorité des difficultés rencontrées par les gens ayant vécu des traumatismes développementaux s'inscrivent dans des « déficits » ou un « manque de connaissances » et considérons que plusieurs de ces difficultés sont des conséquences collatérales de stratégies automatiques, plus ou moins conscientes, mises en place afin de tenter de faire face à des événements hors du commun. Finalement, nous considérons que les stratégies de soutien aux parents ayant vécu des traumatismes développementaux doivent accorder une attention similaire à leurs forces et à leurs vulnérabilités.

Le programme STEP se divise en trois phases. La phase 1, intitulée Devenir mère, comporte trois rencontres et vise à explorer et à normaliser la diversité des émotions que vivent les participantes face à la grossesse et à leur rôle maternel. Cette phase permet également aux participantes d'évaluer si les stratégies qu'elles ont développées pour gérer le stress sont compatibles avec leur rôle de mère, et si elles gagneraient à tenter de nouvelles stratégies. La phase 2, intitulée Regard sur mon histoire, comporte deux rencontres et soutient les participantes dans une réflexion par rapport à l'influence de leurs traumatismes développementaux sur leur fonctionnement actuel, leurs émotions, leur expérience de la maternité et leur représentation d'elles comme mères. Les activités permettent notamment de contextualiser plusieurs des difficultés vécues par les participantes comme des stratégies automatiques plus ou moins conscientes mises en place afin de tenter de faire face à des événements hors du commun et les amènent à identifier ce qui leur permettra d'offrir à leur enfant une expérience différente de la leur. La phase 3, intitulée Regard vers l'avant, comporte trois rencontres et permet d'envisager les moments qui seront les plus agréables et les plus difficiles à la suite de l'arrivée de l'enfant, et d'identifier des pistes de réflexions et de solutions dans l'éventualité où la relation avec l'enfant réactive des émotions difficiles ou des souvenirs traumatiques. Ces rencontres permettent également aux participantes

d'identifier leurs forces en tant que mères, ainsi que leurs besoins actuels et à venir, de considérer les ressources disponibles pour les accompagner dans la réponse à ces besoins, et de réfléchir à leur façon de vivre la relation d'aide.

Nos données de recherche préliminaires soutiennent que, de l'avis de différents experts dans les domaines des traumatismes et/ou de la parentalité, les activités du programme sont susceptibles d'atteindre leurs cibles et sont peu susceptibles de retraumatiser les participants. Les données récoltées dans le cadre des essais pilotes de l'intervention confirment également l'acceptabilité de l'intervention du point de vue des participantes. Ces dernières rapportent un haut degré de motivation durant l'ensemble du programme et indiquent avoir appris des choses, avoir fait des prises de conscience et considérer l'ensemble des rencontres utiles.

En sommes, le programme STEP a été déployé de manière à combler plusieurs des limites discutées dans la section précédente quant à l'offre de service auprès des parents ayant vécu des traumatismes. D'abord, le programme a été développé avec la participation de divers partenaires du milieu académique et des milieux de pratique et est fondé sur les besoins des parents tels que rapportés par ces derniers lors de recherches qualitatives et quantitatives. Deuxièmement, ce processus de collaboration a permis de clarifier le cadre conceptuel de l'intervention. Le cadre conceptuel retenu se distance des approches principalement basées sur « l'éducation parentale » et s'inscrit résolument dans les paradigmes des approches sensibles aux traumatismes et de la mentalisation. Troisièmement, le déploiement du programme STEP s'inscrit dans une vaste démarche visant le transfert et la diffusion des connaissances en matière de trauma et de parentalité. Cette démarche inclut, par exemple, la diffusion de capsules vidéos visant démystifier les ressources disponibles au Québec susceptibles de soutenir les parents ayant vécu des traumatismes², la diffusion de capsules permettant le transfert des connaissances sur l'expérience de la parentalité chez les personnes ayant vécu de mauvais traitements³, et des représentations auprès d'instances gouvernementales quant à l'importance d'intervenir dès la grossesse auprès des hommes et des femmes ayant vécu des traumatismes (Berthelot & Garon-Bissonnette, 2019). Finalement, nous avons mis en place un devis de recherche longitudinal visant à documenter l'efficacité de ce programme d'intervention.

² www.uqtr.ca/ceidef/ressourcestrauma

³ www.uqtr.ca/ceidef/transferttrauma

Vous avez changé ma vie de parent. C'est énorme pour moi d'avoir pu discuter et travailler sur ces expériences. Ma relation avec mon fils et ma responsabilité face à mon rôle de parent a complètement changé (et pour le mieux!). Lorsque j'étais enceinte la première fois, j'avais peur et j'avais beaucoup de difficulté à créer un lien avec mon bébé. Ce n'est pas le cas cette fois-ci. J'ai hâte de le rencontrer et je l'aime déjà. Je suis énormément reconnaissante envers les animatrices du groupe et de l'expérience STEP. Merci mille fois! [Participant au programme STEP, en attente de son 2^e enfant]

Conclusion

Le présent chapitre rappelle d'abord que la problématique de la maltraitance envers les enfants ne s'arrête pas aux portes de l'enfance, et continue souvent à affecter les gens qui ont vécu de telles expériences tout au long de leur vie. En d'autres mots, nous croyons qu'il faut entrevoir la vulnérabilité des familles dans une perspective développementale et envisager que plusieurs des défis rencontrés par les parents émergent d'éléments de leur histoire, auxquels les intervenants se doivent d'être sensibles afin d'ajuster leur réponse. Ces adultes, dont les besoins affectifs ont été grandement négligés comme enfant, ne devraient pas être négligés une seconde fois, et pourraient grandement bénéficier de soins et de services adaptés à leur réalité et à leurs défis. Prioriser ces adultes ayant vécu des traumatismes développementaux consisterait à investir dans le bien-être, la sécurité et le développement de plusieurs générations d'enfants. En contrepartie, le texte met également en perspective que différents contextes de vie, tels que l'attente et l'arrivée d'un enfant, peuvent contribuer à exacerber des difficultés latentes propres à l'histoire des parents. Ainsi, la vulnérabilité des familles doit être considérée comme un concept dynamique, qui évolue en fonction de la trajectoire des familles, des défis qu'elles rencontrent sur les plans psychologiques, biologiques, sociaux, organisationnels et politiques ainsi que de la réponse des organisations gravitant autour d'elles.

Références

- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Cheung, K., Taillieu, T., Turner, S., & Sareen, J. (2016). Child abuse and physical health in adulthood. *Health reports*, 27, 10-18. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26983007>
- Amend, E., Kay, L., & Reilly, R. C. (2012). Journalism on the Spot: Ethical Dilemmas When Covering Trauma and the Implications for Journalism Education. *Journal of Mass Media Ethics*, 27, 235-247. Repéré à <https://doi.org/10.1080/08900523.2012.746113>
- Assink, M., Spruit, A., Schuts, M., Lindauer, R., van der Put, C. E., & Stams, G. J. M. (2018). The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 84, 131-145. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.037>
- Berthelot, N., Ensink, E., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36, 200-212. Repéré à <https://doi.org/10.1002/imhj.21499>
- Berthelot, N., Ensink, K., & Drouin-Maziade, C. (2016). Les défis de la parentalité pour les victimes de mauvais traitements au cours de leur enfance. Dans C. Giraudeau (Éd.), *Éléments pour une psychologie de la maltraitance* (pp. 53-76). Saint-Denis: Editions Publibook Université.
- Berthelot, N., & Garon-Bissonnette, J. (2019). *Soutenir les parents ayant vécu de mauvais traitements ou des traumatismes développementaux afin d'interrompre les trajectoires de risque intergénérationnelles. Mémoire déposé à la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse*. Repéré à https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_depotes_a_la_Commission/P-207_20200424_Memoire_Nicolas_Berthelot.pdf
- Berthelot, N., Garon-Bissonnette, J., Lemieux, R., Drouin-Maziade, C., & Maziade, M. (2020a). Paucity of intervention research in childhood trauma contrasts with the long known relation with negative outcomes : is trauma research translational enough? *Mental Health & Prevention*, 19, 200-219. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.200189>
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., & Muzik, M. (2020b). Prenatal Attachment, Parental Confidence, and Mental Health in Expecting Parents: The Role of Childhood Trauma. *Journal of midwifery & women's health*, 65, 85-95. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jmwh.13034>
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., & Savard, C. (2019a). Preliminary validation of the childhood interpersonal traumas checklist. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58, S280-S281.
- Berthelot, N., Lemieux, R., & Lacharité, C. (2018). Development of a prenatal program for adults with personal histories of childhood abuse or neglect: a Delphi consensus consultation study. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 38, 393-403. Repéré à <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.11.01> (Développement d'un programme d'accompagnement prénatal pour les adultes ayant été victimes d'abus ou de négligence au cours de leur enfance : étude de consensus par la méthode Delphi.)

- Berthelot, N., Lemieux, R., & Maziade, M. (2019 b). Shortfall of intervention research over correlational research in childhood maltreatment: an impasse to be overcome. *JAMA Pediatrics*, 173, 1009-1010. doi : 10.1001/jamapediatrics.2019.1684
- Berthelot, N., Savard, C., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Ensink, K., & Godbout, N. (2021). Development and validation of a self-report measure assessing inefficient mentalization of trauma and adverse relationships. *Child Abuse & Neglect*, 105017. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105017>
- Bloom, S. L. (2013). *Creating sanctuary: Toward the evolution of sane societies*. Londres : Routledge.
- Borelli, J. L., Cohen, C., Pettit, C., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., & Ensink, K. (2019). Maternal and Child Sexual Abuse History: An Intergenerational Exploration of Children's Adjustment and Maternal Trauma-Reflective Functioning. *Frontiers in Psychology*, 10, 1062. Repéré à <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01062>
- Bouvette-Turcot, A. A., Fleming, A. S., Unternaehrer, E., Gonzalez, A., Atkinson, L., Gaudreau, H.,... Meaney, M. J. (2019). Maternal symptoms of depression and sensitivity mediate the relation between maternal history of early adversity and her child temperament: The inheritance of circumstance. *Development and psychopathology*, 1-9. Repéré à <https://doi.org/10.1017/S0954579419000488>
- Bowlus, A., McKenna, K., Day, T., & Wright, D. (2003). *Coûts et conséquences économiques des sévices infligés aux enfants au Canada*. Rapport à la Commission du droit du Canada.
- Bublitz, M., De La Monte, S., Martin, S., Larson, L., & Bourjeily, G. (2017). Childhood maltreatment and inflammation among pregnant women with gestational diabetes mellitus: A pilot study. *Obstetric Medicine*, 10, 120-124. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1753495X17701320>
- Chamberlain, C., Gee, G., Harfield, S., Campbell, S., Brennan, S., Clark, Y., Mensah, F., Arabena, K., Herrman, H., Brown, S., & 'Healing the Past by Nurturing the Future', group. (2019). Parenting after a history of childhood maltreatment: A scoping review and map of evidence in the perinatal period. *PLOS One*, 14, e0213460. Repéré à <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213460>
- Christian, C. W. (2008). Professional education in child abuse and neglect. *Pediatrics*, 122 Suppl 1, S13-17. Repéré à <https://doi.org/10.1542/peds.2008-0715f>
- Collin-Vézina, D., McNamee, S., Brazeau, C., & Laurier, C. (2019). Initial Implementation of the ARC Framework in Juvenile Justice Settings. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28, 631-654.
- Danielson, C. K., Hankin, B. L., & Badanes, L. S. (2015). Youth offspring of mothers with posttraumatic stress disorder have altered stress reactivity in response to a laboratory stressor. *Psychoneuroendocrinology*, 53, 170-178. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.psycheneu.2015.01.001>
- De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23, 185-222. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.002>
- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: an 8-year prospective study. *Journal*

- of personality and social psychology*, 96, 601-619. Repéré à <https://doi.org/10.1037/a0013969>
- Easterbrooks, M. A., Bureau, J.-F., & Lyons-Ruth, K. (2012). Developmental correlates and predictors of emotional availability in mother–child interaction: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Development and psychopathology*, 24, 65-78.
- England-Mason, G., Khoury, J., Atkinson, L., Hall, G. B., & Gonzalez, A. (2018). Attentional avoidance of emotional stimuli in postpartum women with childhood history of maltreatment and difficulties with emotion regulation. *Emotion*, 18, 424.
- Ensink, K., Berthelot, N., Bernazzani, O., Normandin, L., & Fonagy, P. (2014). Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: preliminary validation of the Trauma Reflective Functioning Scale. *Frontiers in Psychology*, 5, 1471. Repéré à <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01471>
- Entringer, S., Buss, C., & Wadhwa, P. D. (2015). Prenatal stress, development, health and disease risk: A psychobiological perspective-2015 Curt Richter Award Paper. *Psychoneuroendocrinology*, 62, 366-375. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.08.019>
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child development*, 81, 435-456. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01405.x>
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology [Review]. *Journal of Personality Disorders*, 20, 544-576. Repéré à <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.544>
- Fuchs, A., Möhler, E., Resch, F., & Kaess, M. (2015). Impact of a maternal history of childhood abuse on the development of mother–infant interaction during the first year of life. *Child Abuse & Neglect*, 48, 179-189. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.023>
- Gagné, M. H., Richard, M. C., & Dubé, C. (2015). *Prévenir la maltraitance des enfants par le soutien au rôle parental. Différenciation du système Triple P par rapport aux autres programmes en usage au Québec*. Université Laval.
- Garon-Bissonnette, J., Duguay, G., Lemieux, R., Dubois-Comtois, K., & Berthelot, N. (2021). Maternal childhood abuse and neglect predicts offspring development in early childhood: The roles of reflective functioning and child sex. *Child Abuse & Neglect*, 105030. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105030>
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373, 68-81.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study. *Child development*, 83, 591-610. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01711.x>
- Guedeney, A., & Tereno, S. (2010). Transition to parenthood. Dans S. Tyano, M. Keren, H. Herramn, & J. Cox (Éds.), *Parenthood and Mental Health: A bridge between infant and adult psychiatry* (pp. 171-179). Hoboken: Willey-Blackwell Publications.

- Heim, C. M., Entringer, S., & Buss, C. (2018). Translating basic research knowledge on the biological embedding of early-life stress into novel approaches for the developmental programming of lifelong health. *Psychoneuroendocrinology*. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.12.011>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress, 5*, 377-391.
- Huth-Bocks, A. C., Krause, K., Ahlfs-Dunn, S., Gallagher, E., & Scott, S. (2013). Relational trauma and posttraumatic stress symptoms among pregnant women. *Psychodyn Psychiatry, 41*, 277-301. Repéré à <https://doi.org/10.1521/pdps.2013.41.2.277>
- James, C. (2020). Towards trauma-informed legal practice: a review. *Psychiatry, Psychology, and Law, 27*, 275-299. Repéré à <https://doi.org/10.1080/13218719.2020.1719377>
- Kezelman, C., & Stavropoulos, P. (2012). *Practice guidelines for treatment of complex trauma and trauma informed care and service delivery*. Sydney : Adults Surviving Child Abuse.
- Kitzman, H. J., Olds, D. L., Cole, R. E., Hanks, C. A., Anson, E. A., Arcoleo, K. J.,... Holmberg, J. R. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 164*, 412-418. Repéré à <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.76>
- Kluwer, E. S. (2010). From Partnership to Parenthood: A Review of Marital Change Across the Transition to Parenthood. *Journal of Family Theory & Review, 2*, 105-125. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2010.00045.x>
- Lacharité, C., & Lafantaisie, V. (2016). Le rôle de la fonction réflexive dans l'intervention auprès de parents en contexte de négligence envers l'enfant. *Revue Québécoise de Psychologie, 37*, 159-180.
- Lang, A. J., Gartstein, M. A., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M. (2010). The impact of maternal childhood abuse on parenting and infant temperament. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 23*, 100-110. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00229.x>
- Lê-Scherban, F., Wang, X., Boyle-Steed, K. H., & Pachter, L. M. (2018). Intergenerational associations of parent adverse childhood experiences and child health outcomes. *Pediatrics, 141*, e20174274.
- Lemieux, R., Loiselle, M., & Berthelot, N. (2020). Are psychiatric nurses sufficiently informed about the repercussions of childhood maltreatment? *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, 27*, 203-204. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jpm.12588>
- Li, S., Zhao, F., & Yu, G. (2019). Childhood maltreatment and intimate partner violence victimization: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect, 88*, 212-224. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.012>
- Lippard, E. T. C., & Nemeroff, C. B. (2020). The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders. *American Journal of Psychiatry, 177*, 20-36. Repéré à <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010020>

- Luke, N., & Banerjee, R. (2013). Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: A meta-analysis and systematic review. *Developmental Review*, 33, 1-28. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.dr.2012.10.001>
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J.-F., Easterbrooks, M. A., Obsuth, I., Hennighausen, K., & Vulliez-Coady, L. (2013). Parsing the construct of maternal insensitivity: Distinct longitudinal pathways associated with early maternal withdrawal. *Attachment & Human Development*, 15, 562-582.
- MacLeod, J., & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1127-1149. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11057701>
- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: a review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment & Human Development*, 8, 89-111. Repéré à <https://doi.org/10.1080/14616730600774458>
- Madigan, S., Cyr, C., Eirich, R., Fearon, R. M. P., Ly, A., Rash, C.,... Alink, L. R. A. (2019). Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Development and psychopathology*, 31, 23-51. Repéré à <https://doi.org/10.1017/S0954579418001700>
- Main, M., & Solomon, J. (1990). *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). University of Chicago Press.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). University of Chicago Press.
- Malda-Castillo, J., Browne, C., & Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review [Systematic Review]. *Psychology and Psychotherapy*, 92, 465-498. Repéré à <https://doi.org/10.1111/papt.12195>
- Maneta, E. K., Cohen, S., Schulz, M. S., & Waldinger, R. J. (2015). Linkages between childhood emotional abuse and marital satisfaction: The mediating role of empathic accuracy for hostile emotions. *Child Abuse & Neglect*, 44, 8-17. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.017>
- McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication II: associations with persistence of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry*, 67, 124-132.

- Meaney, M. J. (2018). Perinatal Maternal Depressive Symptoms as an Issue for Population Health. *American Journal of Psychiatry*, 175, 1084-1093. Repéré à <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17091031>
- Milot, T., Lemieux, R., Berthelot, N., & Collin-Vézina, D. (2018). Pratiques sensibles aux traumatismes. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina, & N. Godbout (Éds.), *Le Trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir* (pp. 251-271). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Milot, T., St-Laurent, D., & Éthier, L. S. (2016). Intervening with severely and chronically neglected children and their families: The contribution of trauma-informed approaches. *Child Abuse Review*, 25, 89-101.
- Min, M. O., Singer, L. T., Minnes, S., Kim, H., & Short, E. (2013). Mediating links between maternal childhood trauma and preadolescent behavioral adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 28, 831-851. Repéré à <https://doi.org/10.1177/0886260512455868>
- Moog, N. K., Buss, C., Entringer, S., Shahbaba, B., Gillen, D. L., Hobel, C. J., & Wadhwa, P. D. (2016). Maternal Exposure to Childhood Trauma Is Associated During Pregnancy With Placental-Fetal Stress Physiology. *Biological Psychiatry*, 79, 831-839. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.08.032>
- Moog, N. K., Entringer, S., Rasmussen, J. M., Styner, M., Gilmore, J. H., Kathmann, N., Heim, C. M.,... Buss, C. (2018). Intergenerational effect of maternal exposure to childhood maltreatment on newborn brain anatomy. *Biological Psychiatry*, 83, 120-127.
- Moran, G., Forbes, L., Evans, E., Tarabulsy, G. M., & Madigan, S. (2008). Both maternal sensitivity and atypical maternal behavior independently predict attachment security and disorganization in adolescent mother-infant relationships. *Infant Behavior and Development*, 31, 321-325. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2007.12.012>
- Moskowitz, S. (2011). Primary maternal preoccupation disrupted by trauma and loss: Early years of the project. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10, 229-237.
- Muzik, M., Rosenblum, K. L., Alfafara, E. A., Schuster, M. M., Miller, N. M., Waddell, R. M., & Stanton Kohler, E. (2015). Mom Power: preliminary outcomes of a group intervention to improve mental health and parenting among high-risk mothers. *Archives of Womens Mental Health*, 18, 507-521. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0490-z>
- Nguyen-Feng, V. N., Baker, M. R., Merians, A. N., & Frazier, P. A. (2017). Sexual victimization, childhood emotional abuse, and distress: Daily coping and perceived control as mediators. *Journal of Counseling Psychology*, 64, 672-683. Repéré à <https://doi.org/10.1037/cou0000244>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9, e1001349.
- Québec, I. d. l. s. (2019). Naissances, décès et mariages au Québec en 2018 – Données provisoires. 23, 1-22. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bulletins/coupdœil-no32.pdf>

- Racine, N., Killam, T., & Madigan, S. (2019). Trauma-Informed Care as a Universal Precaution: Beyond the Adverse Childhood Experiences Questionnaire. *JAMA Pediatrics*, 1-2. Repéré à <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3866>
- Racine, N., Plamondon, A., Madigan, S., McDonald, S., & Tough, S. (2018). Maternal Adverse Childhood Experiences and Infant Development. *Pediatrics*, 141. Repéré à <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2495>
- Riggs, S. A. (2010). Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19, 5-51.
- Rijlaarsdam, J., Stevens, G. W., Jansen, P. W., Ringoot, A. P., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Ayer, L., Verhulst, F. C., Hudziak, J. J., & Tiemeier, H. (2014). Maternal childhood maltreatment and offspring emotional and behavioral problems: Maternal and paternal mechanisms of risk transmission. *Child maltreatment*, 19, 67-78.
- Roberts, A. L., Lyall, K., Rich-Edwards, J. W., Ascherio, A., & Weisskopf, M. G. (2013). Association of maternal exposure to childhood abuse with elevated risk for autism in offspring. *JAMA Psychiatry*, 70, 508-515. Repéré à <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.447>
- Rosenblum, K., Lawler, J., Alfafara, E., Miller, N., Schuster, M., & Muzik, M. (2017). Improving Maternal Representations in High-Risk Mothers: A Randomized, Controlled Trial of the Mom Power Parenting Intervention. *Child Psychiatry and Human Development*. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0757-5>
- Rosenblum, K., Muzik, M., Morelen, D. M., Alfafara, E. A., Miller, N. M., Waddell, R. M.,... Ribaud, J. (2017). A community-based randomized controlled trial of Mom Power parenting intervention for mothers with interpersonal trauma histories and their young children. *Archives of Womens Mental Health*, 20, 673-686. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0734-9>
- Rusconi-Serpa, S., Suardi, F., Moser, D., & Schechter, D. S. (2015). Impact du stress post-traumatique lié à la violence domestique sur la parentalité : Données empiriques et applications cliniques. *Enfance*, 3, 409-427.
- Savage, L. E., Tarabulsy, G. M., Pearson, J., Collin-Vezina, D., & Gagné, L. M. (2019). Maternal history of childhood maltreatment and later parenting behavior: A meta-analysis. *Development and psychopathology*, 31, 9-21. Repéré à <https://doi.org/10.1017/S0954579418001542>
- Schechter, D. S., Kaminer, T., Grienberger, J. F., & Amat, J. (2003). Fits and starts: A mother–infant case-study involving intergenerational violent trauma and pseudoseizures across three generations. *Infant Mental Health Journal*, 24, 510-528.
- Seng, J. S., Rauch, S. A. M., Resnick, H., Reed, C. D., King, A., Low, L. K.,... Liberzon, I. (2010). Exploring posttraumatic stress disorder symptom profile among pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31, 176-187. Repéré à <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.486453>
- Shonkoff, J. P. (2011). Protecting brains, not simply stimulating minds. *Science*, 333, 982-983. Repéré à <https://doi.org/10.1126/science.1206014>
- Shonkoff, J. P. (2016). Capitalizing on Advances in Science to Reduce the Health Consequences of Early Childhood Adversity. *JAMA Pediatrics*, 170, 1003-1007. Repéré à <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.1559>

- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L.,... & Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129, e232-e246. Repéré à <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning : an introduction. *Attachment & Human Development*, 7, 269-281. Repéré à <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Slade, A., Cohen, L. J., Sadler, L. S., & Miller, M. (2009). *The psychology and psychopathology of pregnancy*. New York : Guilford Press.
- Starling, S. P., Heisler, K. W., Paulson, J. F., & Youmans, E. (2009). Child abuse training and knowledge: a national survey of emergency medicine, family medicine, and pediatric residents and program directors. *Pediatrics*, 123, e595-602. Repéré à <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2938>
- Stephenson, L. A., Beck, K., Busuulwa, P., Rosan, C., Pariante, C. M., Pawlby, S., & Sethna, V. (2018). Perinatal interventions for mothers and fathers who are survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 80, 9-31. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.018>
- Su, Y., D'Arcy, C., Yuan, S., & Meng, X. (2019). How does childhood maltreatment influence ensuing cognitive functioning among people with the exposure of childhood maltreatment? A systematic review of prospective cohort studies. *Journal of Affective Disorders*, 252, 278-293. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.026>
- Taillieu, T. L., Brownridge, D. A., Sareen, J., & Afifi, T. O. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*, 59, 1-12.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 241-266. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews. Neuroscience*, 17, 652-666. Repéré à <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>
- Tourigny, M., Gagné, M. H., Joly, J., & Chartrand, M. E. (2006). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Canadian Journal of Public Health*, 97, 109-113. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16619996> (Prevalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise.)
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408. Repéré à <http://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2005-05449-005&site=ehost-live>
- van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Coughlan, B., & Reijman, S. (2020). Annual Research Review: Umbrella synthesis of meta-analyses on child maltreatment antecedents and interventions: differential susceptibility perspective on risk and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61, 272-290. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jcpp.13147>
- Williams, L. M., Debattista, C., Duchemin, A. M., Schatzberg, A. F., & Nemeroff, C. B. (2016). Childhood trauma predicts antidepressant response in adults with major

- depression: data from the randomized international study to predict optimized treatment for depression. *Transl Psychiatry*, 6, e799. Repéré à <https://doi.org/10.1038/tp.2016.61>
- Zeegers, M. A. J., Colonnesi, C., Stams, G.-J. J. M., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant–parent attachment. *Psychological Bulletin*, 143, 1245-1272. Repéré à <https://doi.org/10.1037/bul0000114>

Chapitre 15

La difficulté d'écouter les parents dans la cadre de la protection de l'enfance

Michel Boutanquoi, Dominique Ansel et Aurore Mainpin

Introduction

La participation des enfants et des parents dans les services de protection de l'enfance apparaît comme un moyen de prendre en compte la vulnérabilité des familles si on veut bien considérer avec Le Blanc : « que la participation au monde, l'inscription dans une histoire plus grande que la sienne, est une condition majeure de la réalisation d'une vie » (Le Blanc, 2009, p. 16). Globalement une approche par la vulnérabilité s'oppose à une approche par les défaillances; elle ne pointe pas tant les déficits que la difficulté d'accès aux ressources (familiales, sociales, économiques...) qui permettent de répondre aux besoins des enfants, d'assurer sa vie de manière autonome. On parlera ici avec Garrau (2018) de vulnérabilité problématique pour la distinguer d'une vulnérabilité qui reflète notre humanité, le fait d'être dépendant des autres, de pouvoir subir des aléas. Une des caractéristiques de cette vulnérabilité problématique renvoie à l'accès à une parole reconnue et à la possibilité pour les familles de « faire entendre leur voix dans l'espace public et politique » (Garrau 2018, p. 305). Différents ouvrages (Lacharité et al., 2015; Boutanquoi & Lacharité, 2020) soulignent la nécessité non pas seulement de l'accès à une parole écoutée trop souvent traduite ensuite dans la langue des professionnels ce que Lacharité (2015) nomme la captation institutionnelle, mais d'une parole entendue, reconnue qui participe à l'évaluation des problèmes et à l'élaboration des actions à mettre en œuvre.

Comme le souligne Fleury (2019) « *Il faut se soucier de rendre capacitaires les individus, c'est-à-dire de leur redonner aptitude et souveraineté dans ce qu'ils sont* » (p. 7). Prendre en compte la vulnérabilité des familles c'est sans doute d'abord prendre conscience de la « *déverbalisation* » (p. 10), les mots taillés en pièce par celui qui sait ce qui impose de « *veiller à ne pas techniciser son expertise comme à ne pas dévaloriser celle du patient* » (p. 24), ici les parents et les enfants.

Nous voudrions donc souligner au travers de l'analyse d'un entretien entre une mère et deux professionnelles (analyse réalisée conjointement entre les chercheurs et les professionnelles) comment se mettent en place des logiques qui vont à l'encontre des intentions de départ (écouter, valoriser les compétences parentales, la parole) au travers de l'inscription d'une parole dans un réseau de significations porté par un service, par l'expertise de ses agents qui se trouve facilitée par le cadre de pensée et d'organisation dans lequel les professionnelles exercent. Il s'est aussi agi de penser avec les professionnelles des voies de dégagement.

L'entretien a été enregistré dans le cadre de travaux conduits au sein d'un département avec les professionnels de la protection de l'enfance¹. Une des études s'intéresse à la première rencontre entre parents et professionnelles considérant que celle-ci a un caractère essentiel, inaugural en quelque sorte d'une relation dans le cadre d'une mesure éducative.

Le service au sein duquel cette étude s'inscrit est appelé à investiguer des situations familiales suite à la transmission d'un signalement (nommé Informations Préoccupantes – IP), à produire une évaluation et à faire des propositions. La majorité des IP proviennent des milieux scolaires ou de services éducatifs (crèches). Il arrive, assez rarement, qu'un parent exprime une demande d'aide via un service social de secteur (autrement dit un service qu'on peut qualifier de première ligne) au regard des difficultés rencontrées avec son enfant. Cette demande est évaluée comme un signalement.

C'est une situation de ce type que conjointement avec les professionnelles nous avons choisi d'étudier. Tout l'intérêt ici était d'appréhender un travail non pas à partir d'un signalement extérieur à la famille qui conduit à organiser une forme d'intrusion dans l'espace familial pour vérifier la réalité des faits signalés, mais à partir d'une demande, en l'occurrence celle d'une mère préoccupée par l'évolution de son fils de 16 ans, par les difficultés de dialogue avec lui, par ses relations. En effet, celui-ci a quitté le domicile pour se rapprocher de son père qui vit dans une autre région. Il est à ce moment-là hébergé par les grands-parents maternels. Cela crée des incertitudes quant à la poursuite de sa formation dans le cadre d'un apprentissage qu'il effectuait près du domicile maternel. Par ailleurs il est convoqué au tribunal pour enfants pour détention de document au caractère raciste avéré, détention qui semble en lien avec une fréquentation d'un

¹ En France les départements en tant que collectivités territoriales, ont la charge de la mise en œuvre de la protection de l'enfance telle qu'elle est définie dans le Code de la Famille et de l'Aide Sociale.

groupe de jeunes skinheads. Enfin, cela se joue dans le contexte d'une naissance attendue par la mère et son beau-père.

Méthodologie

Le premier entretien entre les deux professionnelles du service en charge de l'évaluation des IP et la mère a été enregistré en présence d'un chercheur avec l'accord de toutes les parties. Deux séances de travail s'en sont suivies avec les deux professionnelles et trois chercheurs. Les deux séances ont eu lieu à un mois d'intervalle, la première se déroulant trois mois après l'entretien.

Nous ne nous sommes pas situés strictement dans une logique d'autoconfrontation telle que pratiquée dans le cadre de la clinique de l'activité (Clot et al., 2001) où un praticien se trouve confronté aux traces de son activité (document écrit ou vidéo) et réagit, commente, analyse. Nous nous sommes situés dans le cadre d'une écoute conjointe de l'enregistrement, professionnelles et chercheurs, avec une consigne : chacun intervient quand il le souhaite en donnant la priorité aux réactions des professionnelles. Les deux séances se sont déroulées selon la même logique sans travail de reprise entre les deux par les chercheurs.

En amont, avant le travail avec les professionnelles nous avons, en tant que chercheurs, effectué une première écoute/lecture de l'entretien transcrit pour repérer les différentes phases de l'entretien et leur durée, les différents objets de discours (de quoi parle-t-on?) que nous avons visualisés sous la forme d'un tableau. Cela a fait émerger une série d'interrogations. Pour autant il ne fut pas question d'orienter l'analyse des professionnelles à partir de celle-ci, nous nous sommes donné juste la possibilité de revenir sur certains points repérés en amont que les professionnelles n'évoqueraient pas ou de reprendre un point soulevé par elles à l'écoute de l'entretien faisant écho à nos interrogations et dont nous proposons alors d'approfondir le sens. Il s'est agi de rester dans une logique de dialogue, de confrontation de points de vue autour d'un objet, un entretien avec une mère. Se faisant nous nous rapprochons quelque peu de l'ethnographie institutionnelle en se centrant prioritairement sur l'expérience des professionnelles qui « se situe toujours dans deux mondes à la fois : le monde de l'expérience mémorisée dans le corps et dans l'esprit, et le monde de l'ici et maintenant de l'expérience exprimée oralement en compagnie d'un interlocuteur présent » (Smith, 2018, p. 185).

L'aventure n'est pas sans risque : « *c'est impressionnant de s'entendre* », dira l'une des professionnelles; « *ça m'interpelle* », ajoutera sa collègue au début

du travail d'analyse. Lors de la deuxième séance, elles interrogeront le travail en cours : « *qu'est-ce qu'on fait de tout ça?* ». Elles exprimeront alors une attente, aller au-delà de constats parfois déstabilisants pour ouvrir sur de nouvelles pistes pour la pratique. Pour les chercheurs, il s'agit d'une question essentielle : ce type d'approche ne doit pas conduire à des formes de disqualification du travail et de vulnérabilisation des acteurs. Il doit rester une découverte conjointe, dans un cadre réflexif, de certains éléments qui fondent les pratiques professionnelles.

Le déroulé de l'entretien

Il apparaît important de donner ici des éléments de repères concernant la temporalité et les objets de discours (de quoi parle-t-on?) dont nous savons qu'ils orientent la lecture. Mais les échanges avec les professionnelles s'appuient sur le déroulé qu'il faut pouvoir restituer à minima au lecteur.

L'entretien peut se diviser en deux grandes parties. La première (54 minutes) débute sur un temps de présentation (le service, les objectifs de l'entretien, les suites). Puis, successivement différentes questions sont abordées par les professionnelles : l'histoire conjugale (le temps de vie commune entre les deux parents avant la séparation), le comportement du fils, sa scolarité, la relation mère-fils, la relation conjugale actuelle. La seconde partie (25 minutes) se centre sur les attentes de la mère, ce qu'elle pourrait faire ou envisager de faire pour faire face à la situation, la manière dont les professionnelles vont poursuivre leur travail d'évaluation (contact avec le père, avec le fils).

Les points de questionnement

Tout au long du travail d'analyse, les professionnelles font faire régulièrement état de l'écart entre leurs intentions, ce qu'elles pensent avoir réalisé au cours de la rencontre, ce qu'elles gardent en mémoire et ce qu'elles découvrent en s'écoutant et en échangeant avec les chercheurs. Elles prennent aussi du recul sur leurs manières de faire et interrogent leurs pratiques.

La procédure. Elles n'avaient pas le souvenir d'avoir passé autant de temps à présenter le cadre de leur intervention. Bien sûr : « *il faut être clair avec les gens* » et il est donc nécessaire « *de se présenter, présenter le cadre, le travail* ». « *On va insister on ne va prendre pour argent comptant les informations qui nous viennent (IP) et que leur parole est importante* » précisent-elles car cela est nécessaire « *pour créer la confiance* ». Néanmoins elles questionnent sur ce qui leur apparaît « *formaté* », « *un attachement à la procédure* » dont elles se demandent s'il ne s'agit pas d'un besoin d'assise pour elles-mêmes, « *comme si*

on pouvait avoir peur de la relation ». Et deux questions fortes émergent : qu'en comprennent les personnes rencontrées (ici la mère), en quoi cela organise-t-il la suite des échanges?

D'emblée l'accent est mis sur un point essentiel qui va revenir à différents moments de l'analyse : le cadre de travail, les procédures élaborées au sein de l'organisation. Elles relèvent de ce que Smith (2018) nomme le *texte*, les discours institutionnels qui « *sont des opérateurs centraux de coordination parce qu'ils organisent les activités effectuées* » (p. 162). Elle précise : « *C'est le lecteur qui active le texte. Lorsque le texte est écrit, il ou elle prend le rôle de l'agent du texte, reprenant dans l'acte social de la conversation les réponses inscrites dans le texte sous la forme de procédures pour anticiper, reconnaître, et enfin rassembler des cohérences* » (p. 162).

Les professionnelles expliquent qu'elles ont pour objectif dans ce type d'entretien de partir des difficultés « *pour aller vers les compétences et la compréhension des parents* ». Mais cet objectif qui se donne pour moyen l'écoute, l'attention, la bienveillance, se trouve enchâssé dans les impératifs assignés par l'organisation dans le cadre de l'évaluation des Informations Préoccupantes : un temps de travail contraint, une nécessité d'établir un rapport avec des préconisations et qui réponde clairement à la question : le mineur concerné est-il ou non en situation de danger? Elles se rendent compte que, quelle que soit leur volonté de faire un pas de côté par rapport à ce cadre, elles y reviennent à plusieurs reprises dans l'entretien (mais surtout au début et à la fin) de par cette obligation. L'entretien qui se veut d'orientation compréhensive, qui se veut nous disent-elles, déjà tourné vers l'accompagnement (« *Une IP il faut évaluer, mais pour évaluer il faut accompagner* ») prend parfois des allures d'enquête.

Sans doute doit-on considérer avec le recul, le temps d'écriture de ce chapitre dans l'après coup de l'analyse conjointe, l'existence d'une tension sans doute inévitable entre l'objectif assigné (évaluer)², les procédures élaborées par la direction des services départementaux de protection de l'enfance, et le travail sur le terrain c'est-à-dire la manière de faire avec les différentes prescriptions, mais aussi avec différentes temporalités, celle du service, celle de la mère, celle des professionnelles. Mais si la procédure peut sembler s'opposer à l'accompagnement, pour autant tout ne joue pas sur ce rapport incertain. « *Il y a*

2 Qui relève d'une dimension légale, car c'est la loi qui a imposé aux départements d'organiser une cellule de recueil des Informations Préoccupantes, l'obligation d'évaluation du danger.

de ça (la procédure), mais pas que » soulignent-elles. L'analyse va s'engager sur deux autres points importants.

Le rapport à l'histoire. Après ce temps de cadrage, l'entretien se poursuit par une invitation adressée à la mère de situer l'histoire, la sienne, celle de son fils. La mère évoque des violences conjugales commises par le père qui a conduit à leur séparation, ce point va occuper une bonne partie de l'entretien.

Lorsqu'elles reprennent les différents passages consacrés à cette question, plusieurs remarques fusent. En premier lieu des éléments d'explication : « *on a des infos (sur les violences), cela met une pression supplémentaire* ». Mais elles font aussi référence à une habitude : « *on y va comme on y va comme on a l'habitude d'y aller, on ne réfléchit pas à comment on va y aller* ». Cette référence à l'histoire s'inscrit dans « *notre besoin de compréhension* », précisent-elles. Et cela renvoie probablement à ce que l'on pourrait nommer le texte de la formation des travailleurs sociaux qui fait de l'histoire une explication essentielle du présent. D'où cette sollicitation que la mère se raconte, raconter son histoire.

Au fur et à mesure de l'écoute de l'enregistrement elles font le constat d'éléments qui sont venus parasiter l'entretien : « *c'est important ces éléments, des choses qui viennent parasiter* » que ce soient les informations de départ, dont elles ne disent presque rien, puis cette centration sur la violence qui orientent leurs questionnements : « *mesurer jusqu'où est allée la violence conjugale* », « *mesurer les conséquences possibles* », « *on cherche à évaluer si elle a pu être protectrice ou pas* » et aussi : « *l'intention pour moi était d'évaluer si l'enfant avait témoin de violences* ».

Elles en retirent assez rapidement une réflexion importante : « *je trouve que là on reste sur une position de recueil d'information (nos besoins à nous) et on est toujours pas sur la demande de la mère* » dit l'une d'entre elles alors qu'elles pensent qu'elles auraient dû « *être sur le présent* » de la mère et de la relation à son fils.

Ce qui prime alors relève d'une stratégie d'enquête au travers de questions, de relances, de demandes de précisions qui se trouve inscrites à la fois dans la nécessité de produire un rapport, une volonté de comprendre qui active un cadre de pensée et le souci de « *l'aider elle* ». Mais derrière la recherche d'information s'affirme l'idée que cet entretien, sa conduite peut être un point d'appui pour la mère. Certes il y a l'enquête (la commande institutionnelle), mais il y a aussi leur volonté d'initier un travail d'aide.

Au-delà donc de la procédure se met en place une volonté associée à leur protocole : *« c'est un protocole qu'on a, on pourrait faire autrement pour aller plus rapidement sur la demande de la maman (qui sollicite), on aurait pu aller sur la demande, et voir les besoins de connaissance après »*.

En centrant sur leurs besoins en tant que professionnelles dans le cadre de leur mission, l'entretien s'écarte d'une logique de dialogue favorisant l'expression de la mère (et sa compréhension selon l'objectif des professionnelles) au profit d'une recherche experte d'éléments de connaissance qui permettent de construire une certaine image de la situation.

*Du coup on sait toujours pas pourquoi la maman elle est là » ;
« on a plaqué une procédure sur une situation singulière
(demande); On revient sur des choses douloureuses, on appuie
sur quelque chose qui nous éloigne de sa demande, on se perd
et peut-être qu'on la perd.*

En trois phrases les professionnelles situent ce qui a pu se jouer, en quoi leur centration sur des éléments qu'elles considèrent comme essentiels et leur manière de procéder ont pu obérer la possibilité de se centrer sur les besoins de la mère et de son fils.

Le rapport à la violence conjugale. La reprise des passages de l'entretien consacrés à la violence conjugale provoque de nombreuses interrogations moins sur le cadre que sur ce qui se joue à ce moment-là de la rencontre. *« Je me suis assez focalisée sur les violences conjugales et je pense que ça m'a parasitée, c'était aussi dans l'objectif de comprendre ce qu'elle pouvait vivre aujourd'hui avec ce monsieur et comment elle pouvait être par rapport au papa » ; « je me fais le film violences conjugales en présence de l'enfant » ; « Qu'est-ce qui nous a touché? A-t-on eu des peurs d'aller vers autre chose? »*. Ces réactions renvoient à un registre intersubjectif. En saisir toute la nature personnelle, voire intime, ne rentrait pas dans les objectifs d'une analyse conjointe, mais il est essentiel que ces dimensions puissent être notées au sens où elles ont influencé considérablement la conduite de l'entretien.

« Je me suis sentie embarquée par les inquiétudes de cette maman (je nous ai senties embarquées) sans possibilité de recul » ; « On était embourbées dans des choses ». Ce n'est pas seulement un élément parasite comme noté ci-dessus, mais quelque chose qui vient prendre une place sans doute démesurée au regard de la place que cela prend pour la mère. *« On s'est perdues dans la situation conjugale, trop de choses par en rapport avec l'actuel, les besoins de*

Mme, de M. (son fils)... dans l'objectif de comprendre ce qui lui arrivait sans relier à ce dont elle avait besoin aujourd'hui »; « On a essayé de comprendre les choses qui se sont passées 10 ans auparavant sans se fixer sur M., comment elle pouvait faire pour le protéger ». Pendant l'entretien cela se repère au travers de mots suggérés à la mère (l'idée d'humiliation par exemple) ou de la question d'une possible violence du fils envers elle alors qu'elle est venue pour lui.

« *Focalisée* », « *embarquée* » sont des termes qui soulignent comment l'attention s'est trouvée déplacée par un aspect de la vie de la mère qui a fait résonance à un titre ou un autre (« *Qu'est-ce qui nous a touché?* »). « *Qu'est-ce qui fait qu'on s'est perdu?* » demande l'une des professionnelles. Il ne peut y avoir de réponse ici.

Le binôme professionnel. Les deux professionnelles ont accumulé une certaine expérience en tant que binôme, elles se connaissent et travaillent ensemble depuis longtemps. Elles sont en confiance, ont des repères et des habitudes communes, plus besoin de se parler, les implicites sont présents tant sur la manière de structurer l'entretien que sur la dynamique de leur coanimation. Dans le cours de l'entretien, elles orientent les questionnements à tour de rôle. Elles évoquent leur observation mutuelle une « *attention au non verbal qui peut être repris par l'autre* ». Et pourtant là, dans cette situation, elles se sont « *embarquées* » ensemble sans que l'une ou l'autre ne fasse tiers.

Alors nous avons posé la question de savoir si ce fonctionnement et sans aucun doute cette proximité entre les deux professionnelles ne produisaient pas un effet contraire à celui escompté. Il y a l'idée que l'une peut être en recul par rapport à l'autre de manière à laisser des espaces à l'interlocutrice (ici la mère), mais la complicité qui les lie ne conduit-elle plus à fermer qu'à ouvrir? La question n'est pas facile, la réponse encore moins. Mais cela les conduit à interroger des routines (« *on y va comme on y va comme on a l'habitude d'y aller, on ne réfléchit pas à comment on va y aller* »), la manière dont celles-ci de même que les procédures peuvent avoir d'abord un effet de contenance face à l'inconnu des situations.

Dans l'après-coup de ce type d'entretien, il existe une forme de reprise avec le responsable du service, un temps de recul. S'agissant de cet entretien, l'une d'entre elles souligne : « *Ça m'a fait baisser la pression, t'as pris la patate chaude de Mme, je pense que je m'en suis rajouté* ». La prise de distance, l'échange avec le responsable les a confirmées dans l'idée « *d'aller investiguer* » telle qu'elles l'exposent à la fin de l'entretien. Et d'une certaine manière de revenir à l'attente du service,

Nous ne sommes pas allés au bout de l'analyse de l'entretien pour deux raisons. La première tient au temps écoulé son enregistrement qui renvoie dans le lointain les souvenirs. La deuxième, perçue surtout lors du deuxième temps d'analyse, tient à la difficulté de se centrer sur l'expérience passée sans tenir compte de l'expérience présente c'est-à-dire de l'évolution de la situation qu'elles résument ainsi : le fils avait besoin d'aller se confronter à une vie chez son père, la mère est moins inquiète, accepte de lâcher prise, des informations ont été données pour une éventuelle aide sur place³, l'audience au tribunal (à propos des documents racistes) n'a pas débouché sur une mesure pénale, l'évaluation ne conclut pas à une situation de danger. De fait la question de la violence conjugale a cédé le pas à la question des besoins du fils. Il n'y a pas eu d'autre entretien avec la mère, les contacts ont été maintenus le temps de l'évaluation par téléphone et courriel. À ce stade, il est important d'aller vers une compréhension de ce qui s'était joué.

Un sentiment contrasté. Les deux professionnelles ont formulé un certain nombre de constats qui tiennent à la conduite de l'entretien, à la compréhension de la situation, au ressenti possible de la mère.

C'est pas comme ça que je recommencerais cet entretien on avait les ingrédients pour faire autrement ». Le regard est critique sur le déroulé au point de dire : J'explique pas comme ça, je pense qu'on a pas permis à cette maman dans cet entretien qu'elle puisse parler de ces difficultés et pour cette maman c'est compliqué de nommer. On a pas réussi, on n'a pas trouvé comment y aller.

Pour elles quelque chose ne s'est pas noué, quelque chose n'a pu advenir au cours de l'entretien du fait, en partie, de leur posture.

Dans cette situation-là on a pas su ce qui se passait entre la mère et son fils. On est pas allée sur la relation avec M., mais on n'a jamais pu y aller par la suite. On a jamais compris comment la communication se faisait entre elle et son fils.

Les constats portent ici sur les dimensions de la situation qui sont restées inexplorées. Elles l'expliquent simplement : « Est-elle n'était pas en train de nous dire j'ai une difficulté avec mon fils. Si on avait pu s'approcher

³ En fonction de la décision d'un juge aux affaires familiales qui doit statuer sur le changement de garde de l'enfant.

d'avantage... »; « Peut-être si on avait pu se centrer davantage sur ce dont elle avait besoin ». Elles réalisent qu'elles ne se sont pas appuyées sur la demande de la mère pour entamer l'entretien, mais sur un cadre d'intervention préétabli. En ce centrage sur la demande exprimée « cela aurait pu changer la manière de l'accompagner ». « Finalement je la trouve très patiente, coopérante; comment elle vit les choses; qu'est-ce qu'elle a pensé de tout ça; je pense pas qu'elle puisse dire qu'elle a eu de l'aide » : se plaçant du côté de ce que a pu ressentir la mère, elles sont assez sévères avec elles-mêmes.

C'est bien le risque ici, que les professionnelles portent seules une forme de responsabilité et au final une culpabilité alors qu'il s'agit de comprendre une construction qui s'appuie non seulement sur le travail, l'engagement des personnes, mais aussi des réalités organisationnelles et institutionnelles. C'est bien de cela qu'il s'agit : comment le cadre de travail (et son texte) s'impose aux unes et aux autres (professionnelles, parents). Sans nul doute la présence d'un chercheur au moment de l'enregistrement a quelque peu modifié le contexte, le cadre. Le regard fut certes silencieux, mais perçu forcément comme évaluatif et ce d'autant plus qu'elles ne connaissaient pas les implicites de l'équipe de recherche. Cela a alimenté le sentiment de pression qu'elles ont évoqué⁴.

Conclusion

Dans une situation de vulnérabilité liée aux difficultés rencontrées avec son fils, aux inquiétudes suscitées, une mère fait une demande d'aide. L'analyse menée conjointement entre professionnelles et chercheurs de l'entretien réalisé lors de la première rencontre met en évidence le fait que cette mère n'a pu parler de son présent, exprimer l'ici et le maintenant de ce qui lui faisait problème. Malgré le souci de l'accueil, d'une écoute attentive, malgré les marques de bienveillance, l'entretien est apparu organisé autour d'une démarche d'investigation obérant la possibilité même d'un dialogue autour des besoins de la mère et de son fils.

Les notions de texte et de conversation texte-lecteur développées par Smith (2018) nous semblent ici éclairer en partie ce qui s'est joué. Le texte au sens large recouvre un ensemble de discours qui circule dans un espace institutionnel (qui ne réduit pas à un établissement) et organise l'activité et l'expérience des personnes. L'idée de conversation texte-lecteur renvoie, nous

⁴ Il nous faut remercier ces deux professionnelles de s'être engagées dans un travail sans savoir sur quels chemins il allait les conduire, les remercier pour les échanges que nous avons eus sans lesquels ce chapitre n'aurait pu être écrit.

l'avons vue à l'activation par le lecteur du texte, mais aussi au fait qu'il « ancre le texte dans les réalités locales au sein desquelles œuvrent les personnes » (Smith, 2018, p. 159) et qu'il s'agit d'un processus « qui traduit les réalités quotidiennes en réalités institutionnelles » (idem). On pourrait ajouter qu'il travaille et est travaillée par l'expérience. Comme le souligne Lacharité : « *Un aspect central du lien entre une institution et l'expérience individuelle repose sur l'utilisation de catégories de langage/discours pour évoquer et décrire les activités et les pratiques des membres (gestionnaires, professionnels, utilisateurs de services, partenaires, etc.) de cette institution* » (2017, p. 11).

L'expression de la mère apparaît ainsi contrainte par les logiques institutionnelles, des discours qui opèrent une sélection « *des aspects de ce que les personnes font qui sont descriptives dans son cadre* » (Smith, 2018, p. 215); on peut en repérer trois :

- ❖ Le discours légal qui pose l'obligation d'évaluer si un mineur faisant l'objet d'informations préoccupantes est en situation de danger ou non;
- ❖ Le discours du service qui organise une procédure à suivre, prescrit une démarche et transforme aussi une demande d'aide en Information Préoccupante. C'est sans doute ici un point essentiel, car cela a inscrit l'interpellation de cette mère dans un cadre qui en dénature le sens en imposant tant aux professionnelles qu'à elle-même un autre sens;
- ❖ Le discours de la formation et de l'expérience des professionnelles avec lequel elles encadrent d'une certaine manière la parole de la mère.

L'expérience de la mère ne peut réellement s'exprimer : la finalité de la rencontre et la procédure qui l'inspire lui échappent, les professionnelles sont elles-mêmes aux prises avec un cadre, mais aussi avec des routines, des habitudes. Ses mots ne sont plus ses mots, mais des mots inscrits dans un rapport question/réponse qui oriente son expression : « *Le travail qui consiste à transposer des réalités vécues en réalités institutionnelles implique l'usage de la forme discursive de l'interrogatoire* » (Smith, 2018, p. 248). L'analyse conjointe apparaît alors comme une prise de conscience tant pour les chercheurs que pour les professionnelles de la force des textes et de la nécessité de les interroger.

Des parents qui ont fait une demande d'aide à un service social, à un service de protection de l'enfance peuvent exprimer le sentiment d'avoir mis le doigt dans un engrenage parce cette demande semble autoriser comme une

prise de contrôle de leurs vies (Boutanquoi et al., 2019). À cette vulnérabilité initiale (devoir faire face à un ou des événements déstabilisants et la quête d'un adolescent qui interroge ses parents en fait partie) se substitue une forme de vulnérabilité problématique qui renvoie au fait de perdre le contrôle de sa parole, de ses attentes. C'est bien ce qui se passe ici. Non seulement sa demande n'est pas l'objet premier de l'entretien, comme l'ont souligné les professionnelles, mais elle se voit confronter, ramener d'une certaine manière à une vulnérabilité ancienne; rappeler au souvenir d'une violence qu'elle ne nomme pas, car elle n'est pas venue pour cela (elle dit du père qu'il n'était pas gentil); ramener à une fragilité que d'autres expriment à sa place en déroulant un schéma de compréhension qui ne tient pas compte de son expérience vécue.

L'approche en termes de vulnérabilité permet d'aller au-delà des constats sur la nature asymétrique des relations dans un contexte d'aide, au-delà de la description des effets de pouvoir. Elle permet de souligner les difficultés à construire une relation de confiance dans un moment où se négocient les places de chacun en situation d'incertitude (Ansel, 2010). Plus que l'analyse du pouvoir, qui reste nécessaire, la construction d'un monde commun (Gély, 2006) implique une réflexivité des individus par rapport aux différentes significations que leurs gestes identitaires peuvent revêtir.

« Plus qu'un partenaire, le patient doit être un patient expert, un patient compétent » affirme Fleury (2019, p. 31), *« Ce qui implique qu'on lui reconnaisse ces qualités derrière sa vulnérabilité, de développer donc une « vision capacitaire et imaginative du soin »* (p. 33). En ce sens, cela souligne l'importance d'une démarche qui prend moins les accents de l'interrogatoire que celui du dialogue qui pour Smith est le cadre nécessaire à l'expression de l'expérience, donc de l'écoute d'une parole. Les conséquences peuvent aussi se situer au niveau de la construction de nouvelles normes tant sur le plan des pratiques que sur le plan de la construction d'un éventuel cadre organisationnel et institutionnel. C'est aussi à ce niveau que nous poursuivons nos recherches.

Références

- Ansel, D. (2010). Incertitude et intensité émotionnelle en situation de négociation. *Négociations*, 13, 23-41.
- Boutanquoi, M., & Lacharité, C. (2020). *Enfants et familles vulnérables en protection de l'enfance*. Besançon : Presses Universitaires de Franche-Comté.
- Boutanquoi, M., Ansel, D., & Bournel-Bosson, M. (2019). Parent-professional interviews in child protection: Comparing viewpoints. *Child and Family Social Work*. Repéré à doi.org/10.1111/cfs.12722.
- Clot, Y., Faita, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2001). L'entretien en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Education Permanente*, 146, 17-27.
- Fleury, C. (2019). *Le soin est un humanisme*. Paris : Tracts/Gallimard.
- Garrau, M. (2018). *Politiques de la vulnérabilité*. Paris : CNRS Éditions.
- Gély, R. (2006). *Identités et monde commun. Psychologie sociale, philosophie, société*. Bruxelles, PIE Peter Lang.
- Lacharité, C. (2015). Les familles et la vulnérabilité : la captation institutionnelle de la parole des enfants et des parents. Dans C. Lacharité, C. Sellenet & C. Chamberland (Éds.), *La protection de l'enfance : la parole des enfants et des parents* (pp. 37-50). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lacharité, C. (2017). L'ethnographie institutionnelle : une approche critique de la recherche sur les rapports entre les personnes et les institutions. Dans *Les Cahiers du CEIDEF : Vol 5*. Trois-Rivières, QC : CEIDEF/UQTR.
- Lacharité, C., Sellenet, C., & Chamberland, C. (2015). *La protection de l'enfance, la parole des enfants et des parents*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Le Blanc, G. (2009). *L'invisibilité sociale*. Paris : Puf.
- Smith, D. (2018). *L'ethnographie institutionnelle, une sociologie pour les gens*. Paris : Economica.

Chapitre 16

Les compétences parentales dans le processus de réunification familiale à la suite du placement de l'enfant : une approche centrée sur l'écologie de la parentalité

Maria Àngels Balsells

La réunification familiale dans le système de protection de l'enfance fait référence au processus par lequel un enfant retourne vivre dans sa famille d'origine après une période de séparation d'avec celle-ci, causée par une situation d'abandon, de négligence ou de mauvais traitements (Fernández, 2013). La réunification est l'objectif commun quand une mesure de protection de l'enfance est prise, impliquant la séparation de l'enfant du noyau familial de façon temporaire : l'accueil en famille d'accueil et/ou centre résidentiel. Indépendamment du fait qu'une mesure de placement dans une famille d'accueil ou un centre résidentiel soit adoptée, le travail avec la famille d'origine est nécessaire pour que l'enfant ou l'adolescent puisse ensuite rentrer chez lui. Ces décisions de séparation et de réunification familiale revêtent une importance particulière pour la vie d'un enfant, de par leur influence à court et long terme dans la vie de celui-ci (Farmer, 2014); et ce sont des décisions qui, à leur tour, ont un impact important sur la vie familiale.

Les deux expériences ont une grande influence à court et à long terme dans la vie des familles, car, bien que le placement familial et la réunification soient proposés comme des solutions qui aideront à améliorer la qualité de vie de l'enfant, ce qui est certain, c'est que ce sont des moments rapportés comme traumatisants par toutes les personnes impliquées. Les enfants et les adolescents vivent dans une double situation de vulnérabilité; d'une part, la situation de maltraitance, de négligence ou d'abandon qui motive l'entrée dans le système de protection et, d'autre part, l'adaptation au système de protection lui-même qui provoque des sentiments de perte, de peur et d'angoisse. Il en va de même pour les pères et les mères qui ont tendance à vivre la séparation et le placement familial, comme une réponse institutionnelle dans laquelle ils se

sentent jugés, gênés et peu compris et écoutés par le système de protection (Smithson & Gibson, 2016). Le moment du retour à la maison est également vécu de manière ambivalente; bien que ce soit une étape positive qui réjouit toute la famille, c'est aussi un moment où les enfants peuvent ressentir des conflits de loyauté et la peur de l'incertitude. Et les parents peuvent avoir peur de l'échec et n'être pas à même de pouvoir faire face aux soins et à l'éducation de leurs enfants (Balsells Bailón et al., 2018).

L'entrée dans le système de protection de l'enfance modifie complètement le contexte de l'écologie parentale; les enfants vont vivre dans une autre famille ou dans un centre d'accueil qui sera chargé de répondre à une partie de leurs besoins. De plus, les besoins des enfants et adolescents changent également, car leur réalité devient différente. Les pères et les mères doivent réajuster leurs compétences dans un nouvel environnement dont les exigences sont différentes de celles qu'ils devaient exercer lorsque leurs enfants vivaient à la maison. À leur tour, ils doivent faire face aux difficultés qu'ils avaient avant le placement en famille d'accueil, telles que le manque de ressources en termes de besoins fondamentaux, les conflits familiaux, d'autres difficultés avec le réseau social étendu (par exemple, l'école, le système de santé), le manque de soutien social et autres problèmes personnels (par exemple, dépression, anxiété, toxicomanie, problèmes relationnels) (Staudt, 2007).

La complexité de ces réalités nécessite une action holistique avec la famille afin d'améliorer la réponse aux besoins développementaux de l'enfance et de l'adolescence, améliorer les conditions de vie des parents et des enfants, ainsi que les compétences parentales et les relations familiales dans leur contexte psychosocial. Pour cela, un soutien spécifique et systématisé pour les familles doit s'appuyer sur une compréhension écosystémique des situations de maltraitance ou de négligence et sur une prise en considération de l'écologie de la parentalité dans le contexte de la protection de l'enfance.

Ce chapitre présentera les résultats d'une longue trajectoire de recherche sur l'écologie de la parentalité dans le contexte de la protection de l'enfance et de l'adolescence; et plus précisément, il approfondira la description des compétences parentales spécifiques et transversales qui entrent en jeu dans un processus de placement familial et de réunification familiale (Balsells et al., 2017) afin de mieux répondre aux besoins des enfants lors de leurs expériences vécues dans le système de protection. Ces compétences ont pu être mises en évidence chez les parents qui ont participé au programme d'intervention *Caminar en familia* (Balsells et al., 2015a). Il s'agit d'un programme spécifiquement centré

sur le soutien aux pratiques parentales positives dans les familles dont l'enfant a été placé, et ce, de la phase du placement jusqu'à la phase de réunification.

Dans le cadre de ce programme, les compétences parentales font référence aux capacités des parents à faire face de manière flexible et adaptée, en fonction du contexte et des besoins de leurs enfants, à la tâche d'être parents. Elle englobe les sentiments, les attitudes, les connaissances, les compétences et les stratégies nécessaires à un exercice adéquat des tâches et des responsabilités qu'exige la parentalité. L'exercice responsable de la parentalité positive nécessite un engagement et une implication suffisants dans les tâches d'éducation des enfants pour garantir les droits et satisfaire les besoins de développement et d'éducation des enfants et des adolescents, d'une manière adaptative et adaptée au contexte socioculturel.

À partir de cette définition, la proposition d'analyser et de soutenir les compétences parentales dans le contexte de la protection de l'enfant et de l'adolescent repose sur trois types de compétences (voir la figure 1) : les compétences générales ou éducatives, les compétences transversales et les compétences spécifiques à la situation de placement de l'enfant et à la réunification (Balsells et al., 2017). Dans les sections qui suivent, les caractéristiques principales de chacune de ces compétences sont décrites.

Compétences parentales générales ou éducatives

Les résultats de la recherche ont mis en évidence qu'une série de compétences générales ou éducatives, concernant les soins apportés aux enfants et l'interaction avec eux (Budd & Holdsworth, 1996) étaient des compétences parentales des parents nécessaires au retour à la maison et à la réunification (Austin et al., 2008; Maluccio & Ainsworth, 2003). La nécessité d'acquérir les compétences éducatives essentielles pour transmettre de l'affection, des règles et de la stimulation aux enfants permet de prévenir les risques de maltraitance et de négligence, mais aussi de former les parents à la bonne prise en charge des enfants. Delfabbro et al. (2013) identifient les compétences parentales comme prédicteurs de la réunification, celle-ci étant plus probable lorsque la raison de la séparation est le manque de capacité à assurer la protection et à prendre soin de leurs enfants que lorsque les raisons sont dues à un manque de foyer stable, à un rejet de l'enfant ou à l'abandon.

Par conséquent, l'amélioration de la réponse des parents aux besoins de leurs enfants passe par le fait de fournir : des soins de base, de la sécurité et de la protection; de la chaleur, de l'affection et de la stabilité émotionnelle dans

leurs relations avec les enfants; de l'orientation, des valeurs et des normes pour le contrôle et la surveillance du comportement des enfants; du divertissement, de la stimulation et de la motivation pour soutenir l'apprentissage.

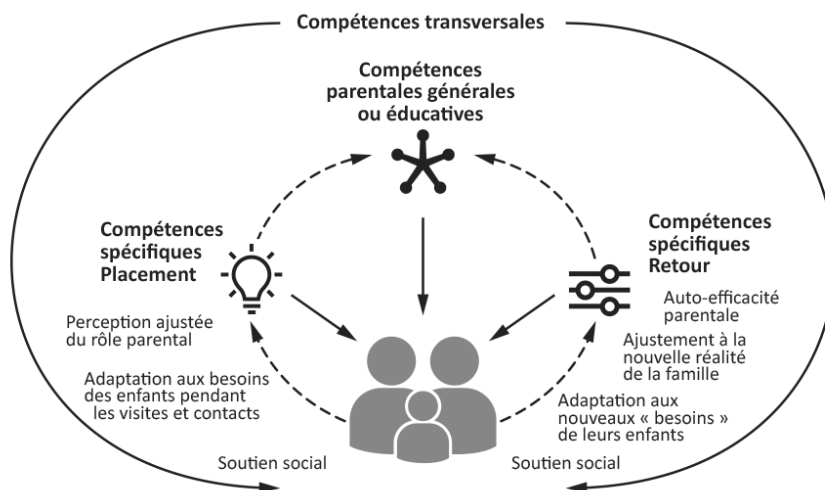


Figure 1 - Compétences parentales dans le contexte de la protection de l'enfant et de l'adolescent (Source : auteur)

Les compétences transversales

Les compétences transversales font référence à la capacité d'auto-évaluation des parents de l'écologie de leur propre parentalité. Conformément à l'approche écologique, cette auto-évaluation passe par une analyse réaliste de toute l'écologie de la parentalité relative à l'amélioration de la réponse aux besoins développementaux de l'enfance, aux compétences familiales, mais aussi à l'amélioration des conditions de vie des parents et des enfants et les relations de la famille avec la communauté (Lacharité, 2017). L'auto-évaluation des parents et des enfants de l'exercice de la parentalité est au cœur d'un processus d'amélioration et consiste à construire une compréhension de l'écosystème des situations de maltraitance et de négligence.

Le rôle du professionnel consiste à soutenir leur processus de prise de conscience face à leur réalité. Cela signifie d'acquérir de nouvelles connaissances sur leur situation et de transformer leur vision de celle-ci. De plus, cette action professionnelle implique une démonstration de reconnaissance de leur capacité qui entraîne chez les parents un sentiment d'efficacité et de maîtrise de la situation : ils sont des agents actifs dans leur processus de changement (Lemay, 2013)

Lorsque la famille évolue dans le système de protection de l'enfance, la capacité de celle-ci à comprendre ses propres difficultés, forces et défis joue un rôle central dans les progrès qui sont attendus. Et l'acquisition de cette compréhension requiert de penser ensemble, car « l'expérience des parents doit être considérée non pas en tant qu'information utilisée par les professionnels pour faire leur évaluation psychosociale, mais plutôt en tant que contribution centrale à la compréhension des besoins de leurs enfants » (Lacharité, 2015, p. 2).

Dans un processus de réunification familiale, Balsells et al. (2011) et Lietz et Strength (2011) soulignent l'importance pour les parents d'avoir une conscience claire des progrès qui ont permis à leurs enfants de retourner chez eux, ainsi que d'avoir un sentiment de renforcement positif pour ces changements. De même, la volonté personnelle de préserver ces acquis est considérée comme un facteur de consolidation du retour à la maison (Osterling & Han, 2011).

Certains chercheurs (Ellingsen et al., 2012; Schofield & Ward, 2011) mettent en évidence l'importance de la bonne compréhension de la réalité familiale par tous ses membres de sorte que plus la perception du rôle parental est ajustée, plus les chances de réussite de la réunification sont grandes.

Les compétences transversales dans un processus d'accueil et de réunification se développent progressivement, de sorte que les familles comprennent et assument peu à peu leurs responsabilités quant au bien-être de leurs enfants, aux progrès à accomplir concernant leurs propres compétences ainsi qu'aux changements d'ordre psychosociaux à opérer. Leur vision de la parentalité s'ajuste tout au long du processus. Les résultats de nos recherches indiquent qu'ils partent d'une perception centrée sur les difficultés provenant de leur contexte de vie pour ensuite reconnaître leurs propres difficultés, tant dans leurs pratiques parentales que dans leur réponse aux besoins spécifiques de leurs enfants. Par ailleurs, on remarque que la référence aux progrès des enfants est l'aspect le plus difficile à reconnaître, car ils pointent leurs propres progrès en tant que parents sans évoquer ceux de leurs enfants (Balsells et al., 2014).

Les compétences parentales spécifiques ou particulières

Il s'agit des compétences qui vont s'adapter aux besoins et aux caractéristiques des enfants et qui correspondent aux phases du processus de placement et de retour à la maison de même qu'au contexte de la protection de

l'enfance et de l'adolescence. Nous présentons ici les caractéristiques des compétences spécifiques à chacune des deux phases : placement et retour.

Les compétences parentales spécifiques pendant le placement

Perception ajustée du rôle parental. Le rôle parental pendant que les enfants sont accueillis dans le système de protection doit être adapté au contexte d'une famille d'accueil ou d'un centre d'hébergement; les parents et les enfants doivent comprendre, concevoir et percevoir ce nouveau contexte comme celui qui dessine les limites de l'exercice de leur parentalité.

La mesure de placement ne signifie pas la fin de la relation familiale, mais qu'elle implique plutôt un processus commun de progression graduelle dans lequel les visites et les contacts jouent un rôle fondamental. La perception ajustée du rôle va aider à comprendre l'impact d'une mesure de protection sur l'écologie de la *parentalité*. Les aspects légaux concernant la mesure de placement, les caractéristiques du plan d'intervention et la ressource d'accueil sont les aspects les plus saillants dans cette perception.

Au début de la mesure de placement familial, les familles sont partiellement conscientes de leurs droits, de leurs responsabilités et de leurs obligations. Les parents sont plus susceptibles de confondre la situation de placement avec d'autres mesures de protection, telles que l'adoption; en particulier, ceux dont les enfants sont placés en famille d'accueil sans jamais avoir été hébergés en centre d'accueil.

La recherche souligne la nécessité de négocier les conditions du plan d'intervention avec la famille pour faire une série de changements au sein de celle-ci, dans l'environnement et chez les enfants. Cependant, les connaissances des parents concernant les différentes phases qui rythment le processus de placement et de réunification, ainsi que leur temporalité ou leur durée, sont diffuses. Même si la plupart des parents savent que le placement est une mesure provisoire, ils ne savent pas avec certitude quelle sera sa durée (Balsells et al., 2013).

Les connaissances des enfants sur leur nouvelle situation d'accueil et leur placement diminuent les sentiments d'incertitude et d'insécurité et rendent ce processus moins traumatisant (Murphy & Jenkinson, 2012). D'autre part, être conscient des problèmes qui ont entraîné la séparation de la famille aide les enfants à faire face à ce moment difficile et tout au long du processus de placement (Balsells et al., 2017; Ellingsen et al., 2011; Schofield, 2005). Comme on le voit, une compréhension globale des questions familiales facilite une vision

positive de la promotion de la réunification et augmente l'engagement et la volonté de parvenir à celle-ci, deux aspects cruciaux dans la participation des enfants (Pastor et al., 2020).

Finalement, les caractéristiques de l'hébergement ou de la famille d'accueil dans lequel ou laquelle leurs enfants résideront délimitent aussi le rôle parental. Dans les cas particuliers de placement en institution, les éléments qui facilitent l'ajustement du rôle de père et de mère sont de connaître personnellement l'endroit où vivra leur enfant ainsi que sa dynamique et qu'ils aient une personne de référence qui peut être contactée en cas de besoin.

Adaptation aux besoins des enfants pendant les visites et les contacts. Les visites et les contacts sont le cadre des relations entre les parents et leur enfant pendant le placement; et les compétences parentales doivent s'ajuster avec empathie aux besoins de ce dernier : qu'attend mon enfant de la visite? De quoi veut-il parler? Comment comprendre l'expression affective de mon enfant? Ce sont des questions nécessaires que les parents doivent se poser pour reconnaître les besoins et les intérêts de leur enfant.

Les visites peuvent et doivent être un espace d'échange et de communication intrafamiliale. La participation active de tous les membres de la famille est l'une des clés fondamentales de ce type de communication familiale qui favorise la réunification (Austin et al., 2008).

D'habitude les enfants veulent partager avec leurs parents et leurs proches des questions sur leur histoire de vie telles que celles portant, premièrement, sur les motifs de la séparation et de l'accueil et, deuxièmement, sur l'évolution de la famille pour être au courant des changements que font leurs parents en vue de leur retour à la maison. Ces deux sujets peuvent être douloureux ou inconfortables pour les parents qui devront acquérir des compétences de communication fondées sur l'empathie et l'affirmation de soi (Balsells et al., 2015b). D'autres thématiques sont également importantes à aborder dans les visites et les contacts. Donner à l'enfant des nouvelles de la famille lui permet de garder une trace de la vie de sa famille biologique et de lui faire sentir qu'il fait partie de la structure familiale. Les visites et les contacts peuvent aussi permettre à l'enfant de s'exprimer sur ses plans pour l'avenir, les histoires de sa vie actuelle par rapport à l'accueil (l'adaptation au centre ou à la famille, la relation avec l'éducateur, avec les autres enfants qui vivent au centre ou à la maison, l'ambivalence et les expériences résultant du placement) ou par rapport à l'école, aux nouveaux amis, aux goûts, aux passe-temps, à la relation avec les enseignants, aux activités, etc. (Larkins et al., 2015; Goodyer, 2014).

Les émotions qui surviennent lors des visites sont intenses. Chez les enfants, en général, les visites sont accompagnées d'une variété de sentiments contradictoires tels que la joie, l'excitation, la tristesse, l'abandon, la colère, la culpabilité, la rage, etc. Pour les parents biologiques, les visites peuvent conduire à des sentiments d'incompétence, de dépression, de colère, d'inutilité, d'humiliation et de culpabilité. La réponse des parents aux besoins affectifs de leurs enfants nécessitera une interprétation des réactions des enfants au contexte des visites et mettra leurs besoins au centre de leur regard.

Soutien social. La définition des compétences parentales à partir de l'écologie de la parentalité met l'accent sur la nécessité d'avoir et d'utiliser le soutien du réseau pour répondre aux besoins des enfants; en ce sens, l'identification, l'acceptation et la collaboration avec les réseaux sociaux représentent une compétence nécessaire pour avancer dans un processus d'accueil et de réunification. Barth et al. (2008) et Kimberlin et al. (2009) montrent que le manque de soutien social représente un facteur de risque pour une réunification réussie. Les avantages d'avoir ou de recevoir un soutien de différentes sources sont associés à la prévention des rechutes et au renforcement des capacités du système familial (Lee et al., 2010), ainsi que le maintien et l'amélioration du fonctionnement familial (Lietz et al., 2011).

Au début du placement en famille d'accueil, la famille peut être hostile et rejeter le soutien professionnel, la première étape pour développer cette compétence est donc de surmonter ces premiers sentiments de déni, de colère et de protestation. Le soutien formel et informel est identifié par les familles comme essentiel à cette étape : l'aide et le soutien reçus des amis, de la famille et des services sociaux jouent un rôle fondamental pour surmonter cette étape et aller de l'avant (Balsells et al., 2016).

Le développement de cette compétence est relié à la mobilisation des parents qui se manifeste sur deux plans : a) au niveau comportemental en termes d'utilisation des services (assistance, participation, conformité); et b) au niveau attitudinal en termes de la qualité de la relation avec les professionnels (implication, engagement, motivation, etc.) (Maltais et al., 2019). En particulier, l'engagement des parents dans le cadre de la protection de l'enfance se manifeste sous de nombreuses formes : acceptation par les parents d'un besoin d'aide; présence ou disponibilité dans les services; consentement, conformité et coopération avec le fournisseur de services; collaboration et adhésion aux plans de services. L'engagement familial est associé à la participation active des membres de la famille et à la collaboration entre les professionnels et la famille en mettant l'accent sur la qualité de la relation (Arbeiter & Toros, 2017; Toros et

al., 2018). Cela implique de faire tomber les barrières face au système de protection et de trouver un moyen d'accepter et de s'adapter au nouveau contexte. Dans ce sens, Forrester et al. (2012) identifient la manière dont un professionnel respectueux et empathique parvient à faire diminuer la résistance de la famille comparativement à un autre professionnel qui prendrait position et occuperait « le rôle de l'expert ». Les travailleurs sociaux tentent d'établir des relations de collaboration et de confiance pour aider les parents dans leurs efforts pour changer tout en protégeant et en s'impliquant avec les enfants, afin gérer les risques liés aux enfants qui sont réintégrés (Keddell, 2011).

Il est important de noter que les personnes les plus susceptibles de constituer des sources de soutien social pour les garçons et les filles dans la première phase d'accueil sont les éducateurs de référence, leurs frères ou sœurs, leur famille biologique ainsi que la famille élargie et les figures professionnelles d'autres secteurs de services telles que les enseignants (Ciurana, 2016). Cette dernière source de soutien est très importante à prendre en compte, car elle montre que différents professionnels qui se trouvent dans l'entourage des enfants accueillis peuvent aussi être une source de soutien social, ce qui leur confère un rôle très pertinent dans leur processus d'adaptation au placement. L'acceptation parentale et la complicité des sources de soutien des enfants sont nécessaires pour favoriser la stabilité émotionnelle des enfants.

Les compétences parentales spécifiques au moment du retour à la maison

Auto-efficacité parentale. On entend par auto-efficacité parentale la prise de conscience des progrès et des sentiments liés au renforcement positif qui en résultent (Pastor et al., 2015). L'auto-efficacité parentale, dans la phase de retour à la maison, implique que les parents et les enfants soient conscients des progrès qui ont permis le retour des enfants à la maison. Il est important, d'une part, que les familles reconnaissent les changements qui ont rendu possible la réunification et, d'autre part, qu'elles développent un sentiment de renforcement positif vis-à-vis de ces changements et une vision positive de la situation.

Au moment de retour à la maison, la plupart des familles ayant participé au programme *Caminar en familia* sont conscientes des changements et des réussites réalisés tout au long du processus. Elles signalent des progrès dans le développement de leurs compétences parentales, ainsi que des changements liés aux aspects contextuels qui favorisent un environnement plus stable pour les enfants. Les parents soulignent qu'ils ont beaucoup appris dans l'établissement et la supervision de modalités éducatives, dans la communication conciliant

l'affirmation de soi-même et le respect d'autrui, dans la coresponsabilité éducative, dans la reconnaissance et la satisfaction du rôle parental, dans la capacité à s'autoévaluer et dans le partage d'activités de loisirs en famille. De même apparaissent des évolutions d'ordre contextuel, comme une meilleure organisation des tâches domestiques ou une plus grande stabilité de l'emploi (Balsells et al., 2015b).

Le rôle des enfants dans cette prise de conscience des progrès accomplis doit être présent, mais nos travaux ont permis de constater une pratique courante dans le système de protection en Espagne qui consiste à tenir les enfants les plus jeunes à l'écart des décisions et des informations concernant les progrès de leur famille, au nom d'une prétendue surprotection. À cet égard, une lecture bidirectionnelle de l'exercice de la parentalité remet en cause les pratiques qui ne prennent pas en compte la participation active des enfants à ce type de processus. Par conséquent, la prise de conscience des progrès de la famille requiert la participation de tous ses membres quel que soit leur âge et ne se limite pas à la seule figure de l'adulte (Urrea Monclús et al., 2020)

De même, en nous appuyant sur les travaux de Pastor et al. (2015) et Rodrigo et Byrne (2011) portant sur l'analyse des facteurs favorisant une parentalité positive dans les familles dont l'enfant est placé, il est possible de constater chez les parents une amélioration du niveau de contrôle et d'auto-efficacité et une plus grande conscience des progrès réalisés et des retombées positives de leurs propres efforts. Selon Lietz et Strength (2011), le sens que les familles donnent à leurs expériences les renforce et leur permet d'avoir confiance en elles-mêmes. Pour ce faire, elles doivent transformer leur crainte initiale et voir leur expérience de manière positive en la considérant comme une opportunité d'améliorer la situation. La confiance en soi, qui permet de reconnaître le mérite individuel et celui des autres membres de la famille, ajoute un sentiment d'identité familiale et aide à préserver l'unité familiale parce que des efforts pour rester ensemble sont entrepris (Thomas et al., 2005).

Ajustement dans l'exercice des compétences parentales et éducatives à la nouvelle réalité de la famille. Lors de la phase de retour à la maison, il existe des besoins quant à l'ajustement des compétences parentales pour assurer le développement optimal des enfants. Ces besoins sont principalement liés à : la relation éducative avec l'enfant, l'établissement de normes et de limites, la vie familiale fondée sur la communication et l'affection entre ses membres. Toutes ces compétences sont des compétences générales et éducatives qui permettent de reprendre la vie quotidienne avec l'enfant. Après une période de séparation, il y a une plus grande prise de conscience de ce que demandera le retour à la

maison : savoir établir des règles, parler de manière plus détendue, ajuster les rôles parentaux, passer plus de temps avec les enfants, communiquer davantage, jouer plus avec eux, être plus compréhensif, être plus attentif, avoir plus de contacts avec l'école, etc. (Fernández, 2013; Festinger, 1996).

L'ajustement des compétences doit également inclure une visibilité et une légitimation des peurs qui peuvent accompagner les enfants dans la phase de retour à la maison. Certains enfants et adolescents peuvent montrer des doutes, des appréhensions et une peur de l'échec de la réunification. Des sentiments de perte apparaissent aussi souvent chez les personnes qui ont fait partie de leur vie, comme la famille d'accueil, les éducateurs ou les camarades de l'école. Le conflit de loyauté est une réalité qui peut survenir dans cette phase du processus. Tout cela exigera l'empathie et l'affirmation de soi des parents lorsqu'ils adapteront leurs réponses aux besoins de leurs enfants (Mateos et al., 2017).

Adaptation aux nouveaux « besoins » de leurs enfants. Au cours de la séparation d'avec leurs parents, les enfants ont vécu avec d'autres personnes et ont acquis d'autres normes, d'autres habitudes, d'autres modes de vie et d'autres dynamiques quant à leur vie quotidienne. Les aspects tels que le rangement, la nourriture, la répartition des tâches, les horaires, etc. sont des aspects de vie quotidienne que les enfants intègrent de manière stable et qui nécessitent un réajustement et une acceptation de la part de tous les membres de la famille pour rétablir positivement la dynamique. De plus, il s'agit d'une période de croissance où enfants et adolescents évoluent, de sorte que leurs besoins changent par rapport au moment de la séparation de la famille biologique et de leur prise en charge par le système de protection. Après le placement, ces changements constituent une réalité qui exige des parents de « connaître à nouveau » leurs enfants afin de s'adapter à leurs nouveaux besoins. Stephens et al. (2017) ont constaté que les enfants qui reviennent à la maison sont décrits par leurs parents comme de « nouvelles personnes » qu'il faut réapprendre à connaître. Par conséquent, les parents doivent acquérir des compétences visant à adapter leurs pratiques parentales à ces nouveaux besoins et aux nouvelles habitudes et routines adoptées par les enfants. De plus, nos recherches ont mis en évidence la nécessité de faire participer activement les enfants au processus de réunification. Donner la parole et une plus grande visibilité aux enfants inscrits dans le processus de retour à la maison permet un meilleur ajustement et une plus grande capacité d'adaptation de leurs parents (Balsells et al., 2013).

Soutien social. Le soutien social est un autre élément clé dans le processus de réunification et, en particulier, dans la phase de retour au foyer. Le soutien offert aux différents membres de la famille pour leur permettre de répondre positivement à ce nouveau moment de réunion où la vie de famille reprend son cours correspond à un taux le plus faible de retour dans le système de protection (Farmer & Wijedasa, 2013).

Les processus d'ajustement et d'adaptation des compétences éducatives aux nouveaux besoins des enfants nécessitent de nouveaux soutiens. Rock et al. (2015) montrent l'importance d'un soutien social dans divers domaines et la pertinence d'intégrer un soutien formel et informel, tous deux considérés comme des stratégies nécessaires pour répondre, à ce stade, aux besoins des pères, des mères et des enfants. Giallo et al. (2013) mentionnent que les parents ayant des relations de mauvaise qualité et des besoins plus importants en matière de soutien social peuvent disposer de moins de ressources personnelles pour entreprendre des activités de jeu et d'apprentissage avec leurs enfants. Coyl et al. (2010) avaient eux aussi déjà souligné que les parents qui recherchent un soutien social, en particulier familial, sont plus susceptibles d'être impliqués avec leurs enfants et moins susceptibles de recourir à la punition physique comme stratégie de discipline avec leurs enfants. Les familles demandent de l'aide et un suivi lors du retour à la maison parce qu'elles ont besoin d'un accompagnement formel pour développer des compétences parentales et surmonter les difficultés personnelles et structurelles rencontrées à cette nouvelle étape (Balsells et al., 2016; Berrick et al., 2011; Lee et al., 2012). Le maintien de référents apportant un soutien formel et informel est un élément important de l'accompagnement lors de cette phase de réunification et de retour à la maison, car il en garantit le succès et évite de réintégrer le système de protection (Lietz et al., 2011). En ce sens, le besoin des parents de changer la perception qu'ils ont de la réunification comme étant une fermeture ou une rupture est mis en évidence. La connexion avec les réseaux sociaux de soutien est l'un des éléments facilitant le succès de la réunification. De cette manière, un filet de sécurité est mis en place, ce qui facilite la prévention des rechutes et le renforcement des capacités des membres du système familial (Lee et al., 2012).

Lorsque les parents sollicitent un soutien et un suivi lors du retour à la maison, que ce soit par le réseau formel du système de protection ou par celui des services communautaires, cela met en relief plusieurs aspects. Ainsi, cette demande répond aux besoins de développer des compétences parentales, de surmonter des difficultés personnelles et de résoudre des problèmes structurels. Aussi, après la période de séparation, lors de la phase de réunification, le réajustement des compétences éducatives face aux changements des enfants et

à la nouvelle réalité familiale constitue un défi. Un soutien formel pour répondre à ces réajustements est un besoin qui est ressenti par toutes les personnes concernées.

Concernant les difficultés personnelles des parents, lorsque la décision est prise de retourner l'enfant chez lui, les problèmes des parents tels que la toxicomanie ont généralement été surmontés. Cependant, les obstacles et le moment critique que constitue le retour à la maison peuvent favoriser la fragilité personnelle, ce qui justifie pleinement la mise en place de soutiens formels portant sur différents domaines : la santé, le bien être psychologique et social, l'éducation et le travail. Enfin, nos résultats montrent qu'un soutien concret est nécessaire pour garantir un environnement stable et sûr pour les enfants, car dans de nombreux cas, les familles présentent toujours des besoins en matière de travail, de logement et de revenu. Concernant les besoins d'ordre structurel, les résultats indiquent que le réseau informel est également utilisé, en particulier la famille élargie (Balsells et al., 2016).

Conclusion

Travailler avec la famille d'origine pour assurer un bon exercice de la parentalité est un élément fondamental pour consolider le processus de placement et de réunification. L'approche de l'écologie de la parentalité présentée ici nous donne un nouveau cadre et ainsi met en évidence des éléments substantiels qui interagissent entre eux, avec l'objectif de doter les familles à nouveau réunies des compétences nécessaires. Nos travaux nous ont permis, à partir de l'implantation d'un programme d'intervention dédié au soutien aux familles lors de ce processus, de montrer que leur réalité peut être appréhendée sous l'angle de la résilience et de la conception écosystémique des besoins de l'enfant. En retour, cette approche permet de définir une conception de la vulnérabilité adaptée au champ de la protection de l'enfance. Adopter une vision écologique des compétences parentales nous a permis de dégager trois types de compétences : des compétences parentales de base, transversales et spécifiques. Cette reconnaissance détaillée des compétences dans un contexte de protection contribue à l'amélioration de la compréhension du phénomène de vulnérabilité dans le cadre du dispositif de la protection de l'enfance et à tenir compte de celui-ci dans l'accompagnement des familles.

L'entrée des familles dans le système de protection constitue en soi une expérience de vulnérabilité particulière qui exige des parents d'exercer leurs responsabilités parentales dans un contexte tout à fait différent. Ces derniers doivent repositionner leur vie et apprendre à configurer de manière inédite leurs

compétences parentales. Au moment du retour de l'enfant à la maison, ils doivent à nouveau faire face à un nouveau réajustement familial ainsi qu'à leurs propres peurs et incertitudes quant à leur capacité à répondre aux besoins de leurs enfants. Dans de nombreuses occasions, les parents sont simultanément confrontés à de multiples difficultés liées au manque de ressources matérielles et économiques, de conflits familiaux, des défis à l'intérieur de leur réseau social (par exemple, avec l'école ou le système de santé), le manque de soutien social et des problèmes personnels (par exemple, dépression, anxiété, toxicomanie, problèmes relationnels) (Staudt, 2007). Cette complexité et cette vulnérabilité des familles entraînent des écarts significatifs entre les représentations et les croyances à propos de la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant entre ses parents et les professionnels. Il n'est pas surprenant que ces écarts s'étendent aux pistes de solution (l'intervention proposée) et à la nature des changements que requiert cette situation (les objectifs poursuivis), provoquant ainsi la résistance des parents face aux décisions et aux actions institutionnelles.

À cette situation initiale s'ajoutent la complexité et la singularité des compétences parentales qui entrent en jeu lors du placement et du retour à la maison de l'enfant à la suite de celui-ci. Nous avons constaté que cet aspect exerce une grande incidence sur la mise en place de l'intervention. Tout d'abord, il ressort de l'argumentaire présenté ici qu'il convient d'associer les programmes portant sur les compétences parentales spécifiques à chaque phase de ce processus à des programmes sur des compétences parentales de portée plus générale, telles que les compétences éducatives et à des programmes d'insertion des familles aux mesures universelles de soutien au développement de l'enfant et à la parentalité. L'implication pour la pratique professionnelle dans le cadre de la protection de l'enfance suggère aussi que l'objectif d'amélioration de la parentalité nécessite du travail : 1) orienté à la fois vers les enfants et les parents en adaptant les activités parent-enfant à l'âge, aux intérêts et aux besoins des enfants, ainsi qu'un retour d'information sur les succès expérimentés lors de chaque rencontre entre parents et enfants (Landsman et al., 2014); 2) orienté spécifiquement pour améliorer la qualité de la relation parent-enfant par des travaux sur des compétences spécifiques (Balsells et al., 2018; Dakof et al., 2010); et 3) orienté vers tout le système familial et les divers contextes à l'intérieur desquels évolue la famille (Rodrigo, 2016).

Un dernier point fait référence à l'idée de soutenir la réflexion, la recherche et la formation sur l'approche participative dans les services de protection de l'enfance (Boutanquoi & Lacharité, 2020). La vulnérabilité associée aux familles dans le système de protection de l'enfance a justifié une tradition

d'évaluation et intervention centrée sur le risque et une vision négative des parents. Cependant, s'appuyer sur les compétences parentales dans une approche centrée sur l'écologie de la parentalité implique une vision plus inclusive et participative des familles et souligne la cohabitation des défaillances ou facteurs de risque avec des forces ou capacités. Seul un processus de réflexion conjointe entre la famille et les professionnels permettra de construire une vision partagée de l'écologie de la parentalité de chaque famille et permettra d'évoluer ensemble vers le succès du placement et la réunification.

Références

- Arbeiter, E., & Toros, K. (2017). Parental engagement in child protection assessment: A qualitative analysis of worker and parent perspectives. *International Social Work*, 60, 1469-1481. Repéré à <https://doi.org/10.1177/0020872817706409>
- Austin, M., Anthony, E., & Kimberlin, S. (2008). Foster Care Re-Entry: Evidence and Implications. *BASSC. Evidence for Practice*, 11.
- Balsells Bailón, M. Á., Urrea Monclús, A., Ponce Alifonso, C., Vaquero Tió, E., & Navajas Hurtado, A. (2018). Socio-educative key actions to promote family participation in foster care processes. *Educacion XX1*, 22, 401-423. Repéré à <https://doi.org/10.5944/educxx1.21501>
- Balsells, M. À., Amorós, P., Fuentes-Peláez, N., & Mateos, A. (2011). Needs analysis for a parental guidance program for biological family: Spain's current situation. *Revista de Cercetare Si Interventie Sociala*, 34, 2-37. Repéré à <http://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/48290/016882.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Balsells, M. À., Fuentes-Peláez, N., & Pastor, C. (2017). Listening to the voices of children in decision-making: A challenge for the child protection system in Spain. *Children and Youth Services Review*, 79, 418-425. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.06.055>
- Balsells, M. À., Mateos, A., Urrea, A., & Vaquero, E. (2018). Positive parenting support during family reunification. *Early Child Development and Care*, 188, 1567-1579. Repéré à <https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1491559>
- Balsells, M. À., Pastor, C., Amorós, P., Fuentes-Peláez, N., Molina, M. C., Mateos, A.,... Vázquez, N. (2015a). *Caminar en familia: Programa de competencias parentales durante el acogimiento y la reunificación familiar*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones. Repéré à <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/ayudas/docs2013-14/docs2016/CaminarenFamilia.pdf>
- Balsells, M. À., Pastor, C., Amorós, P., Mateos, A., Ponce, C., & Navajas, A. (2014). Child Welfare and Successful Reunification through the Socio-Educative Process: Training Needs among Biological Families in Spain. *Social Sciences*, 3, 809-826. Repéré à

<https://doi.org/10.3390/socsci3040809>

- Balsells, M. À., Pastor, C., Mateos, A., Vaquero, E., & Urrea, A. (2015 b). Exploring the needs of parents for achieving reunification: The views of foster children, birth family and social workers in Spain. *Children and Youth Services Review*, 48, 159-166. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.12.016>
- Balsells, M. À., Pastor, C., Molina, M. C., Fuentes-Peláez, N., Vaquero, E., & Mundet, A. (2013). Child Welfare and Successful Reunification: Understanding of the Family Difficulties during the Socio-Educative Process. *Revista de Cercetare Si Interventie Sociala*, 42, 809-826. Repéré à <https://doi.org/10.3390/socsci3040809>
- Balsells, M. À., Pastor, C., Molina, M. C., Fuentes-Peláez, N., & Vázquez, N. (2016). Understanding Social Support in Reunification: The Views of Foster Children, Birth Families and Social Workers. *British Journal of Social Work*, 47, 812-827. Repéré à <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw049>
- Barth, R., Weigensberg, E., Fisher, P., Fetrow, B., & Green, R. (2008). Reentry of elementary aged children following reunification from foster care. *Children and Youth Services Review*, 30, 353-364. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.10.002>
- Berrick, J. D., Cohen, E., & Anthony, E. K. (2011). Partnering with Parents: Promising Approaches to Improve Reunification Outcomes for Children in Foster Care. *Journal of Family Strengths*, 11, 1-13. Repéré à <http://digitalcommons.library.tmc.edu/jfs/vol11/iss1/14>
- Boutanquoi, M., & Lacharité, C. (2020). Conclusion : de la vulnérabilité à la participation. Dans M. Boutanquoi & C. Lacharité C. (Éds.), *Enfants et familles vulnérables en protection de l'enfance* (pp. 227-230). Besançon : Presses Universitaires de Franche-Comté.
- Budd, K. S., & Holdsworth, M. J. (1996). Issues in the clinical assessment of minimal parenting competence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 2-14. Repéré à https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2501_1
- Ciurana, A. (2016). *El tutor de resiliència al sistema de protecció a la infància* [Universitat de Barcelona]. Repéré à <https://doi.org/http://hdl.handle.net/10803/398010>
- Coyl, D. D., Newland, L. A., & Freeman, H. (2010). Predicting preschoolers' attachment security from parenting behaviours, parents' attachment relationships and their use of social support. *Early Child Development and Care*, 180, 499-512. Repéré à <https://doi.org/10.1080/03004430802090463>
- Dakof, G. A., Cohen, J. B., Henderson, C. E., Duarte, E., Boustani, M., Blackburn,... Hawes, S. (2010). A randomized pilot study of the Engaging Moms Program for family drug court. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 263-274. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.01.002>
- Delfabbro, P., Fernandez, E., McCormick, J., & Kettler, L. (2013). Reunification in a complete entry cohort: A longitudinal study of children entering out-of-home care in Tasmania, Australia. *Children and Youth Services Review*, 35, 1592-1600. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.06.012>
- Ellingsen, I. T., Shemmings, D., Størksen, I., & Størksen, I. (2011). The Concept of 'Family' Among Norwegian Adolescents in Long-Term Foster Care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28, 301-318. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s10560-011-0234-0>

- Ellingsen, I. T., Stephens, P., & Storksen, I. (2012). Congruence and incongruence in the perception of “family” among foster parents, birth parents and their adolescent (foster) children. *Child & Family Social Work*, 17, 427-437. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00796.x>
- Farmer, E. (2014). Improving Reunification Practice: Pathways Home, Progress and Outcomes for Children Returning from Care to Their Parents. *British Journal of Social Work*, 44, 348-366. Repéré à <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs093>
- Farmer, E., & Wijedasa, D. (2013). The Reunification of Looked After Children with Their Parents: What Contributes to Return Stability? *British Journal of Social Work*, 43, 1611-1629. Repéré à <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs066>
- Fernández, E. (2013). *Accomplishing Permanency: Reunification Pathways and Outcomes for Foster Children*. Berlin : Springer. Repéré à <https://doi.org/10.1007/978-94-007-5092-0>
- Festinger, T. (1996). Going Home and Returning to Foster Care. *Children and Youth Services Review*, 18, 383-402.
- Forrester, D., Westlake, D., & Glynn, G. (2012). Parental resistance and social worker skills: towards a theory of motivational social work. *Child & Family Social Work*, 17, 118-129. Repéré <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2012.00837.x>
- Giallo, R., Treyvaud, K., Cooklin, A., & Wade, C. (2013). Mothers’ and fathers’ involvement in home activities with their children: Psychosocial factors and the role of parental self-efficacy. *Early Child Development and Care*, 183, 343-359. Repéré à <https://doi.org/10.1080/03004430.2012.711587>
- Goodyer, A. (2014). Children’s accounts of moving to a foster home. *Child & Family Social Work*, 21, 188-197. Repéré à <https://doi.org/10.1111/cfs.12128>
- Keddell, E. (2011). Going home: Managing “risk” through relationship in returning children from foster care to their families of origin. *Qualitative Social Work*, 11, 604-620. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1473325011411010>
- Kimberlin, S. E., Anthony, E. K., & Austin, M. J. (2009). Re-entering foster care : Trends, evidence, and implications. *Children and Youth Services Review*, 31, 471-481. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.10.003>
- Lacharité, C. (2015). Participation des parents et services de protection de l’enfance. Dans *Les Cahiers du CEIDEF* : Vol. 1. Trois-Rivières, QC : CEIDEF/UQTR.
- Lacharité, C. (2017). *Programme d’aide personnelle, familiale et communautaire : PAPFC2 Program Guide* (2^e éd.). Trois-Rivières, QC : CEIDEF/UQTR. Repéré à https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4103/F_1176562899_Guide_PAPFC2_anglais_170322.pdf
- Landsman, M. J., Boel-Studt, S., & Malone, K. (2014). Results from a family finding experiment. *Children and Youth Services Review*, 36, 62-69. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.10.025>
- Larkins, C., Ridley, J., Farrelly, N., Austerberry, H., Bilson, A., Hussein, S.,... Stanley, N. (2015). Children’s, Young People’s and Parents’ Perspectives on Contact : Findings from the Evaluation of Social Work Practices. *British Journal of Social Work*, 45, 296-312. Repéré à <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct135>
- Lee, B., Bright, C. L., Svoboda, D. V., Fakunmoju, S., & Barth, R. (2010). Outcomes of Group

- Care for Youth: A Review of Comparative Studies. *Research on Social Work Practice*, 21, 177-189. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1049731510386243>
- Lee, B. R., Hwang, J., Socha, K., Pau, T., & Shaw, T. V. (2012). Going Home Again: Transitioning youth to families after group care placement. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 447-459. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9596-y>
- Lemay, L. (2013). Pratiques évaluatives et structuration du rapport parent-intervenant dans le champ du travail social en contexte de protection de la jeunesse : enjeux, défis et repères pour l'actio. Dans E. Harper & H. Dorvil (Éds.), *Le travail social : théories, méthodologies et pratiques* (pp. 313-338). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lietz, C. A., Lacasse, J. R., & Cacciatore, J. (2011). Social Support in Family Reunification: A Qualitive Study. *Journal of Social Work*, 14, 13-20.
- Lietz, C. A., & Strength, M. (2011). Stories of Successful Reunification: A Narrative Study of Family Resilience in Child Welfare. *Families in Society*, 92, 203-210. Repéré à <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4102>
- Maltais, C., Cyr, C., Parent, G., & Pascuzzo, K. (2019). Identifying effective interventions for promoting parent engagement and family reunification for children in out-of-home care: A series of meta-analyses. *Child Abuse & Neglect*, 88, 362-375. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.12.009>
- Maluccio, A. N., & Ainsworth, F. (2003). Drug use by Parents : A challenge for family reunification practice. *Children and Youth Services Review*, 25, 511-533. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(03\)00042-2](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(03)00042-2)
- Mateos, A., Vaquero, E., Balsells, M. À., & Ponce, C. (2017). 'They didn't tell me anything; they just sent me home': children's participation in the return home. *Child & Family Social Work*, 22, 871-880. Repéré à <https://doi.org/10.1111/cfs.12307>
- Murphy, D., & Jenkinson, H. (2012). The mutual benefits of listening to young people in care, with a particular focus on grief and loss: An Irish Foster carer's perspective. *Child Care in Practice*, 18, 243-253. Repéré à <https://doi.org/10.1080/13575279.2012.683772>
- Osterling, K. L., & Han, M. (2011). Reunification outcomes among Mexican immigrant families in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 33, 1658-1666. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.04.020>
- Pastor, C., Balsells, M. À., Vaquero, E., Mateo, M., & Ciurana, A. (2020). Uninformed, Afraid and Confused: What Children Need to Know at the Beginning of Their Foster Care Process. *Child Care in Practice*. Repéré à <https://doi.org/10.1080/13575279.2020.1723065>
- Pastor, C., Ciurana, A., & Navajas, A. (2015). *Positive Parenting : Lessons from Research*. 3410.
- Rock, S., Michelson, D., Thomson, S., & Day, C. (2015). Understanding Foster Placement Instability for Looked After Children: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Quantitative and Qualitative Evidence. *British Journal of Social Work*, 45, 177-203. Repéré à <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct084>
- Rodrigo, M. J., & Byrne, S. (2011). Social Support and Personal Agency in At-Risk Mothers. *Psychosocial Intervention*, 20, 13-24. Repéré à <https://doi.org/10.5093/in2011v20n1a3>

- Rodrigo, M. J. (2016). Quality of implementation in evidence-based positive parenting programs in Spain: Introduction to the special issue. *Psychosocial Intervention*, 25, 63-68.
- Schofield, G., & Ward, E. (2011). *Understanding and Working with Parents of Children in Long-Term Foster Care*. Londres : Jessica Kingsley Publisher.
- Schofield, G.. (2005). The Voice of the Child in Family Placement Decision-Making: A Developmental Model. *Adoption and Fostering*, 29, 29-44. Repéré à <https://doi.org/10.1177/030857590502900105>
- Smithson, R., & Gibson, M. (2016). Less than human: a qualitative study into the experience of parents involved in the child protection system. *Child & Family Social Work*. Repéré à <https://doi.org/10.1111/cfs.12270>
- Staudt, M. (2007). Treatment Engagement with Caregivers of At-risk Children: Gaps in Research and Conceptualization. *J Child Fam Stud*, 16, 183-196. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9077-2>
- Stephens, T. N., Parchment, T., Gopalan, G., Burton, G., Ortiz, A., Brantley, T., Martinez, S., & McKay, M. (2017). Assessing the Needs of Reunified Families from Foster Care : A Parent Perspective. *Child Welfare*, 94, 9-37. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=124228773&site=ehost-live>
- Thomas, M., Chenot, D., & Reifel, B. (2005). A resilience-based model of reunification and reentry: implications for out-of-home care services. *Families in Society*, 86, 235-243.
- Toros, K., DiNitto, D. M., & Tiko, A. (2018). Family engagement in the child welfare system: A scoping review. *Children and Youth Services Review*, 88, 598-607. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.03.011>
- Urrea Monclús, A., Mateos Inchaurreondo, A., Fernández-Rodrigo, L., & Balsells Bailón, M. À. (2020). The voices of parents and children in foster care. *Journal of Social Work*. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1468017320958618>

Chapitre 17

Quand l'accumulation conduit à l'itinérance

Lyne Douville et Myriam Emery

Introduction

L'itinérance prend de multiples visages et cache des réalités diverses empreintes de vulnérabilité. Bien que cette réalité reste méconnue, certaines personnes vivent de façon récurrente l'éviction de leur logement causée par l'encombrement ou l'insalubrité. « L'accumulation devient une source de détresse lorsque le fouillis s'amoncelle ou que des tierces personnes interviennent » (Todorov, 2016, p.468). Pour beaucoup de ces personnes, l'accumulation n'est pas perçue comme problématique malgré les perceptions de l'entourage (famille) ou des autorités locales. Face aux diverses pressions, la personne s'isole puisque la perspective même de se débarrasser des possessions accumulées déclenche une détresse insoutenable. L'encombrement peut l'amener à éviter de faire des choses, de sortir de chez elle ou d'être avec ses proches. Parfois ceux-ci, avec le souci de bien faire, viennent prêter main-forte en faisant le grand ménage, déclenchant ainsi une réaction opposée telle qu'un mal être suivi d'une récurrence active des acquisitions par la personne dite « aidée ». L'incompréhension réciproque peut provoquer alors la rupture sociale associée au rejet familial, ou à un sentiment de honte, ou encore à l'épuisement du réseau social. Le cercle vicieux de l'isolement incite la personne à compenser par de nouvelles acquisitions rendant inaccessibles l'utilisation des pièces encombrées et par conséquent, l'empêchant de renouer ou d'inviter des gens chez elle. Lorsque l'état des lieux évalué par des autorités locales (inspecteur, pompier, locateur...) devient complètement insalubre, voire même dangereux, la personne fuit ou se fait évincer. Dans les situations extrêmes où existe une histoire de deuils et de traumatismes, l'incompréhension alimentée par la méfiance vulnérabilise la personne délocalisée de son repaire. La modification drastique du lieu investi (sans aide et à rythme inadéquat) peut se traduire par l'effondrement de ses repères ce qui peut malheureusement l'amener à la rue.

Tolin et al. (2008) évaluent à environ 8 % des accumulateurs vivant de l'éviction, cependant il reste très difficile de cerner l'ampleur même du trouble de l'accumulation et celui de l'insalubrité. Les différentes recherches s'accordent

pour estimer la prévalence du trouble d'accumulation compulsive (TAC) entre 2 % et 6 % de la population (Nordsletten et al., 2013; Iervolino et al., 2009; Mueller et al., 2009; Samuels et al., 2008; Todorov, 2016). L'étude québécoise menée par Bodryzlova et O'Connor (2018) recense annuellement 1,58 cas de HD par 1000 adultes recevant des services de première ligne en santé mentale et 82 % des équipes en santé mentale rencontrent cette problématique. En 2013, les membres du comité régional en habitation réunis à l'initiative du Consortium en développement social de la Mauricie (au Québec) ont partagé des enjeux communs concernant l'insalubrité intérieure des habitations. Cette initiative régionale concertée s'est traduite par la mise en place du projet *Ensemble et bien logé* (EBL) dès 2014. Une population très réfractaire aux services était alors identifiée par la concentration de personnes en rupture sociale habitant en chambres au centre-ville. Le problème posé par ces gens faisait en sorte qu'ils étaient évincés de leurs appartements. On notait aussi que plusieurs côtoyaient un organisme communautaire en travail de rue. Deux constats ressortent de cette réalité, soit l'insalubrité associée à divers problèmes, dont les dépendances, soit l'insalubrité consécutive à l'accumulation. Cette dernière mobilise beaucoup d'intervenants et cette population répond plus difficilement à l'accompagnement. Le présent chapitre vise donc à documenter l'expérience des travailleurs de rue dans l'accompagnement de ces personnes souvent réfractaires à recevoir des services, cette expérience restant très peu étayée dans les écrits actuels.

Depuis la dernière parution du Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux (DSM-5), le trouble d'accumulation compulsive (TAC), aussi appelé thésaurisation pathologique ou *hoarding*, se classe comme un trouble à part entière qui s'inscrit dans les troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés (APA, 2015). La personne en souffrant présente une difficulté persistante à jeter certains objets (indépendamment de leur valeur réelle) et les symptômes s'exacerbent à la simple idée de s'en séparer, d'où l'accumulation pour contrer la souffrance ressentie. Cela occasionne un encombrement des aires de vie, une souffrance significative et/ou une altération dans le fonctionnement de l'individu. En effet, les personnes qui en souffrent vivent souvent de l'isolement social. Elles peuvent même être délogées dans certains cas et se retrouver dans la rue. Cette problématique sollicite divers intervenants psychosociaux (intervenants de proximité, santé mentale, protection de la jeunesse), des services de la ville (inspecteurs municipaux, pompiers [risque d'incendie]), des équipes de nettoyage, de réparation, de rénovation ou démolition, et même parfois, la Société protectrice des animaux.

En raison de cette grande vulnérabilité, la présence régulière offerte par les travailleurs de rue, la création de liens significatifs, le développement du pouvoir d'agir des individus sur une base volontaire et leur rôle de médiation sont des atouts. Les travailleurs de rue peuvent être appelés à intervenir auprès des personnes souffrant d'un TAC en amont (avant l'éviction) ou en aval. Tenant compte de ce contexte, le projet d'action-formation implique deux phases. La première vise à leur proposer un modèle de soins appuyé non seulement sur les données probantes, mais aussi sur leur expérience (compréhension du phénomène de l'accumulation compulsive et actions posées). La seconde phase consiste à proposer une trajectoire de services pour les personnes les plus réfractaires aux services. Cette recherche a permis de faire ressortir des profils, de dégager des parcours de vie, de cerner des interventions spécifiques et d'établir une trajectoire de soins et de services pour cette population ciblée.

Problématique

Le TAC est considéré comme un trouble chronique dont l'intensité des symptômes, liés notamment à l'accumulation d'objets, s'accroît avec le temps (Grisham et al., 2006). Les premières manifestations commencent généralement durant l'enfance ou l'adolescence. Malgré la croyance populaire que ce trouble se développe chez les personnes âgées, les personnes en seraient atteintes avant l'âge de 30 ans (Ayers et al., 2010; Grisham et al., 2006). Certaines études considèrent que le TAC affecterait davantage les hommes. Pourtant, les échantillons observés sont majoritairement composés de femmes (Iervolino et al., 2009; Samuels et al., 2008). Dans le même ordre d'idées, les participants caucasiens sont surreprésentés (Nordsletten et al., 2013; Tolin et al., 2008; Tolin et al., 2014). La tendance démontre que les individus sont généralement célibataires, divorcés ou veufs. Les difficultés financières sont également un dénominateur commun (Nordsletten et al., 2013). Enfin, certains comportements liés au TAC, tels que la difficulté à se départir d'objets, se manifestent davantage chez les individus habitant en milieu rural et ayant un revenu plus élevé. Il est plus facile de posséder une grande superficie où accumuler des objets, en région rurale, en raison des coûts moindres en habitation et de l'éloignement du voisinage (Rodriguez et al., 2013). L'accumulation compulsive crée des enjeux humains, économiques et matériels importants. Elle entraîne des conséquences qui risquent de mener jusqu'à une éviction de leur logement dans certains cas extrêmes, par l'application des lois municipales. On observe aussi que les personnes présentant ce trouble possèdent généralement une faible capacité d'insight, c'est-à-dire une difficulté importante à prendre conscience du problème, ce qui limite les approches à utiliser en contexte d'intervention (Gaston et al., 2009).

Ce qui semble également ressortir est l'incidence de la trajectoire de vie de ces personnes qui les place en situation de précarité (adversité durant l'enfance, privation sur le plan matériel). Cette vulnérabilité réfère non seulement à la composante psychologique (lacunes cognitives concernant le traitement de l'information), mais aussi à l'exclusion sociale et à l'isolement. Celle-ci semble découler des impacts d'événements paranormatifs, c'est-à-dire des événements inattendus ou non souhaités, tels que des problèmes familiaux ou des pertes, ou encore des périodes transitoires difficiles. Spini et al. (2017) proposent trois axes d'analyse concernant les trajectoires de vie. Le premier s'intéresse à l'aspect multidimensionnel de la vulnérabilité et à l'interinfluence entre les différentes dimensions de vie. Les ressources développées ou manquantes à une dimension peuvent alors compenser ou affecter un autre domaine. Le deuxième axe se penche sur les niveaux multiples de la vulnérabilité : les niveaux intra-individuel (disposition génétique, biologique et psychologique), individuel (étapes du parcours de vie) et supra-individuel (macroscopique). Le dernier axe correspond davantage au chronosystème et implique aussi la manière dont l'individu donne un sens de façon rétrospective à sa trajectoire de vie. Comprendre ce phénomène (TAC) tel que perçu par les travailleurs de rue peut apporter certains éléments de réponse pour les personnes les plus démunies. *Quelle est leur expérience en tant que travailleurs de rue avec ces personnes réfractaires – personnes évincées ou à risque de le devenir? Qu'est-ce qui a fonctionné dans leur approche, qu'est-ce qui a été difficile ou qu'est-ce qui pourrait être possible? Et enfin, comment perçoivent-ils leur contribution à l'intérieur des trajectoires des soins et de services?*

Méthode

Il nous a semblé essentiel de privilégier une recherche-action participative incluant un volet formation. Ces allers-retours entre la recherche et la réalité terrain assurent la faisabilité et la pérennité du projet. Notre but tend à résoudre une problématique spécifique qui se manifeste dans leur pratique et de chercher des solutions directement dans le milieu en prenant en compte leurs ressources (petite équipe sur le terrain et au centre de jour incluant une équipe médicale de soins de proximité) et leur approche d'apprivoiser le lien. Compte tenu de la complexité engendrée par les problèmes d'accumulation et d'exclusion sociale, cela justifie de bien saisir leur pratique actuelle et d'identifier leurs besoins pour bonifier leurs interventions en appui avec les données probantes et ainsi amorcer une réflexion sur une trajectoire de services.

Le premier volet du premier objectif était de documenter l'expérience des travailleurs de rue sous l'angle de l'accompagnement dans une visée

phénoménologique. Le second volet visait à proposer un modèle explicatif du TAC en termes de soins. Sous forme semi-dirigée, auprès de cinq travailleurs de rue (quatre hommes, une femme), la cueillette de données s'est faite à trois reprises à partir de *focus groups* d'une durée approximative de deux heures et demie. Le deuxième groupe de discussion favorisait l'approfondissement des thèmes relevés lors du premier groupe et leur contribution possible dans une trajectoire de soins. La troisième rencontre servait à dégager les thèmes relevés et les liens établis avec les écrits scientifiques afin de présenter un modèle explicatif et des outils pour soutenir leurs interventions, puis à recevoir leurs rétroactions. Finalement à cause de contraintes hors de notre contrôle, des entretiens individuels avec les porteurs du projet de l'organisme communautaire en travail de rue ont eu lieu pour faire le bilan du projet. Les groupes de discussion et les entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits intégralement sous forme de verbatim. Les dernières rencontres ont servi à valider la démarche. Cette recherche a été subventionnée par le CIUSSS MCQ (Douville, 2019). Parallèlement, pour répondre au second objectif de proposer une trajectoire de services aux personnes les plus réfractaires, la participation des chercheuses au comité opérationnel « Ensemble et bien logé » (issue de la direction de la santé publique) s'avérait essentielle. Quatorze partenaires issues du CIUSSS, des organismes communautaires (tels que l'organisme en travail de rue, des maisons de la famille, des organismes en santé mentale, etc.) ou ceux de la municipalité composent ce comité. Cette participation prenait diverses formes dont le partage de l'expertise et les spécificités des actions de chacun, par l'entremise de discussions de cas. La trajectoire de services ne peut que s'actualiser en étroite partenariat avec le CIUSSS, ainsi plusieurs rencontres ont eu lieu avec la direction de la santé publique et la direction de la santé mentale et de dépendance.

Résultats

L'analyse thématique (Paillé & Muchielli, 2016) des verbatim issus des *focus group* a permis de mettre en évidence plusieurs thèmes et sous-thèmes concernant les personnes rencontrées et l'intervention auprès des personnes souffrant d'un TAC à risque ou en situation d'exclusion sociale ou de vulnérabilité.

Les travailleurs de rue ont identifié, à partir de leur expérience, quatre profils de personnes présentant un TAC. Cette classification rend compte du niveau de conscience que ces personnes ont de leur problématique. D'ailleurs, on constate que la demande d'aide provient le plus souvent d'une tierce personne en contexte de crise à cause des mesures à prendre face à l'état du logement ou à l'éviction probable. Le premier type observé, dans la pratique,

correspond à celui qui ne se rend pas du tout compte de sa problématique. Il n'est pas gêné ou honteux de montrer son logement puisqu'il n'a pas conscience de l'ampleur de l'encombrement. Par conséquent, il ne peut mesurer la dangerosité de sa situation. Le deuxième type, lui, en est très conscient, mais évite d'amener autrui chez lui pour cette raison. C'est souvent par hasard ou bien suite à une menace sérieuse d'éviction que les travailleurs de rue accèdent à cette réalité. Dans de rares cas, c'est lors du décès de la personne qu'ils ont finalement accès au logement. Les intervenants ont identifié un troisième profil où la personne est consciente de sa situation, mais ne s'oppose pas à ce que l'intervenant aille chez lui. Elle vit de l'impuissante face à sa situation puisqu'elle est incapable de développer des stratégies pour désencombrer son environnement sans que cela ne l'affecte sérieusement. Penser à se départir des objets renforce paradoxalement le désir d'en acquérir d'autres. La quatrième catégorie regroupe ceux qui ont les moyens (physiques et financiers) d'accumuler. Les travailleurs de rue précisent qu'ils n'interviennent pas auprès de ces personnes, car elles restent fonctionnelles. On ne réfère pas ici aux collectionneurs qui peuvent marchander les objets.

Les participants mentionnent que l'insalubrité ou l'encombrement, malgré les risques pour la santé et la sécurité, ne constituent pas des leviers d'interventions efficaces. La personne perçoit peu le problème, ou se voit totalement incapable de se détacher des objets, ou même de désencombrer. Seule la possibilité d'éviction du logement entraîne une mobilisation. Lorsque cette mobilisation est faite en collaboration avec les autorités, elle peut prendre appui sur une motivation extrinsèque de la personne. Les intervenants tiennent alors un rôle de médiateur qui leur permet d'accompagner la personne avant de se retrouver sans logement.

Les participants ont émis des hypothèses explicatives concernant la résistance au changement. Il a été suggéré que le changement est difficile en raison de la question identitaire. On suppose qu'une part de l'identité chez ces individus est investie dans les objets cumulés. En quelque sorte, ils donnent un sens à un événement ou une période particulière de leur vie en l'associant à un objet. Ainsi, la signification attribuée se cristallise pour se traduire par un très grand sentiment d'attachement accordé à ces objets. À titre d'exemple, pour l'un, ses objets étaient associés à un proche décédé (les objets reliés à un rituel préservent ainsi sa mémoire et empêchent de perdre des souvenirs), tandis que pour un autre, ils représentaient une période où il était identifié et reconnu comme un intellectuel. L'idée de se départir d'un seul des objets cumulés les amputerait d'une part identitaire et suscite une réaction négative fortement anxiogène. Il s'agit de personnes vivant une détresse importante reliée à leur

vulnérabilité et leur isolement, ce qui peut freiner les résultats des interventions. Les travailleurs de rue sont souvent confrontés à une très grande méfiance et à des troubles de santé mentale en comorbidité. Les participants citent aussi la récurrence des symptômes compulsifs comme étant possiblement à l'origine de la résistance au changement. Finalement, ils identifient l'accumulation comme une forme de contrôle de la personne sur son environnement pour pallier aux ressources manquantes.

Les participants soulignent les particularités reliées à un historique de pertes ou de deuils non résolus. C'est ce qui les amène à dire que l'accumulation a pour fonction de remplir le vide occasionné par ces deuils non résolus, puisque la perte agit comme facteur précipitant. Selon eux, certains trainent un historique chargé de polytraumatismes, incluant souvent des abus multiples (sexuels et physiques) durant l'enfance. Ce lourd passé aurait des conséquences sur leur santé mentale (dépressions), rapportant souvent plusieurs hospitalisations, pouvant parfois aller jusqu'à des électroconvulsions. Dans cette optique, l'accumulation permet de construire une sorte de *bunker* et procure une sécurité; l'intrusion à son espace environnemental est vécue comme un viol.

La présente étude a aussi fait ressortir quelques caractéristiques propres à l'entourage de l'accumulateur compulsif. En effet, les travailleurs de rue indiquent que les proches, à moins qu'ils ne s'inscrivent eux-mêmes dans une culture familiale de transmission, ont de fortes réactions, plutôt aversives, face à l'accumulation. Ils se sentent impuissants et leur aide s'avère souvent inopportune. En vidant le logement, ils augmentent l'anxiété de la personne aidée et participent conséquemment à son isolement. Dans les autres cas, l'accumulation s'appuie sur de fortes croyances partagées par la famille (ils demeurent à proximité et on y retrouve un encombrement similaire dans les aires de vie).

Toutefois, les participants ont remarqué que le TAC est rarement associé à la toxicomanie. L'insalubrité reflète davantage la désorganisation entourant la consommation et, contrairement aux personnes présentant un TAC, celles-ci ne présentent pas d'attachement aux objets.

Les participants ont également défini des paramètres propres à leur intervention. Tous ont insisté sur l'établissement de l'alliance thérapeutique avant d'arriver à un accord avec l'usager sur les objectifs ciblés. Ils ont souligné l'importance de l'investissement en termes de durée et de fréquence, ce suivi nécessitant parfois plusieurs heures dans une même semaine, et ce, sur plusieurs années. Ils ont aussi relevé l'impuissance vécue par les intervenants face à

l'accumulation d'objets souvent insolites qui ne prend sens que lorsque la personne ouvre sur son histoire, qu'elle raconte le sens attribué à ces objets en lien avec des périodes ou événements particuliers de son parcours. Si l'alliance est solide, cela augmentera selon eux les probabilités de changement, encore plus s'il y a présence d'un déclencheur extrinsèque. Le dernier thème ressorti est l'utilisation de leviers d'intervention pour en arriver à une habitation plus fonctionnelle, en termes de salubrité et d'encombrement. Les intervenants disent travailler principalement sur les distorsions cognitives en misant sur la réduction des méfaits. Selon eux, il est essentiel de trouver une source de motivation au changement chez ces personnes. Ils relèvent l'importance d'accompagner ces personnes à leur rythme malgré l'urgence d'agir d'où l'importance d'un partenariat étroit avec divers partenaires, dont les inspecteurs municipaux et les propriétaires de logements. Tous ont insisté sur l'importance du travail d'équipe et la nécessité de développer une trajectoire spécifique au TAC.

Discussion

Suite à l'analyse des résultats, on remarque certains éléments qui convergent avec ce qui est retrouvé dans la littérature. En effet, dans leur modèle explicatif du TAC, Muroff et al. (2014) identifient quatre composantes à considérer. Ils y définissent les facteurs de vulnérabilité, la signification des biens, les réactions émotionnelles et le comportement observé chez la clientèle. Les facteurs de vulnérabilité comprennent les difficultés reliées au traitement de l'information, les enjeux d'attachement, les problèmes comorbides (troubles anxieux et de l'humeur), les contraintes physiques liées à la santé, le temps et l'espace et enfin, les étapes de vie (ruptures ou réorganisations familiales) (Muroff et al., 2014). On peut faire des liens entre cette théorie et le contenu des *focus groups* concernant les antécédents personnels et familiaux, la valeur sentimentale et identitaire des objets accumulés (signification des biens) ainsi que les émotions associées. Les émotions se rattachent aux réactions positives accrues par l'acquisition des objets et les réactions négatives associées aux difficultés à s'en départir. De plus, les chercheuses ont dénoté des similitudes entre les propos des participants et les origines du TAC. La littérature démontre qu'un historique de privation matérielle ou de traumatismes durant l'enfance peut mener à une problématique de thésaurisation (Samuels et al., 2008). On constate aussi une concordance entre l'approche utilisée par les participants et les écrits (Rodier Bourbeau, 2015). La réduction des méfaits et l'approche motivationnelle sont des techniques favorisées. Ces deux étapes deviennent préalables pour travailler les distorsions cognitives.

Il est intéressant d'analyser cette problématique sous l'angle du parcours de vie, ce qui permet d'avoir une vision multidimensionnelle et multiniveau de l'individu. L'approche des parcours de vie met les vulnérabilités en perspective dans plusieurs sphères de vie de la personne telles que le lieu d'habitation, les relations sociales et affectives, la santé et le bien-être ainsi que les diverses institutions intriquées dans l'expérience de la personne (Reese & Smyer, 1983). La trajectoire des services des personnes que rejoignent les travailleurs de rue et la territorialisation laisse voir le caractère protéiforme du processus d'exclusion. Cette approche permet d'avoir un meilleur portrait de l'individu et de comprendre le sens construit autour de ses événements de vie et d'établir un lien de confiance. Le cumul des facteurs de stress a comme conséquence de surinvestir les objets pour éviter de ressentir les conséquences négatives liées aux sources initiales de stress. Le cumul vient alors combler le manque de ressources ou les pertes significatives dans divers domaines tels que le lieu de vie ou les relations sociales et affectives. La structure sociale, le cadre légal et les services publics viennent corroborer ces manques. La différence émise entre les contextes d'intervention respectifs a mené à la conclusion qu'il existe des écarts entre les milieux urbains et ruraux. En effet, on constate une réglementation plus stricte dans les villes qui font ressortir davantage les troubles relatifs à l'insalubrité et l'encombrement en lien avec les enjeux de santé et de sécurité. En somme, il serait intéressant, du point de vue de cette perspective, de retracer le parcours de vie (incluant le parcours de soins), d'avoir accès à la narration de ces personnes présentant de grandes vulnérabilités et des problèmes d'accumulation pour mieux analyser les croisements des diverses dimensions qui convergent vers l'exclusion.

Bien que les participants n'aient pas reçu de formation spécifique sur la problématique du TAC, ils ont été en mesure d'identifier des profils et des techniques d'intervention à partir de leur expérience. Ces intervenants ayant avoué travailler à partir de leur senti, cela les a amenés à se rapprocher des perspectives suggérées par les bonnes pratiques : établir une alliance avec la personne méfiante et respecter son rythme. Les informations recueillies combinées à une recension des écrits ont permis d'élaborer une formation sur le TAC à l'endroit des travailleurs de rue et d'inclure des outils d'intervention concrets, dont l'index de sévérité d'encombrement (*Clutter Image Rating Scale*, Grisham & Williams, 2014) et l'utilisation de la photographie (Gaston et al., 2009; Mataix-Cols, 2014; O'Connor et al., 2012). Ceux-ci visent à donner des repères afin de mieux situer l'ampleur de la problématique avec la personne et mesurer l'évolution des interventions. La photographie devient en quelque sorte une mémoire visuelle afin de contrer les difficultés liées à l'attention, à l'ambivalence

à prendre des décisions ou même à la tendance à se centrer sur des détails non essentiels oubliant l'ensemble.

Pour les recommandations, le contenu des *focus groups* laisse croire que les caractéristiques et l'intervention dans les situations d'accumulation excessive d'animaux auraient avantage à être approfondies. En effet, les intervenants sont souvent témoins à la fois d'un fort attachement aux animaux et, paradoxalement, du piètre état de santé de ces animaux causé par la négligence. Aussi, le TAC doit se traiter en partenariat avec les différents acteurs impliqués. La trajectoire de services doit donc tenir compte de la réalité des régions, en impliquant les organisations autour de ces personnes, notamment les organismes communautaires et les services plus spécifiques au TAC. Malheureusement le contexte actuel de la pandémie complique la poursuite du projet, les contraintes sanitaires et la mobilisation sans précédent de la santé publique freinent les démarches entreprises.

Conclusion

Pour terminer, il faut rappeler que cette recherche avait pour but de documenter l'accompagnement réalisé par les travailleurs de rue auprès des personnes souffrant d'un TAC. Par le biais de *focus groups*, on a identifié quatre profils définis par le niveau de conscience de la problématique ainsi que des facteurs explicatifs. De façon unanime, les intervenants se sont entendus pour nommer quelques caractéristiques rencontrées plus fréquemment chez les utilisateurs de leurs services qui présentent un TAC. Pour commencer, on retrouve presque toujours dans l'histoire de vie de l'individu des pertes ou des deuils non résolus, ou des traumatismes. De plus, certaines perspectives telles que la réduction des méfaits et l'approche motivationnelle ont été soulignées comme étant bénéfiques en vue de restructurer l'espace, autant par les participants que par les écrits scientifiques. Les résultats auront permis de comprendre la perception qu'ont les travailleurs de rue face à cette problématique qui s'inscrit dans le parcours de vie des personnes rejointes, de mieux définir leurs besoins de formation et d'établir des partenariats.

Parallèlement aux groupes de discussion, une démarche de concertation s'est faite auprès de plusieurs acteurs confrontés à cette problématique. Dans la seconde phase de la recherche, une trajectoire de services reliée à cette problématique – impliquant les organismes en travail de rue, une équipe de soins de proximité, une équipe en santé mentale et dépendance du CIUSSS, les inspecteurs municipaux et tous les autres acteurs présents – est documentée afin d'offrir une réponse régionale concertée. Cette recherche s'inscrit donc comme

une pratique innovante pour répondre aux besoins des personnes souffrant d'un TAC, souvent plus réfractaires à l'offre de services et à la mobilisation.

Établir un continuum de services incluant de la formation, des groupes de parole, des groupes de passage à l'action et des groupes d'entraide pour le maintien des acquis et ainsi que des groupes pour les proches constitue un ensemble de bonnes pratiques à développer (Dinning, 2006). Deux défis s'imposent : identifier plus rapidement la problématique et référer à divers groupes de soutien pour offrir des services adéquats pour contrer l'isolement et soutenir un désencombrement pour aménager des espaces fonctionnels et sécuritaires. En somme, mieux saisir la problématique pour éviter par exemple, le placement des enfants causé par l'encombrement et l'insalubrité des pièces puisque la mère, malgré les demandes répétées, est incapable d'y remédier sans aide spécialisée; comprendre que le père ne peut recevoir ses enfants, car 85 % de l'espace de vie est encombré et non causé par un désengagement de sa part envers ses enfants. Dans les deux cas, les parents ressentent un profond découragement et leur pratique parentale est fragilisée par le TAC, et ce, sans compter les tentatives d'aide avortées de l'entourage puisque le « vide ressenti » par le grand ménage, pour débarrasser les lieux encombrés, provoque une grande détresse ayant comme conséquence l'isolement tout en vulnérabilisant ainsi la personne souffrant du TAC. D'où l'importance de la mise en place, entre autres, de groupe de soutien pour les proches qui vivent aussi beaucoup d'impuissance et de honte, de groupe de maintien pour les personnes présentant un TAC, puisque les apprentissages que la personne fait pour diminuer l'encombrement ne se maintiennent pas dans le temps (rechutes) (Dinning, 2006). L'absence de tels soins confronte à la récurrence de l'encombrement et à des situations d'intervention en situation d'urgence où l'individu se montre méfiant face à l'aide offerte, où l'état des lieux place à risque l'individu et l'entourage sur le plan de la santé et de la sécurité. Plus la personne se sent menacée, plus elle cumule et s'isole. Une fois évincées, l'anxiété et l'incompréhension ressenties l'amènent à reproduire les mêmes comportements. En ce sens, la récurrence de l'éviction accroît la vulnérabilité de la personne qui se terre davantage mettant à risque sa santé physique et mentale (restriction de l'espace viable et rupture sociale).

La poursuite des travaux est essentielle pour offrir une réponse adaptée aux personnes en rupture sociale où l'implication des travailleurs de rue permet d'initier l'aide et éventuellement les accompagner vers d'autres services pour recevoir les soins appropriés. Les données compilées sur la problématique d'accumulation et d'insalubrité répertoriée au sein des partenaires vont permettre de mieux dresser un tableau de l'ampleur du problème. L'implication

de plusieurs groupes communautaires en santé mentale est à poursuivre afin de diversifier l'offre de services et ultérieurement avoir accès à de la psychothérapie et à des groupes de psychothérapie spécialisés en TAC. L'équipe collabore à l'élaboration d'un guide national de référence sur le TAC pour partager les diverses expériences issues des régions.

Références

- American Psychiatric Association (APA) (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Ayers, C. R., Saxena, S., Golshan, S., & Wetherell, J. L. (2010). Age at onset and clinical features of late life compulsive hoarding. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 142-149. doi : 10.1002/gps.2310
- Bodryzlova, Y., & O'Conner, K. (2018, janvier). Factors Affecting the Referral Rate of the Hoarding Disorder at Primary Mental Health Care in Québec. *Community Mental Health Journal*, 1-9. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-018-02342-z>
- Dinning, L. B. (2006). *No Room to Spare »: Ottawa's Community Response to Hoarding Plan*. The Ottawa Community Response to Hoarding Coalition.
- Douville, L. (2019). *Dépôt final du projet pilote de recherche et d'intervention auprès d'une clientèle en rupture sociale présentant des troubles d'accumulation compulsive (TAC) ou d'autonégligence sévère : Rapport de recherche*. Trois-Rivières : CIUSSS-UQTR-Point de Rue.
- Gaston, R. L., Kiran-Imran, F., Hassiem, F., & Vaughan, J. (2009). Hoarding behaviour: building up the 'R factor'. *Advances in psychiatric treatment*, 15, 344-353. doi 10.1192/apt.bp.107.005215.
- Grisham, J. R., & Williams, A. D. (2014). The clutter image rating. Dans R. O. Frost, & G. Steketee (Éds), *The Oxford Handbook of Hoarding and acquiring* (pp. 238-239). Oxford : Oxford University Press.
- Grisham, J. R., Frost, R. O., Steketee, G., Kim, H.-J., & Hood, S. (2006). Age of onset of compulsive hoarding. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 675-686. doi : 10.1016/j.janxdis.2005.07.004
- Iervolino, A. C., Perroud, N., Fullana, M. A., Guipponi, M., Cherkas, L., Collier, D. A., & Mataix-Cols, D. (2009). Prevalence and heritability of compulsive hoarding: A twin study. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1156-1161. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121789
- Mataix-Cols, D. (2014). "Hoarding Disorder". *The New England Journal of Medicine*, 370, 2023-2030. doi : 10.1056/NEJMcp1313051.
- Mueller, A., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Glaesmer, H., & Zwaan, M. (2009). The prevalence of compulsive hoarding and its association with compulsive buying in a German

- population-based sample. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 705-709. doi: 10.1016/j.brat.2009.04.005
- Muroff, J., Underwood, P., & Steketee, G. (2014). *Group Treatment for Hoarding Disorder: Therapist Guide*. Oxford : Oxford University Press, USA.
- Nordsletten, A. E., Monzani, B., de la Cruz, L. F., Iervolino, A. C., Fullana, M. A., Harris, J.,... Mataix-Cols, D. (2013). Overlap and specificity of genetic and environmental influences on excessive acquisition and difficulties discarding possessions: Implications for hoarding disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 162B, 380-387. doi: 10.1002/ajmg.b.32149
- O'Connor, K., St-Pierre-Delorme, M.-E., & Koszegi, N. (2012). *Entre monts et merveilles. Comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive*. Québec : Éditions Multimonde.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Reese, H. W., & Smyer, M. A. (1983). The dimensionalization of life events. Dans E. J. Callahan, & K. A. McCluskey (Éds), *Life-Span Development Psychology. Non-normative Life Events*, (pp. 1-33). New York : Academic Press.
- Rodier Bourbeau, V. (2015). *L'intervention en contexte d'accumulation, d'encombrement et d'insalubrité : élaboration d'un guide de soutien à la pratique en CSSS*. (Projet de maîtrise inédit en psychoéducation). Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Rodriguez, C. I., Simpson, H. B., Liu, S. M., Levinson, A., & Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of difficulty discarding: results from a national sample of the US population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 795-801. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182a21471
- Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Grados, M. A., Cullen, B., Riddle, M. A., Liang, K.-Y. ... Nestadt, G. (2008). Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 836-844. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2008.04.004>
- Spini, D., Bernadi, L., & Oris, M. (2017, janvier). Vulnerability across the Life Course. *Research in Human Development*, 14, 1-4.
- Todorov, C (2016). Troubles obsessionnels-compulsifs. Dans Lalonde, P., & Pinard, G.-F. (Éds), *Psychiatrie clinique : Approche bio-psycho-sociale 4^e éd.* (pp. 446-471). Montréal : Chenelière Éducation.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2014). *Buried in treasures : Help for compulsive acquiring, saving, and hoarding* (2^e Éd.), New York, NY: Oxford University Press.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., Gray, K. D., & Fitch, K. E. (2008). The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry Research*, 160, 200-211. doi : 10.1016/j.psychres.2007.08.008

Chapitre 18

L'expérience parentale lors de la transition à la parentalité : une formation professionnelle centrée sur le soutien à la résilience des parents

Delphine Barbe Coulon et Carl Lacharité

Introduction

La naissance d'un enfant fait souvent l'objet d'une idéalisation par la société. Cette période de changement et de défis, liée à l'évolution de la vie, peut pourtant rendre les parents vulnérables. Les consultations et les hospitalisations sont en effet fréquentes la première année de vie de l'enfant. Les professionnels sont concernés par la vulnérabilité périnatale, une problématique de santé. Ils sont démunis et s'interrogent sur la manière d'accompagner au mieux ces familles. Ainsi, à la vulnérabilité des parents se superpose une vulnérabilité des professionnels. Dans cet article, la place des parents est interrogée sous l'angle notamment de leur pouvoir d'agir dans le cadre d'un programme de formation professionnelle, périnatal et intégratif, basé sur une approche écosystémique du développement humain. Quelques éléments de méthodologie sont énoncés avant de s'intéresser à la perspective unique des familles sur leur expérience et à celle des intervenants qui les accompagnent.

Contexte : La transition à la parentalité, une période de vulnérabilité

Le processus de développement parental débute dès la grossesse, se poursuit par la naissance d'un bébé et de ses parents et s'étale sur plusieurs mois (Stern, 1998). Le défi d'accueillir l'enfant réel, lui donner sa place et de laisser l'enfant imaginaire, rêvé, est présent, d'autant plus pour les mères et les pères avec des espoirs, besoins et réparations (Stern & Bruschweiler-Stern, 1998). Les narrations de l'entourage familial, social et médical peuvent renforcer le décalage entre les représentations de cette nouvelle expérience et le ressenti réel. La responsabilité d'assurer la survie de son bébé fait naître beaucoup de peurs et de questionnements. Les événements critiques postnataux peuvent générer des sentiments d'impuissance, de stress, d'incompétence voire de

colère pour les parents et sont susceptibles d'influencer leur adaptation (de Montigny & Lacharité, 2002; Kurth et al., 2010). Les pleurs excessifs sont une source de préoccupation voire d'anxiété pour beaucoup de parents dans les premiers mois de vie.

L'expérience de cette transition impacte la famille, au niveau de sa structure, de son fonctionnement, et agit sur la perception des relations conjugales et parentales, chacun devant ajuster ses rôles pour répondre aux besoins de l'enfant (Favez & Frascarolo, 2011, 2013). Pour les mères et les pères dont c'est le premier enfant, la double naissance du bébé et de ses parents représente un contexte propice à la vulnérabilité périnatale, notamment en raison d'un manque de repères et de confiance. Ce processus de changement où les individus redéfinissent leur identité personnelle et développent leurs perceptions d'efficacité en réponse à plusieurs événements stressants peut fragiliser la santé des femmes, des hommes (de Montigny & Lacharité, 2002; Kurth et al., 2010, Schulz et al., 2006).

Le père et la mère sont vulnérables et peuvent être touchés par le stress, l'émotion, le changement, l'épuisement parental voire la dépression périnatale pour 20 % des mères et 10 % des pères (Nanzer, 2009; Paulson & Bazemore, 2010). Une corrélation existe avec la dépression maternelle et des cognitions négatives se rapportant au rôle de père (Coulon, 2015; Musser et al., 2013; Séjourné et al., 2012).

Le stress parental provient des interactions entre le parent et son environnement (Lazarus & Folkman, 1984). Il résulte de l'écart perçu ou réel entre les demandes de la famille et de l'enfant et les ressources et capacités que l'individu a l'impression de posséder (Abidin & Brunner, 1995; Deater-Deckard et al., 2005). Le niveau de stress parental, qui représente un indice d'ajustement à la naissance de l'enfant, influence la perception du père et de la mère de leur relation avec l'enfant, l'ajustement comportemental et émotionnel de l'enfant et constitue un facteur de risque environnemental pour l'enfant (Deater-Deckard et al., 2005; Neece et al., 2012). Le comportement de l'enfant perçu comme difficile – en particulier, ses pleurs – influence le comportement parental (Leerkes & Crockenberg, 2003; McHale & Crouter, 2003). Il engendre un haut niveau de stress, diminue le sentiment de compétence parentale, la satisfaction parentale et augmente le risque de dépression (Bolten et al., 2012; de Weerth et al., 2015; Landgren & Hallström, 2011; McGrath & Rice, 2008; Radesky et al., 2013). Une tolérance parentale variable aux pleurs persistants peut déclencher la négligence voire la maltraitance connue sous le nom de syndrome du bébé secoué avec un impact important sur le développement de l'enfant (Barr et al.,

2006). L'anxiété et la dépression des parents constituent des éléments de vulnérabilité psychique lors de la période périnatale. Ils freinent leur disponibilité psychologique et leur alliance parentale (Hughes et al., 2004). Cette vulnérabilité peut être double notamment en contexte de migration. Le processus complexe de parentalité est alors expérimenté en tentant de s'adapter aux changements et de concilier les références de la société d'accueil et les repères du pays d'origine parfois éloigné en trouvant du sens.

Selon Stern (1998), une des étapes dans le processus de développement parental est liée au soutien social. La vulnérabilité est accrue lorsque le soutien est perçu comme manquant (Brodiez-Dolino, 2015; Hamelin-brabant et al., 2015). Les soutiens émotionnels et de valorisation sont souvent perçus par les parents comme déficitaires lors de la période périnatale. Le soutien informatif, souvent trop directif, ne cible pas suffisamment les besoins du bébé et la compréhension que les parents en ont (Barbe Coulon, 2018).

Face à la complexité des besoins de nouveaux parents et de leur bébé, comment les professionnels de la santé peuvent-ils leur offrir un accompagnement qui n'entraîne pas lui-même une augmentation de leurs fragilités? De quels repères ont-ils besoin pour organiser un accompagnement centré sur les capacités de résilience des familles? Pour répondre à ces questions, un programme de formation a été élaboré et expérimenté. Ce programme propose aux professionnels de la santé périnatale une formation réflexive participative et expérientielle sur leur pratique sous l'angle du soutien du pouvoir d'agir des parents. L'évaluation de l'implantation et des effets de cette formation auprès d'un groupe de professionnels français et suisses fournit le contexte servant de cadre méthodologique de cet article. La prochaine section brosse un bref portrait de ce cadre.

Cadre méthodologique

Le devis utilisé est de type mixte séquentiel combinatoire en post-intervention (Creswell & Plano Clark, 2011). Les 52 participants de l'étude sont des professionnels francophones, âgés de 25 à 58 ans. Les infirmiers (majoritaires), sages-femmes et médecins travaillent avec des familles en contexte périnatal dans le secteur hospitalier ou communautaire. Ils pratiquent dans le département de la Vendée en France et dans le canton de Genève en Suisse. Les hommes sont peu représentés (N = 2).

Les données quantitatives sont recueillies à l'aide d'un inventaire qui évalue l'orientation des pratiques d'aide et les croyances (Lacharité & Gagnier,

1999). Des entretiens semi-dirigés (N=17) sont conduits trois mois après l'expérimentation pratique pour compléter les données quantitatives recueillies. Le volet quantitatif permet de mieux comprendre l'intervention sur une partie du processus (Creswell & Plano Clark, 2011). Les entretiens semi-directifs sont menés à l'aide d'un canevas d'entretien construit selon la technique de l'incident critique et retranscrits. Ils font l'objet d'une analyse thématique (Paillé & Muchielli, 2012).

Les concepts de pratique réflexive et participative qui fondent le programme de formation

Les ateliers réflexifs pour les professionnels s'appuient sur des concepts théoriques de pratique réflexive et d'approche écosystémique participative (figure 1). La pratique réflexive collaborative permet une prise de distance et une réflexion sur les pratiques professionnelles, à partir d'un travail collectif sur les valeurs, connaissances et représentations ou croyances en jeu dans des situations diverses. Les conceptions individuelles notamment les croyances, les modèles concernant les compétences influencent les actions auprès des familles (Miron & Tochon, 2004). La pratique réflexive est pertinente pour explorer les croyances professionnelles et personnelles tant sur la transition à la parentalité que sur la pratique adoptée (Duhamel, 2015; Meleis, 2010; Wright & Leahay, 2014). Ces croyances peuvent s'avérer contraignantes ou facilitantes pour la relation avec les familles et la pratique (Wright & Bell, 2009).

L'intervention traditionnelle « experte », issue de la première cybernétique et du paradigme positiviste (Minuchin, 1974), ancrée sur les déficits à réparer des problèmes, situe l'intervenant comme étant extérieur à la situation et observateur de la famille qui, elle, devient objet d'étude ou cible d'action. Cette perspective reste dominante dans les milieux de la santé (Gingras & Lacharité, 2009; Mendenhall & Ballard, 2014). Dans ce cadre, les échecs des interventions sont souvent attribués à l'incompétence du professionnel ou de la famille (Gottlieb & Gottlieb, 2014; Le Bossé & Duffort, 2001), ce qui contribue à alimenter l'impression de vulnérabilité ressentie, de part et d'autre, par les professionnels et les parents. L'approche écosystémique propose une évolution de la conception des soins, non réservés aux spécialistes, en considérant le contexte environnemental naturel et la communauté de vie des personnes concernées (Bronfenbrenner, 1989). Elle permet de transformer la manière de comprendre les familles.

Avoir un enfant se situe dans une transition dans l'écologie des autres membres de sa famille (Bronfenbrenner, 1979). Cette approche écosystémique

du développement humain permet de prendre conscience des conditions de développement et d'apprentissage favorables pour les parents, point essentiel pour les soutenir (Bronfenbrenner, 1979).

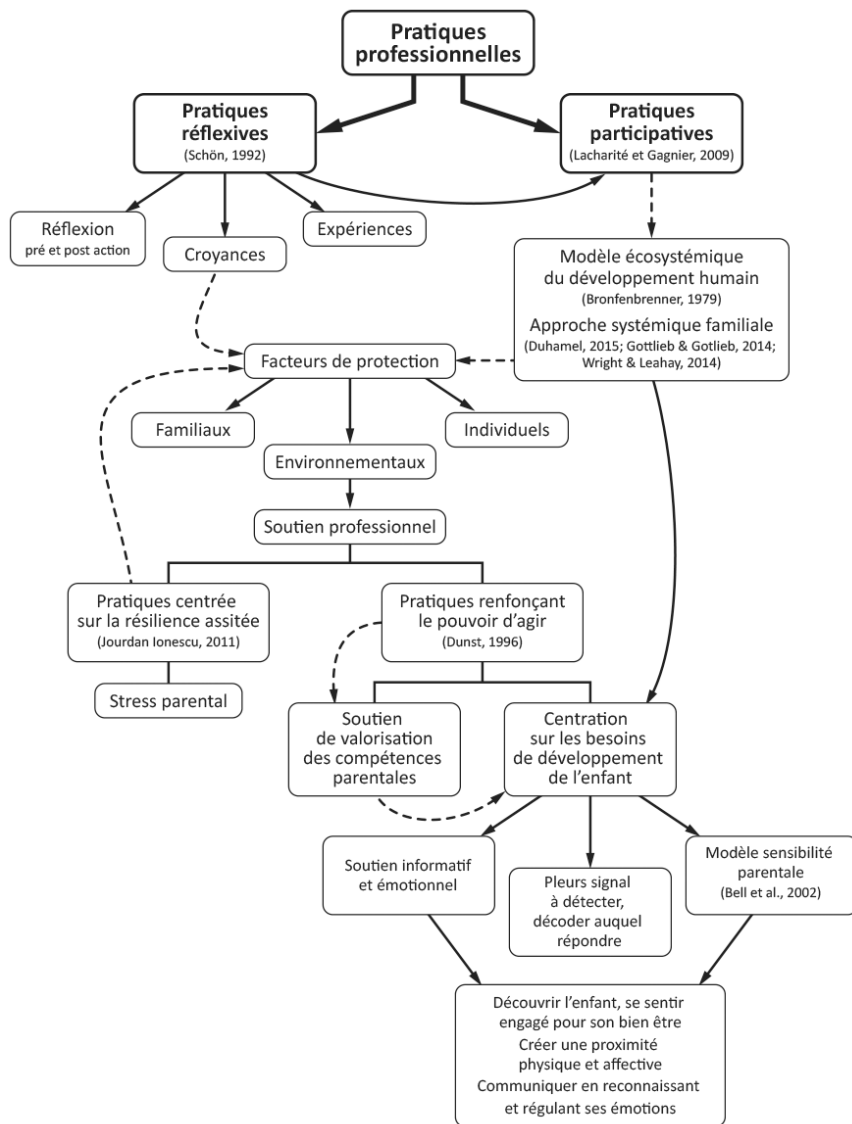


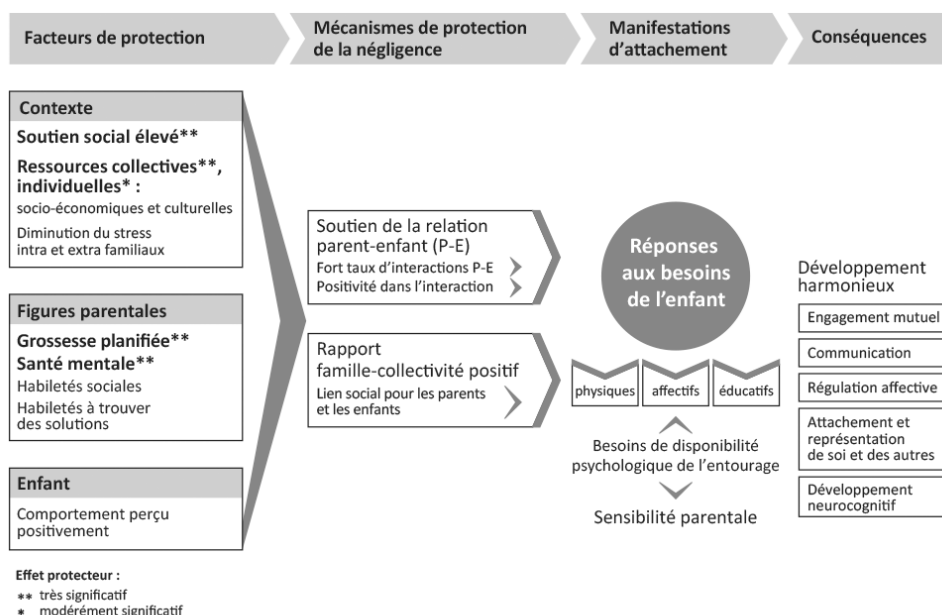
Figure 1 - Synthèse des concepts théoriques du programme (Source : auteurs)

L'adaptation parentale au stress engendré par la naissance de l'enfant dépend de la mobilisation des ressources par la famille et du soutien social reçu pour y faire face. Un individu s'adapte à un problème de santé grâce à ses traits

personnels, mais aussi grâce à ses interactions familiales (Duhamel, 2015). L'isolement ou le manque de soutien social et de ressources ont une influence indirecte sur le processus d'adaptation (Lacharité et al., 2006). Le soutien social, informatif, émotionnel et d'estime ou de valorisation de la famille a un rôle protecteur primordial sur l'anxiété, l'adaptation et la dépression postpartum (Capponi et al., 2013; Corrigan et al., 2015; Hamelin-Brabant et al., 2015). Le soutien centré sur les ressources et les besoins de la famille contribue au bien-être de l'enfant et de sa famille. La théorie écosystémique et développementale offre un cadre conceptuel adapté pour des pratiques participatives préventives périnatales, en plaçant au centre de l'accompagnement, le développement et le bien-être de l'enfant de même que la réponse à ses besoins (Lacharité et al., 2006; Lacharité et al., 2016). Le soutien au développement du nourrisson passe par les différentes personnes en interaction avec lui. Le modèle écosystémique analyse l'ensemble des systèmes environnementaux, personnels, familiaux et sociaux également dans des contextes de vulnérabilité, pour prévenir le contexte de négligence dans lequel l'enfant peut évoluer et permet de mieux structurer les interventions en les centrant davantage sur l'enfant (Léveillé & Chamberland, 2010). La perspective écosystémique permet d'intégrer dans la relation d'aide les ressources à disposition dans le réseau social (Wright & Leahy, 2014).

On interroge plus souvent les facteurs de vulnérabilité que les facteurs protecteurs permettant l'adaptation au stress parental alors que la potentialité de la vulnérabilité sous-entend qu'il est possible de la contrer (Soulet, 2013). Les facteurs protecteurs correspondent à des ressources présentes dans les différentes sphères des parents, protectrices du stress et renforçant la capacité d'adaptation à une situation stressante (figure 2) (Cyrułnik, 2001; Lacharité et al., 2006). Les éléments externes ainsi que les caractéristiques internes individuelles et psychologiques représentées dans le modèle « Vulnérabilité, stress, adaptation » entrent en jeu dans l'adaptation et la satisfaction personnelle, conjugale et parentale (Karney et al., 2005). La résilience correspond à la capacité de rebondir face aux défis en utilisant les facteurs de protection pour réussir à pallier l'impact et les effets des facteurs de risque provenant des vulnérabilités individuelles et contextuelles et menaçant la pratique parentale et le développement de l'enfant (Lavigne et al., 2011). Ce processus dynamique se développe selon les expériences individuelles et familiales qui déterminent la signification que les parents accordent à l'évènement. La résilience comme la vulnérabilité sont distinctes de l'individu. Elles résultent d'un ensemble de facteurs complexes où la personnalité et les forces construites par le sujet, les interactions familiales et sociales et le soutien des autres jouent un rôle pour modifier une expérience connotée négativement selon un processus (Lecomte, 2002). Le sentiment d'efficacité, l'estime de soi, l'optimisme et la croyance de

trouver des solutions aux défis, l'autonomie, la capacité de vivre des émotions variées et de faire face au stress, la sociabilité agissent comme des facteurs protecteurs de l'équilibre et de la salutogenèse de la personne. Ces dispositions interviennent dans la maîtrise des événements. La résilience assistée correspond à la mise en place des interventions renforçant les facteurs protecteurs individuels, familiaux et environnementaux (Jourdan Ionescu et al., 2011).



Note. Adapté de Lacharité, Ethier & Nolin, 2006

Figure 2 - Des facteurs protecteurs pour soutenir le développement de l'enfant (Source : auteurs)

Développement du pouvoir d'agir et compétences parentales

Le bien-être et la santé dépendent de plusieurs facteurs tels que les réactions aux changements et les moyens développés tout autant que l'habilité à se mobiliser, à se rétablir et à intégrer diverses conditions externes comme mobiliser le soutien social (Fahey & Shenassa, 2013; Gottlieb & Gottlieb, 2014). Le concept de compétence parentale implique un jugement à partir d'une expérience de pairs ou de professionnels sur l'aptitude d'un parent à exercer son rôle avec une évaluation et des sanctions si la réponse ne correspond aux normes et attentes sociétales (Lacharité et al., 2006). Certaines habiletés ont plus de valeurs que d'autres. La notion d'habilitation ou de développement du pouvoir d'agir recherche les compétences, les capacités plutôt que les

dysfonctionnements ou échecs en construisant autour du moment présent et du futur (Ausloos, 1995). La capacité d'individus acteurs à définir les termes de leur propre vie, de leur propre identité et de leurs projets est mise en relief (Girard et al., 2014). La démarche d'intervention qui en découle repose sur une autodétermination et une appropriation impliquant une part de responsabilisation de l'individu accueillant cette intervention (Dunst et al., 1994a). Celle-ci vise l'acquisition de la capacité à s'occuper de soi, la conscience des conséquences de ses attitudes, de ses limites et la prévention. Progressivement, l'individu, unique avec une inscription biologique et une histoire, va développer des compétences personnelles et sociales, représentant un ensemble de ressources (connaissances, compétences et attitudes) pour faire face aux défis. Les habiletés physiques, cognitives, affectives et sociales incluent des habiletés pour communiquer, coopérer, établir des relations sociales de qualité, gérer ses émotions et s'adapter.

Les individus, responsables de leur santé, peuvent apprendre de nouveaux rôles et de nouvelles compétences. Ils ont la capacité de s'adapter aux différents changements, s'autoréguler, développer des relations et des attachements et utiliser des forces et des ressources face aux défis de l'étape de vie et considérés comme une opportunité de croissance (McGoldrick et al., 2015). La mobilisation des compétences des familles en lien avec leur potentiel d'amélioration et de changement, leurs forces et ressources, est centrale pour s'adapter, se développer malgré le stress et se maintenir en santé et en équilibre avec son environnement (Ford-Gilboe, 2002). Les familles rencontrées sont observées selon leur réalité avec une vision positive, considérant les réussites parentales même lors de situations de vulnérabilité. La notion de compétences parentales met « l'accent sur le rôle des familles dans la construction des repères et le maintien de la cohésion sociale et sur l'enjeu de conforter les parents dans l'exercice de leurs responsabilités » (Sellenet, 2009, p.103). Les trois composantes d'une parentalité positive sont l'exercice, l'expérience et la pratique (Houzel, 1999). L'exercice de la parentalité comprend les aspects juridiques et symboliques de la fonction parentale et se réfère à des normes sociétales. L'expérience parentale inclut les dimensions subjectives et psychiques de la parentalité, soit le ressenti, les représentations et les transformations psychologiques vécues. La pratique représente les actes concrets de la vie quotidienne et les tâches parentales observables dans les soins, les interactions et les pratiques éducatives (Houzel, 1999). La pratique et l'expérience de la parentalité sont liées. L'attachement, un des fondements de la parentalité psychique se construit par les interactions entre l'enfant et son parent.

Les pratiques visant le renforcement du pouvoir d’agir et des ressources des familles

Le modèle de pratique participative propose des pratiques de soutien qui visent à renforcer le pouvoir d’agir de personnes présumées compétentes et à mobiliser les ressources nécessaires pour répondre à leurs besoins et réaliser les projets personnels et familiaux auxquels elles accordent de la valeur (Dunst et al., 1994b). La reconnaissance des facteurs d’inégalités sociales et de responsabilité individuelle aux problèmes freine l’acquisition des compétences, du pouvoir et de l’autodétermination des personnes pour transformer l’environnement social, répondre à leurs besoins et évoluer (Lemay, 2009). Reconnaître les compétences parentales inclut la mise en place d’une collaboration efficace entre la famille et les intervenants. Elle repose sur l’intégration des parents comme membre à part entière, sur le partage d’informations pertinentes avec la famille et sur une communication bidirectionnelle favorisée par l’utilisation d’un vocabulaire adapté et compréhensible de tous (Lacharité et al., 1999; Le Bossé & Dufort, 2001; Lemay, 2009; Miron & Lacharité, 2003). Les échanges sont centrés sur les objectifs à atteindre, les moyens mis en œuvre en intégrant les forces et les caractéristiques de l’enfant et de la famille (St-Cyr Tribble et al., 2008). L’exploration des besoins, le soutien d’une prise de décision partagée entre les parents et les professionnels sont centraux en impliquant les parents dans les prises de décisions (Aarhun & Akerjordet, 2014). L’adoption de pratiques d’aide collaboratives avec les parents leur permet de se sentir aidés, d’avoir plus de contrôle sur leur situation de santé, de percevoir l’expérience postnatale plus positivement, de vivre moins d’anxiété et contribue au sentiment d’efficacité en période postnatale (Aarhun & Akerjordet, 2014).

Le développement du pouvoir d’agir vise « une intervention parentale où l’acteur principal se veut le parent et où l’intervenant devient un accompagnateur ou un facilitateur vers l’atteinte des objectifs fixés » (Miron & Tochon, 2004, p. 65). Les principaux éléments caractérisant une aide efficace ou soutenant l’exercice des compétences et du pouvoir d’agir des parents sont des indicateurs de pratiques exemplaires en matière de développement du pouvoir d’agir des familles (Dunst et al., 1994b). La relation est l’essence des soins à la famille (Bell et al., 2011). L’attitude positive du professionnel envers les familles est déterminante pour la qualité des interventions auprès des familles (Sveinbjarnardottir et al., 2011). Pour favoriser l’implantation d’une intervention efficace, la construction s’effectue en concertation avec la famille et les divers intervenants impliqués (Dunst et al., 1994a).

Résultats et discussion

La place des parents sous l'angle du pouvoir d'agir

Les réponses au questionnaire « orientation des pratiques d'aide », passé avant et après les ateliers réflexifs, montrent que les pratiques d'aide des professionnels ayant participé à la formation ont évolué. La pratique de type « expert » diminue significativement et cela s'accompagne d'une faible hausse de la pratique de type participative. La croyance aux habiletés parentales peut influencer l'orientation des pratiques d'aide. La perception des habiletés parentales et le soutien de valorisation ont évolué positivement chez les participants. Les parents, au départ plutôt perçus comme non responsables des problèmes et plus ou moins responsables des solutions, sont davantage considérés comme responsables des solutions après les ateliers réflexifs. Le fait d'adopter une attitude positive et invitante envers le parent semble partagé par tous, mais est interrogé par quelques intervenants lors des ateliers. Les intervenants adhèrent aux principes de permettre que le processus de décision soit clairement contrôlé par le parent et de susciter un sentiment de coopération et de responsabilité partagée (collaboration) pour satisfaire un besoin ou trouver des solutions. Le parent ne doit pas avoir l'impression d'être anormal. La personne aidée est encouragée à acquérir des habiletés ou stratégies permettant de réduire le besoin d'aide futur. Le fait qu'elle puisse se percevoir elle-même comme responsable des changements est important. Trois principes obtiennent une adhésion modérée pour seulement 39 % des participants au début de la formation et plus de 75 % d'adhésion après les ateliers réflexifs. Il s'agit du soutien spontané, de la possibilité et l'acceptation d'une réciprocité de l'aide et de l'encouragement à utiliser les réseaux naturels de soutien sans les remplacer par un réseau d'aide professionnel. Plusieurs personnes estiment que les familles doivent solliciter l'aide.

Les données quantitatives ont été combinées avec les données qualitatives issues des entretiens post-ateliers pour mieux comprendre le processus d'évolution de la pratique. En amont des ateliers, la pratique reste assez traditionnelle corroborant ainsi les résultats des questionnaires. Ainsi, les professionnels mentionnent un « *rôle plus d'expert à patient en ne voyant peut-être pas assez cet esprit de collaboration avec la famille* ». Pour quelques participants, la majorité des pratiques se font de manière intuitive, mais l'accompagnement peut être affiné. Le manque de connaissances des familles et un accent placé sur l'enfant sont associés à un accompagnement peu satisfaisant pour la majorité des professionnels. La pratique s'apparente à une écoute

empathique « *naturelle en tant qu'infirmière, mais cela n'allait pas plus loin* ». Le père n'était pas rencontré systématiquement.

Je pensais les accompagner dans leurs habiletés parentales, mais en fait, je ne valorisais pas assez leurs propres ressources... Je pouvais prendre prétexte d'un moment de découragement et d'appel à l'aide pour proposer l'intervention de la travailleuse familiale sans prendre le temps de vérifier si la mère, le plus souvent, avait pensé elle-même à ce dont elle aurait eu le plus besoin... et vérifier les ressources auxquelles elle voulait plutôt faire appel. [Nancy]

Je pense que les professionnels se sentent démunis aussi... si on ne sait pas quoi répondre, on va éviter le sujet. Ceci, car on n'aura pas de réponse à donner si les parents posent trop de questions. C'est peut-être ça. [Léa]

La satisfaction et le sentiment de compétence des professionnels concernant l'accompagnement des familles, évalués en moyenne à 3,5/10 au début de la formation, passent à 8/10 après. L'acquisition d'assurance et de maîtrise pour vraiment aborder les situations est relevée. Le besoin de développer et renforcer leur pratique pour acquérir des compétences et améliorer l'entretien est présent. « *Pour mener un meilleur entretien et être vraiment satisfait, c'est un processus* ». Le projet a permis « *une meilleure prise en charge des familles plus complète notamment sur la façon de mener un entretien, pointer les difficultés, trouver des solutions* ».

Les stratégies pour accompagner les familles de « *juste laisser ouverte la discussion, répondre à leurs questions et avoir des retours positifs est hyper intéressant. Moi, je continue à valoriser tout ce qu'ils font* ». L'amélioration de la pratique est recherchée avec « *l'utilisation des outils pour être plus efficace* » et un « *besoin de se familiariser avec la méthode, le Génogramme, l'Écocarte* ».

Le retour positif des familles est un indicateur qui contribue au sentiment de compétence professionnelle et à la perception de l'efficacité du soutien fourni. « *Il est vrai qu'au niveau estime de soi-même, c'est toujours positif* ». Les familles manifestent en majorité des remerciements, des retours verbaux positifs sur la réponse à leurs besoins, leurs inquiétudes, leurs interrogations. Les parents sont plus sereins, plus détendus, plus apaisés, rassurés, satisfaits d'être mieux préparés, compétents et s'autorisent à demander de l'aide sans être jugés.

Ils sont plus à l'écoute de bébé par rapport aux pleurs. Au lieu de le laisser pleurer seul dans son berceau et nous appeler, l'avaient pris eux-mêmes, ont essayé de le calmer, rassurer... et après ils ont appelé. [Eline]

Le retour est plutôt positif, car la patiente m'a remerciée de l'aide apportée dans la nuit en lien avec les pleurs de son bébé, malgré qu'elle ait géré seule son bébé toute la nuit. Elle s'est peut-être sentie rassurée sur ses compétences maternelles. [Lise]

Les parents sont mieux préparés, ils savent que le bébé pleure et que des fois c'est normal de ne pas avoir de moyen de le calmer. Les mères ne s'imaginaient pas que le bébé pleure autant. [Paola]

Une vingtaine de parents ont pu directement évaluer la pratique de deux professionnels à l'aide d'une version adaptée culturellement de l'échelle de pratique d'aide (Barbe-Coulon & Dufey-Verga, 2017). Tous évaluent positivement leur pouvoir d'agir après l'entretien participatif mené autour des pleurs de leur bébé.

Les professionnels ont développé plusieurs compétences estimées nécessaires pour accompagner les familles dans les situations de vulnérabilité périnatale. Les compétences relationnelles sont primordiales pour adopter une posture permettant de créer du lien. La souplesse lors de l'accompagnement en évitant un soutien trop directif, et en « *guidant les parents sur leur chemin* » est importante. L'ouverture permet de trouver le côté positif et de « *voir les ressources de la famille* ». Les qualités essentielles sont reconnues comme étant l'écoute active, la reformulation, l'empathie, la communication et la disponibilité. Cette disponibilité favorise la création du lien et permet aux parents de verbaliser leur ressenti en étant reconnus dans leur existence.

Si nous nous rendons disponibles dans des situations de sevrage ou de contexte social, c'est en général ressenti et apprécié par les parents, quand on accorde du temps c'est qu'on accorde de l'importance, après ils se confient ou pas, ils nous disent ce qu'ils ont envie de nous dire... c'est le gros point. [Léa]

L'utilisation de l'approche systémique familiale participative en contexte de vulnérabilité sociale voire de maltraitance a été remise en cause par plusieurs

professionnels au début des ateliers réflexifs. Des obstacles associés aux parents sont nommés comme la méfiance, les multiples interventions, le refus de l'aide, l'absence de collaboration ou encore une demande de réponses efficaces rapides. Du côté des obstacles associés aux professionnels, on note le manque de temps et la centration trop grande sur leurs propres préoccupations et sur les risques de maltraitance.

Les entretiens font apparaître une évolution des points de vue. La collaboration avec les familles peut se faire en renforçant leur pouvoir d'agir et en validant leur ressenti. La collaboration effective consiste à soutenir les familles pour trouver les solutions les plus adaptées à leur situation familiale. Le soutien informatif est nécessaire avec un partage avec les parents et les autres professionnels impliqués. La connaissance du service de santé communautaire est importante. Il s'agit d'accompagner les parents à exprimer leurs ressentis, « *d'essayer qu'ils comprennent seuls (les besoins de développement de l'enfant) et prennent leur propre décision* ». La collaboration avec les familles est un travail en commun en partant du vécu et des besoins des parents. Elle permet de co-construire et de formuler un objectif commun pour le bien-être de l'enfant.

On trouve des pistes ensemble... on réfléchit l'un et l'autre comment travailler ensemble et c'est toujours bénéfique pour l'enfant puisque du coup on va dans le même sens, s'ils ont des attentes nous allons faire le maximum pour aller dans ce sens pour y répondre et donc l'enfant va profiter de la relation avec les parents et du lien que l'on pourrait avoir après. [Léna]

Le développement du pouvoir d'agir parental dans des contextes sociaux difficiles

Lors des ateliers, les participants ont identifié certains obstacles au devenir parent tels que la maladie, les carences psychoaffectives et la maltraitance passée, la grossesse non désirée ou adolescente, les faibles ressources personnelles, l'histoire parentale et difficultés sociales. Les entretiens font ressortir une utilisation de la pratique participative dans des situations sociales et des suspicions de maltraitance comme illustrée par l'extrait ci-dessous.

C'était une famille avec un troisième enfant, les deux autres enfants étaient placés. On m'avait demandé d'intervenir dans cette famille pour d'emblée carrément chercher des arguments pour un placement. Au vu des différentes rencontres que j'ai pu

faire, c'est vrai que les parents étaient dans une grande précarité intellectuelle et culturelle. C'était pauvre, mais au final il y avait un minimum de capacité parentale... Au retour de ma visite, je n'avais aucun élément pour faire un écrit et demander le placement de cet enfant, ce que les professionnels ont déploré. Avec cette maman, j'y suis allé beaucoup avec une approche en valorisant ce qu'elle faisait et par mimétisme. J'apportai le baigneur et notamment pour le prendre je lui disais que c'était mieux de faire comme ça... C'est une maman qui arrivait à saisir les conseils simples et un par visite, elle prenait ces conseils par mimétisme. Entre-temps, ils ont reçu un courrier de délation en pointant des choses négatives de ce qu'ils vivaient. Mais il n'y avait rien de fondé et rien de vrai. Ils disaient que le papa fumait, mais il fumait toujours sur le balcon. Ils disaient que le ménage était sale. Mais c'était propre, pas super propre, mais adapté pour un enfant... des éléments objectifs alors que dans la délation c'était très négatif. J'ai dû changer de secteur après, ce que j'ai su c'est que cet enfant a été hospitalisé, il a eu de la maltraitance suspectée. Cela a rajouté de l'inquiétude, car la crainte de cette maman c'était le placement de son enfant, « je ne veux pas que l'on place mon enfant » elle voulait toujours montrer le mieux qu'elle pouvait faire. C'était sa crainte permanente. Moi j'y allais vraiment en posant des objectifs simples avec elle et le papa. Avant moi, on avait fait un échange avec ma collègue, elle avait été claire en mettant des objectifs, que l'on ne met pas en placement, mais s'il y avait des risques, on serait amené à le faire. [Cyril]

Cet extrait d'entretien met en lumière le poids encore présent des représentations, le manque d'objectivité potentiel de certains professionnels avec une recherche des déficits (culture du risque). Les compétences réflexives et participatives du professionnel lui permettent d'utiliser le principe systémique de neutralité pour chercher et renforcer les compétences parentales. L'extrait illustre le partage des informations sur la situation, avec la famille en toute transparence, renforçant ainsi son pouvoir d'agir. Le soutien de valorisation et émotionnel est utilisé comme stratégie d'accompagnement avec les familles en situation de vulnérabilité sociale.

La perception des professionnels de l'expérience des parents lors de la transition à la parentalité : Quels défis et quels besoins?

Les parents ont besoin de verbaliser leurs ressentis quant aux défis rencontrés lors du devenir parent. Ils ont besoin de créer du lien, trouver du sens et d'être soutenus.

Les besoins parentaux

Comment les professionnels qui ont participé à la formation décrivent-ils les besoins que les parents expriment et les défis qu'ils rencontrent lors de la période périnatale? Quelle compréhension ont-ils de l'expérience de ces parents et comment cette compréhension charpente-t-elle leur accompagnement? Le discours des professionnels sur les parents permet de mettre en relief plusieurs éléments qui entrent en jeu dans l'accompagnement qu'ils leur procurent au terme de la formation.

Les parents expriment le besoin de créer du lien. Les questions ouvertes lors de l'accompagnement facilitent la narration de l'expérience. L'isolement dû à l'absence de famille et de réseau social est rapporté par les hommes et femmes notamment en contexte monoparental ou de non-emploi. Les familles relèvent le besoin de partager leurs doutes concernant la santé, l'éducation et l'évolution de l'enfant. Les professionnels notent des différences selon les cultures, avec certaines femmes plus démunies et peu entourées. Les ateliers massage ou portage sont considérés comme des intermédiaires positifs pour se rencontrer.

Les parents d'un jeune enfant sont préoccupés, voire parfois en grand désarroi, lors des consultations parent-enfant, des visites à domicile, en centre d'hébergement ou en milieu hospitalier dans des services pour nourrissons ou les urgences pédiatriques. Les parents souhaitent parfois un mode d'emploi qui n'existe pas. Ils se retrouvent souvent surpris ou démunis face aux difficultés et au décalage entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel. Le stress peut concerner l'incompréhension d'un comportement ou la manière de répondre à un besoin ou un comportement.

D'autres préoccupations sont présentes comme la fatigue, l'alimentation, des difficultés d'allaitement, le sommeil, la perfection parentale ou encore, dans certaines situations, le placement de l'enfant... L'isolement et les tensions conjugales peuvent s'ajouter à l'épuisement de parents parfois « *à bout et qui ont besoin de se reposer...* » En contexte de migration, les préoccupations sont similaires et portent sur la santé, les besoins de développement du jeune enfant,

le bien-être, la détente de l'enfant ainsi que l'autonomie, la socialisation et l'intégration avec des lieux adaptés pour jouer. Les croyances sont présentes également autour de l'alimentation, de la proximité, du sommeil, des mauvaises habitudes et du motif digestif associé aux pleurs. Les parents ont besoin d'être rassurés par la présence d'une personne de confiance pour les aider à développer une relation sécurisante avec l'enfant.

Les défis et la vulnérabilité parentale

Plusieurs paroles de parents qui émergent lors de l'accompagnement révèlent leur anxiété envers les pleurs de l'enfant. Ainsi, des professionnels rapportent ce qu'ils entendent de la part des parents « *C'est angoissant, mon fils dort peu la journée, pleure beaucoup... et reste inconsolable pendant plusieurs heures* » ou « *J'ai l'impression de ne pas comprendre mon bébé et je me sens démuni* » ou encore « *Les pleurs sont imprévisibles, incompréhensibles... Est-ce normal?... Est-ce le signe d'une maladie?* ». La perception du sentiment de compétence parentale semble plutôt faible comme le montrent ces verbatims de parents : « *Je me sens impuissante* », « *Je suis épuisée, dépassée* », « *Je me sens nulle* », « *J'ai l'impression d'être un mauvais parent* » ou encore « *Je me sens incompétent* ».

Concernant les pleurs, sur les 20 familles rencontrées par deux participantes en santé communautaire dans la région genevoise, 93 % se disent peu sensibilisées et souhaitent recevoir une information par les professionnels. Les familles évoquent la banalisation, les conseils inappropriés, les interrogations et le sentiment d'être impuissantes et inefficaces. Le besoin de mieux comprendre l'enfant pour les parents est présent. Les pleurs sont parfois perçus comme intolérables avec un ressenti d'émotions telles que la tristesse, la pitié, l'agacement, la colère et la culpabilité. Des sentiments négatifs dans un moment censé être heureux peuvent être présents comme illustré dans les extraits suivants :

Le fait d'en parler librement, je trouve que les mamans s'autorisent plus facilement à exprimer leurs sentiments négatifs qu'elles peuvent avoir du bébé. Je trouve que c'est tout à fait normal. Elles peuvent dire qu'elles en ont ras le bol d'entendre le bébé pleurer... qu'elles ont envie de le balancer par la fenêtre et elles savent qu'il ne faut pas le faire. Et elles se libèrent de leurs pensées négatives. Elles verbalisent plus facilement, quand elles ont fait ça et qu'elles peuvent me dire qu'il ne faut pas passer à l'acte. Je me sens plus rassuré. [Cyril]

La verbalisation des pensées négatives permet aux parents de verbaliser l'attitude inadaptée du passage à l'acte et permet aux professionnels de proposer un soutien adapté et des rencontres plus fréquentes en explorant le réseau environnemental et familial et renforçant les facteurs protecteurs.

Une situation où une maman n'en pouvait plus elle n'avait pas de soutien de la part de son compagnon non plus. Du coup j'étais inquiet et j'ai proposé des rencontres assez rapprochées. Des moments où on abordait tout cela et qui réellement, pas dans le passage à l'acte, mais qui le frôlait. On a mis en place un suivi plus régulier. C'est une maman déjà suivie par les collègues, quand je lui ai posé la question carrément, elle s'est effondrée et a parlé... Le fait d'en parler l'avait libérée... Je pense que le fait d'en parler comme ça, ça démystifie quelque chose chez les mamans, elles se sentent plus à l'aise après.
[Léa]

Dans certains cas, le genre peut influencer la relation parent-professionnel et la narration de l'histoire personnelle. Certains pères se confient plus facilement à un élément masculin qu'il s'agisse ou non d'un contexte de migration.

C'était un jeune papa et l'arrivée de ce premier enfant avait réveillé tout son passé et comme j'étais un élément masculin, il s'est autorisé à révéler son passé qui était douloureux, il avait subi des attouchements sexuels. Il a pu me dire que si je n'étais pas un homme il ne se serait jamais autorisé à m'en parler. Pour certains pères, ça permet d'être plus à l'aise dans l'échange et la discussion. [Cyril]

Pour deux autres familles, cet outil (les cartes) a été efficace pour faire émerger le vécu d'enfant des parents et exprimer ce qu'ils voulaient pour leur enfant. Une mère par exemple a fait remarquer à monsieur qu'il niait ses propres besoins vis-à-vis de ses parents (grands-parents du bébé). Madame a sollicité monsieur pour oser dire à sa belle-mère de ne pas laisser pleurer son enfant. [Sandra]

Certains outils comme le recours à des questions adaptées, des questions systémiques circulaires sont utiles pour susciter la narration et explorer la situation et les besoins de la famille en respectant le rythme de chacun « sans

avancer trop vite ». La communication circulaire dans le couple peut faire émerger des ressentis, des différences d'opinions et une affirmation des rôles de pères et mères.

Le contexte de migration présente également des défis particuliers que les professionnels relèvent. Toutes les familles migrantes rencontrées ont connu des difficultés et des facteurs potentiellement traumatiques les poussant à migrer. Pour favoriser la résilience, les familles essaient de se construire et de trouver leurs forces et leurs ressources dans un nouveau contexte. Les enfants sont une source de motivation et d'espoir pour les familles qui souhaitent que leur enfant ait la chance de grandir heureux, reçoive de bons soins et une bonne éducation.

La charge de travail et la responsabilité avec de jeunes enfants peuvent ralentir l'intégration des parents. La distance ou les horaires des institutions peuvent être des freins à une réponse aux besoins des familles avec un nourrisson. L'appartenance à une famille, une communauté culturelle ou un réseau d'aide pour pouvoir partager, échanger ou s'entraider est une ressource.

Des pratiques participatives réflexives et préventives qui soutiennent les besoins des familles

Selon les participants, la formation a permis une réflexion sur la manière d'accompagner les parents, de les rassurer dans leur rôle parental en allant au-delà de recettes. Le soutien informatif basé sur les besoins de développement de l'enfant, de proximité parentale et les différences potentielles de réaction des individus à ceux-ci est devenu essentiel. Les parents peuvent plus facilement narrer leur expérience en étant rassurés et préparés aux diverses situations rencontrées. Ces éléments contribuent à une prévention efficace qui permet de « détecter, mais aussi d'accompagner les situations à risque en créant et gardant le lien ».

Rien que d'en parler aux hommes au cours de prépa, cela les aide à se familiariser et sécuriser sur ce qui va se passer, les mettre un peu plus en confiance et accepter les diverses situations qui vont se présenter à eux pour l'accouchement et pour le postpartum ça fait partie des thèmes que j'aborde... Du coup... ça permet aux parents de vraiment parler de ce problème. [Cyril]

La tolérance des pleurs, cela m'a beaucoup aidé par rapport à la prévention en cours de préparation. Ceci permet d'ouvrir la discussion et d'aborder d'autres sujets que je n'arrivais pas à aborder auparavant comme le SBS. [Sacha]

C'est vrai que les mamans se délivrent plus facilement en nous disant qu'elles sont épuisées et qu'elles se demandent si ça va durer ou pas. Ça m'a permis d'avoir plus d'aisance pour aborder ce sujet sans les juger et qu'elles se sentent jugées. [Lucie]

Les représentations sont encore très présentes avec des « lignes directrices pour la naissance » susceptibles de déstabiliser les parents qui peuvent se sentir jugés. Les pleurs sont universels, mais la réponse aux pleurs est un phénomène culturel parfois lié à des croyances.

Il y a beaucoup de croyances au niveau des pleurs, on banalise, on ne sait pas quoi leur répondre aux parents. On leur dit que c'est physiologique et que le bébé est sain, mais après... Après, si on va en Afrique ou en Amérique du Sud, ils ne sentiront peut-être pas les pleurs comme un problème, car ils réagissent depuis la nuit des temps différemment de nous, ils ne se posent pas autant de questions, ils les nourrissent, ils les changent, ils les portent et ne se demandent pas si l'enfant deviendra plus capricieux s'ils le portent trop, par rapport aux croyances. [Léa]

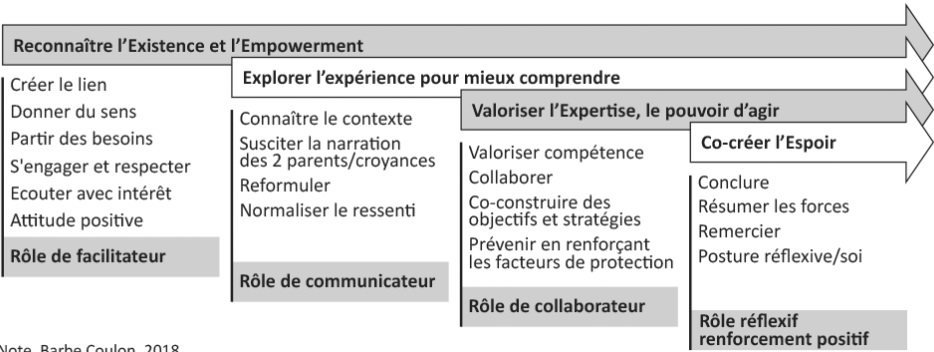
Une pratique personnalisée soutenant les compétences parentales est plus efficace qu'une pratique directive basée sur des représentations est plus efficace y compris dans les situations de vulnérabilité. Les attentes professionnelles trop élevées peuvent ne pas faire sens pour les parents et être contraires à la bientraitance.

En généralité on a des attentes qui sont trop ambitieuses pour certaines familles et qui pour nous sont simples, mais qui pour ces gens-là n'ont pas forcément de sens et du coup à vouloir les élever, je pense qu'on les maltraite. Ça fait écho à la formation : ils savent ce qu'il faut faire, mais ils n'ont pas les moyens de les mettre en œuvre. Je rencontre beaucoup de gens comme ça en difficulté... Du coup, ce que je m'autorise à faire, c'est de leur montrer le geste en apportant un baigneur afin qu'ils apprennent par mimétisme... Ils font avec ce qu'ils sont

et il faut valoriser un peu les éléments positifs même si cela ne correspond pas à notre théorie. On ne peut pas leur demander plus que ce qu'ils peuvent faire. Dans la mesure où on n'est pas en danger, ce n'est pas primordial en mon sens. Je pense qu'il faut savoir prendre du recul aussi, car je n'aurais jamais agi comme ça en débutant il y a 9 ans... Et la formation aussi... Je pense qu'il faut vraiment tirer les points positifs pour essayer de les améliorer. Je crois qu'il faut partir des compétences des gens et de ce qu'on a des grandes théories, il faut faire le lien. Mais il ne faut pas avoir d'exigences démesurées... [Cyril]

De plus, le manque de communication entre les différents intervenants de l'enfance est relevé par les participants.

L'intervention de résilience assistée renforçant les facteurs de protection individuels familiaux et environnementaux permet d'atténuer la vulnérabilité lors de la transition à la parentalité. Les familles et les divers intervenants avec leurs compétences propres apparaissent comme des acteurs à part entière à intégrer dans un programme participatif soutenant les habiletés parentales. Les constats tirés de la présente étude permettent de dégager des repères pour la pratique avec un objectif commun ciblé sur le bien-être de l'enfant (figure 3). Cette pratique s'appuie sur l'actualisation de quatre rôles que les professionnels jouent dans l'accompagnement des parents : facilitateur, communicateur, collaborateur et un rôle réflexif et de renforcement positif. Chacun de ces rôles est caractérisé par une série d'actions qui leur sont propres.



Note. Barbe Coulon, 2018

Figure 3 - Recommandations pour la pratique participative avec les familles (Source : Barbe Coulon, 2018)

Conclusion

La perspective unique des parents sur leur expérience, analysée et partagée avec leurs pairs et les intervenants, permet une meilleure compréhension de leurs besoins, étape incontournable pour les accompagner. Les effets provenant des vulnérabilités individuelles et des événements stressants peuvent être modérés par des facteurs protecteurs environnementaux, en lien avec un soutien informatif et émotionnel renforçant le sentiment de compétence parentale. Les ateliers réflexifs basés sur une approche écosystémique du « devenir famille » ont montré leur utilité pour offrir un soutien spontané, cohérent et adapté aux attentes des parents dans le contexte de vulnérabilité lié à la transition à la parentalité.

La pratique réflexive est un moteur pour conduire à un changement de croyances et une amélioration des pratiques professionnelles périnatales, car elle se base sur l'expérience des acteurs dans un contexte concret. Cette démarche de formation permet de tisser un lien entre plusieurs savoirs théoriques et expérientiels pour en comprendre le sens et co-construire des stratégies d'intervention.

Le programme écosystémique participatif (PEPSIE) est un dispositif original co-construit pour apporter un soutien professionnel aux besoins de développement des enfants et aux habiletés parentales (Barbe Coulon & Bartute Yalazoglu, 2018). Il permet de renforcer le pouvoir d'agir et le sentiment de compétence tant des parents que des professionnels. Il génère des connaissances sur un programme de promotion de la santé susceptible de mieux appréhender les déterminants de leur santé pour mieux comprendre les familles et influencer leur santé (Hawe & Potvin, 2009).

Les premières phases d'implantation du programme permettent d'émettre des recommandations pour la pratique, l'enseignement et la recherche. La pratique est à co-construire à partir des besoins des familles compétentes renforcées dans leur pouvoir d'agir. Les ateliers réflexifs et expérientiels sont à favoriser pour l'enseignement de la pratique participative en formation initiale et continue pour les intervenants qui gravitent autour de la petite enfance et de la santé. Les recherches sur les croyances et la systémique familiale sont à poursuivre auprès des familles et des intervenants dans divers contextes. Les recherches pourraient inclure les pères, ceux-ci représentant un atout précieux pour soutenir le développement de l'enfant, la santé mentale et physique de la mère et des pères eux-mêmes (Dubeau et al., 2014).

Finalement, l'expérience de formation professionnelle décrite dans ce chapitre jette un éclairage particulier sur le rôle que joue la compréhension de la vulnérabilité des familles lors de la période périnatale dans l'accompagnement qui leur est offert. D'une part, lorsque cette vulnérabilité est comprise comme étant un phénomène universel, les professionnels de la santé prennent du recul par rapport aux repères normatifs qu'ils ont appris pour s'intéresser à la façon dont les mères et les pères composent avec ce qui les fragilise dans l'apprentissage de leur rôle et le développement de leur relation avec le bébé. La propre vulnérabilité des professionnels qui s'exprime notamment par des sentiments d'incompétences, d'inefficacité ou d'impuissance face aux demandes et aux défis décrits par les parents devient une source d'alliance avec ces derniers plutôt qu'un déclencheur de rigidité dans l'exercice de leur mandat. D'autre part, les professionnels reconnaissent mieux les situations qui amplifient la vulnérabilité ordinaire qui caractérise la période périnatale pour ce qu'elles sont pour les parents eux-mêmes, à savoir des obstacles défient leurs capacités d'adaptation. Face à ces circonstances, l'accompagnement ne bascule pas vers une autre forme de pratique; il invite les professionnels à s'approcher davantage de ce qui se joue réellement dans la vie des parents et de leur bébé et à soutenir plus activement le développement de leur pouvoir d'agir, une pratique que l'on appelle de la résilience assistée.

Références

- Aarthun, A., & Akerjordet, K. (2014). Parent participation in decision-making in health-care services for children: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22, 177-191.
- Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 31-40.
- Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles : temps, chaos, processus*. Toulouse : Erès.
- Barbe Coulon, D. (2018). *Co-construire des pratiques écosystémiques préventives soutenant le pouvoir d'agir des parents dans le contexte des pleurs* (Thèse de doctorat inédite), Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec.
- Barbe Coulon, D., & Bartute Yalazoglu, S. (2018). Programme participatif pour le développement de l'enfant soutenant l'intégration, le pouvoir d'agir et les habiletés des parents dans leur écosystème - Soutenir les familles en contexte de vulnérabilité périnatale. *Rapport de Recherche*, Bureau de l'intégration des étrangers. Genève.
- Barbe Coulon, D., & Dufey Verga, M. É. (2017). La perception des parents d'un enfant hospitalisé quant à leurs compétences [Understanding of the parents' perception of a

- hospitalised infant about their skills]. *Soins. Pédiatrie, puériculture*, 38, 45-48. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.spp.2017.09.012>
- Barbe Coulon, D., & Lacharité, C. (2021). *Des ateliers réflexifs pour renforcer le pouvoir d'agir des familles et soutenir les besoins développementaux des enfants en contexte périnatal. Chapitre 1*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Barr, R. G., Trent, R. B., & Cross, J. (2006). Age-related incidence curve of hospitalized shaken baby syndrome cases: Convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse & Neglect*, 30, 7-16.
- Bell, J. M., Wright, L. M., Svavarsdottir, E. K., & Jonsdottir, H. (2011). The illness beliefs model: Creating practice knowledge for families experiencing illness suffering. *Family Nursing in Action*, 15-51.
- Bolten, M. I., Fink, N. S., & Stadler, C. (2012). Maternal self-efficacy reduces the impact of prenatal stress on infant's crying behavior. *The Journal of Pediatrics*, 161, 104-109.
- Brodiez-Dolino, A. (2015). La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique. *Informations sociales*, 188, 10-18.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Massachusset: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *Annals of Child Development*, 6, 187-249.
- Capponi, I., Bacro, F., & Boudoukha, A. H. (2013). Effets différentiels des types de soutien social sur l'anxiété maternelle périnatale. *Bulletin de psychologie*, 525, 209-224.
- Corrigan, C. P., Kwasky, A. N., & Groh, C. J. (2015). Social support, postpartum depression, and professional assistance: a survey of mothers in the midwestern United States. *The Journal of Perinatal Education*, 24, 48-60.
- Coulon, D. (2015). L'expérience des pères en lien avec les pleurs des nourrissons. *Revue de l'Association suisse des infirmières puéricultrices*, 88, 16-18.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2^e éd.). Thousand Oaks : Sage Publications.
- Cyrułnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob.
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2002). Perceptions des pères et des mères primipares à l'égard des moments critiques des 72 premières heures postnatales. *Revue québécoise de psychologie*, 23, 57-77.
- de Weerth, C., Zijlmans, M. A., & Riksen-Walraven, J. M. (2015). Associations between maternal prenatal cortisol concentrations and child outcomes: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 53, 1-24.
- Deater-Deckard, K., Smith, J., Ivy, L., & Petril, S. A. (2005). Differential perceptions of and feelings about sibling children: Implications for research on parenting stress. *Infant and Child Development*, 14, 211-225.
- Dubeau, D. et al. (2014). Inscrire les pères à l'agenda des politiques publiques. *Rapport de recherche*. Regroupement pour la valorisation de la paternité. Montréal, Québec.
- Duhamel, F. (2015). *La santé et la famille*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.

- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1994a). *Enabling and empowering families*. Cambridge, MA : Brookline.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & LaPointe, N. (1994 b). Meaning and key characteristics of empowerment. Dans C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal (Éds.), *Supporting and strengthening families, Vol. 1 : Methods, strategies and practices* (pp.12-28). Cambridge, MA : Brookline.
- Fahey, J. O., & Shenassa, E. (2013). Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the Perinatal Maternal Health Promotion Model. *Journal of midwifery & women's health*, 58(6), 613-621. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jmwh.12139>
- Favez, N., & Frascarolo, F. (2011). Le développement des interactions triadiques mère-père-enfant. *Devenir*, 23, 359-377.
- Favez, N., & Frascarolo, F. (2013). Le coparentage : composants, implications et thérapie. *Devenir*, 25, 73-92.
- Ford-Gilboe, M. (2002). Developing knowledge about family health promotion by testing the Developmental Model of Health and Nursing. *Journal of Family Nursing*, 8, 140-156.
- Gingras, M. A., & Lacharité, C. (2009). Trois perspectives sur la personne, la famille et le changement. Dans C. Lacharité & J.-P. Gagnier (Éds.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir : repères conceptuels et stratégies d'action* (pp. 130-154). Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Girard, K., Miron, J. M., & Couture, G. (2014). Le développement du pouvoir d'agir au sein des relations parents-professionnels en contexte d'intervention précoce. *Phronesis*, 3, 52-62.
- Gottlieb, L. N., & Gottlieb, B. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces. La santé et la guérison de la personne et de la famille*. Paris : De Boeck.
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M. H., Mbourou-Azizah, G., Da Silva, R. B.,... Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature. *Santé publique*, 27, 27-37.
- Hawe, P., & Potvin, L. (2009). What is population health intervention research?. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 100, 8-14. Repéré à <https://doi.org/10.1007/BF03405503>
- Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*, Ministère de l'emploi et de la solidarité. Ramonville Saint-Agne : Érès.
- Hughes, F. M., Gordon, K. C., & Gaertner, L. (2004). Predicting spouses' perceptions of their parenting alliance. *Journal of Marriage and Family*, 66, 506-514.
- Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, S., Bouteyre, E., Roth, M., Méthot, L., & Vasile, D. (2011). *Résilience assistée et événements survenant au cours de l'enfance : maltraitance, maladie, divorce, décès des parents et troubles psychiatriques des parents. Traité de résilience assistée*. Paris : Presses universitaires de France.
- Karney, B. R., Story, L. B., & Bradbury, T. N. (2005). Marriages in context: Interactions between chronic and acute stress among newlyweds. Dans T. A. Revenson, K. Kayser & G. Bodenmann (Éds.), *Emerging perspectives on couple's coping* (pp.13-32). Washington : APA.

- Kurth, E., Spichiger, E., Stutz, E. Z., Biedermann, J., Hösli, I., & Kennedy, H. P. (2010). Crying babies, tired mothers-challenges of the postnatal hospital stay: An interpretive phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 1-10.
- Lacharité, C., & Gagnier, J.-P. (1999). *Q-sort sur les orientations face à l'aide professionnelle envers les parents*. Document interne, Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDEF), Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lacharité, C., Calille, S., Pierce, T., & Baker, M. (2016). La perspective des parents sur leur expérience avec de jeunes enfants : une recherche qualitative reposant sur des groupes de discussion dans le cadre de l'initiative Perspectives parents. Dans *Les Cahiers du CEIDEF : Vol. 4*. Trois-Rivières, QC : CEIDEF/UQTR.
- Lacharité, C., Éthier, L., & Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, 484, 381-394.
- Lacharité, C., Moreau, J., & Moreau, M. L. (1999). Le point de vue des parents et des intervenants sur la collaboration dans le cadre des services en pédopsychiatrie. Dans M. Simard & J. Alary (Éds.), *Actes du 5^e symposium québécois de recherche sur la famille* (pp. 297-311). Ste-Foy, Qc : Presses de l'Université du Québec.
- Landgren, K., & Hallström, I. (2011). Parents experience of living with a baby with infantile colic a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 317-324. doi : 10.1111/j.1471-6712.2010.00829.x
- Lavigueur, S., Coutu, S., & Dubeau, D. (2011). Donner la parole aux parents et miser sur leurs forces : la Trouse « Moi, comme parent... ». Dans C. Zaouche Gaudron, C. Safont-Mottay, O. Troupel-Cremel, V. Rouyer & M. de Léonardis (Éds.), *Précarités et éducation familiale* (pp. 423-430). Toulouse : Érès.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY : Springer publishing company.
- Le Bossé, Y., & Dufort, F. (2001). Le pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des communautés : une autre façon d'intervenir. Dans F. Dufort & J. Guay (Éds.), *Agir au cœur des communautés : l'intervenant comme agent de changement social* (pp. 87-100). Sainte-Foy, Qc : Presses de l'Université Laval.
- Lecomte, J. (2002). Qu'est-ce que la résilience. Question faussement simple. Réponse nécessairement complexe. *Pratiques psychologiques*, 1, 7-14.
- Leerkes, E. M., & Crockenberg, S. C. (2003). The impact of maternal characteristics and sensitivity on the concordance between maternal reports and laboratory observations of infant negative emotionality. *Infancy*, 4, 517-539.
- Lemay, L. (2009). Le pouvoir et le développement du pouvoir d'agir (empowerment) : un cadre d'intervention auprès des familles en situation de vulnérabilité. Dans C. Lacharité & J.-P. Gagnier (Éds.), *Comprendre les familles pour intervenir mieux : repères conceptuels et stratégies d'action* (pp. 101-127). Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Léveillé, S., & Chamberland, C. (2010). Toward a general model for child welfare and protection services: A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF). *Children and Youth Services Review*, 32, 929-944.

- McGoldrick, M., Preto, N. A. G., & Carter, B. A. (2015). *The expanding family life cycle: Individual, family, and social perspectives*. Montréal : Pearson.
- McGrath, J. M., Records, K., & Rice, M. (2008). Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant Behavior and Development*, 31, 71-80.
- McHale, S. M., & Crouter, A. C. (2003). How do children exert an impact on family life? Dans A. C. Crouter & A. Booth (Éds.), *Children's influence on family dynamics : The neglected side of family relationships* (pp. 207-220). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York : Springer Publishing Company.
- Mendenhall, T. J., & Ballard, J. E. (2014). Including the family in research evaluating integrated care: A call for expanding investigators' scope beyond single-person measures. *Families, Systems, & Health*, 32, 291-302.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard : Harvard University Press.
- Miron, J. M., & Lacharité, C. (2003). *Mieux connaître pour se concerter, prévenir et intervenir en négligence : une recherche en CPE volet familial*. Trois-Rivières : Groupe de recherche en développement et de l'enfant et la famille, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Miron, J. M., & Tochon, F. (2004). La difficile reconnaissance de l'expertise parentale. *Recherche & Formation*, 47, 55-68.
- Musser, A. K., Ahmed, A. H., Foli, K. J., & Coddington, J. A. (2013). Paternal postpartum depression: What health care providers should know. *Journal of Pediatric Health Care*, 27, 479-485.
- Nanzer, N. (2009). *La dépression postnatale : sortir du silence*. Lausanne : Favre.
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: A transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117, 48-66.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *Jama*, 303, 1961-1969.
- Radesky, J. S., Zuckerman, B., Silverstein, M., Rivara, F. P., Barr, M., Taylor, J. A.,... Barr, R. G. (2013). Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*, 131, e1857-e1864.
- Schulz, M. S., Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2006). Promoting healthy beginnings: A randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 20-31.
- Séjourné, N., Vaslot, V., Beaumé, M., & Chabrol, H. (2012). Intensité de la dépression postnatale dans un échantillon de pères français. *Psychologie française*, 57, 215-222.
- Sellenet, C. (2009). Approche critique de la notion de « compétences parentales ». *La Revue internationale de l'éducation familiale*, 2, 95-116.

- Soulet, M. A. (2013). Vulnérabilité et enfance en danger. Quels rapports? Quel apport?. Dans ONED (Éd.), *Vulnérabilités, identifications des risques et protection de l'enfance. Nouveaux éclairages et regards croisés* (pp. 128-139). Paris : La Documentation Française.
- St-Cyr Tribble, D. S., Gallagher, F., Bell, L., Caron, C., Godbout, P., Leblanc, J.,... Couture, M. (2008). Empowerment interventions, knowledge translation and exchange: Perspectives of home care professionals, clients and caregivers. *BMC Health Services Research*, 8, 177.
- Stern, D. N. (1998). *La constellation maternelle*. Paris : Calmann-Lévy.
- Stern, D. N., & Bruschweiler-Stern, N. (1998). *La naissance d'une mère*. Paris : Odile Jacob.
- Sveinbjarnardottir, E.K., Svavarsdottir, E., & Saverman B.I. (2011). Nurses attitudes towards the importance of families in psychiatric care following an educational and training intervention program, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 895-903.
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary : 4th Floor Press.
- Wright, L., & Leahey, M. (2014). *L'infirmière et la famille. Guide d'évaluation et d'intervention* (4^e éd.). Montréal : Erpi.

Chapitre 19

L'exercice du dialogue intersectoriel pour le développement d'une éthique de la vulnérabilité dans l'accompagnement des familles

Érica Goupil, Carl Lacharité, Vicky Lafantaisie, Jean-Pierre Gagnier, Marleen Baker, Hanny Rasmussen et Nicole Déziel

Introduction

Le concept de vulnérabilité des familles fait dorénavant partie intégrante de la sphère publique, tant sur le plan des politiques que de l'organisation des services et de l'intervention auprès des personnes ciblées par ceux-ci. Toutefois, la posture adoptée vis-à-vis ce concept diffère selon les domaines d'action publique, créant un choc de culture sectorielle pouvant compliquer le dialogue entre travailleurs ou intervenants, parfois au détriment des principales personnes concernées : les enfants, les mères et les pères.

En réponse à ce défi, la Fédération québécoise des organismes communautaires Famille (FQOCF) s'est alliée au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDF) pour mettre sur pied une formation à distance offerte aux actrices et acteurs de l'action communautaire auprès des familles et à leurs partenaires intersectoriels (tel que ceux de la santé et des services sociaux, des services de garde, de l'éducation et de l'action municipale). Cette activité repose sur une ouverture au dialogue et, pour ce faire, s'adosse à une conception universelle¹ de la vulnérabilité vécue par les familles. La mise en œuvre de cette formation, intitulée *Vulnérabilités et familles, défis rencontrés à l'exercice de nos responsabilités*, a permis aux participants d'explorer ensemble les formes et les frontières de cette conception de la vulnérabilité et de la portée d'une telle posture, non seulement dans l'exercice de leurs fonctions avec les familles, mais également dans leur propre vie. Ce faisant, l'expérience de cette activité de

¹ Nous utilisons dans ce texte l'expression « vulnérabilité universelle ». Toutefois, il s'agit d'un synonyme d'autres expressions telles que « vulnérabilité ordinaire » ou encore « vulnérabilité ontologique ».

formation a pu leur offrir l'occasion de développer ce que nous proposons ici de nommer, à l'instar de Pelluchon (2009; 2011), une éthique de la vulnérabilité. Pour appuyer cette proposition, une esquisse de ce qui peut être considéré comme une éthique de la vulnérabilité sera dessinée avant de tenter d'explicitier comment peut se construire celle-ci. L'exemple de la formation *Vulnérabilités et Familles, défis liés à l'exercice de nos responsabilités* permettra ensuite d'illustrer de quelle manière le concept de vulnérabilité universelle a pu servir d'outil de dialogue entre les participants des différents secteurs d'activités concernés par l'accompagnement des familles. Enfin, nous explorerons en quoi l'exercice de ce dialogue intersectoriel sur un sujet aussi délicat que celui d'une vulnérabilité vécue par soi et les autres a pu contribuer au développement d'une éthique de la vulnérabilité.

Éthique de la vulnérabilité : considérations étymologiques et conceptuelles

Une posture éthique implique d'agir « pour le bien » de la personne en tenant compte de ce qu'elle considère qu'est « le bien » pour elle (Lalande et al., 2018; Quintin et al., 2016; Paul, 2012). Les pratiques professionnelles et communautaires auprès des familles répondent déjà à certains principes éthiques² qui relèvent de champs d'exercices spécifiques. Mais qu'en est-il de l'éthique de la vulnérabilité, c'est-à-dire des principes qui s'imposent aux personnes dont les actions dans la vie d'autres personnes se réclament du phénomène de vulnérabilité? Que cette notion pourrait-elle apporter de plus dans les relations qui se tissent entre les intervenants et les familles dont l'existence est rendue visible sur le plan institutionnel parce qu'elles vivent dans des conditions de vulnérabilité? Que cette notion peut-elle changer dans les relations avec ces autres familles évoluant dans un contexte ne présentant pas, a priori, de facteurs de risque ou de vulnérabilité? Comment cette idée d'une éthique de la vulnérabilité peut-elle entrer en action dans la vie des intervenant·e·s qui œuvrent auprès des familles qui doivent porter non seulement une part de la responsabilité individuelle dans la relation avec elles, mais aussi la

² Principes ou codes d'éthique? Les codes soulèvent une tension entre le droit et l'éthique. Au Québec comme dans d'autres coins du monde, sous l'influence du droit, l'éthique professionnelle s'est institutionnalisée à partir des codes de déontologie des professions. Dans les approches de formation à l'éthique professionnelle, deux grandes tendances sont observables : 1) le mode légal de régulation et d'imputabilité sous la forme de codes et de règles; et 2) la dimension éthique de valeurs partagées, de dialogue et de responsabilisation. C'est dire qu'une éthique de la vulnérabilité pourrait contribuer à renforcer la cohésion sociale en faisant intervenir une régulation de la conduite humaine fondée sur le registre du dialogue, de la solidarité et des responsabilités.

responsabilité collective des institutions (notamment sanitaires, sociales, éducatives, juridiques et économiques) envers elles?

La définition de l'éthique renvoie à un ensemble de principes tout autant qu'à une « réflexion relative aux conduites humaines et aux valeurs qui les fondent, menée en vue d'établir une doctrine, une science de la morale » (Dictionnaire de l'Académie française, 2019). Ainsi, on pourrait considérer l'éthique de la vulnérabilité comme une invitation à mener une réflexion quant aux modes de vie qui s'articulent autour du phénomène de la vulnérabilité.

En soi, une telle réflexion, dès lors qu'on l'initie, force à reconnaître l'espace qu'occupe le concept de vulnérabilité dans les champs disciplinaires composant les sciences humaines et sociales. Si la philosophie cherche à comprendre où se trouve la vulnérabilité dans toute vie authentiquement humaine (Pelluchon, 2011), la psychologie cherche quant à elle les voies par lesquelles un individu peut tomber en déséquilibre (Anaut, 2002) – ou rester en équilibre (Lacharité & Gagnier, 2009) – et ainsi de suite pour la sociologie (Castel, 1983, 2013; Martin, 2013; Soulet, 2014; Brodier-Dolino, 2015), la psychanalyse (Kaës, 2013), l'anthropologie (Naepels, 2019) et toutes disciplines s'intéressant à l'humain. Garrau (2013) invite à reconnaître les apports réciproques qu'offrent ces disciplines distinctes et complémentaires. Si l'anthropologie veut suggérer une réponse politique adéquate, elle a besoin de la sociologie pour connaître les fondements de la vulnérabilité et ses facteurs aggravants; si la sociologie fournit un regard empirique inestimable, elle bénéficie de la philosophie en tant qu'outil de réflexion critique. Chaque discipline offre un champ de possibles accompagné de ses limites. De la même manière, chaque intervenant·e, quel que soit son profil disciplinaire ou son ancrage théorique, doit non seulement s'intéresser à la multiplicité des regards posés sur la famille, sur l'enfance et sur les êtres qui y évoluent, mais doit aussi, dans un dessein éthique, mesurer la portée de ces regards sur sa propre posture et ses pratiques.

Dans cette perspective, le concept de vulnérabilité requiert une reconnaissance assumée du rapport à l'incertitude dans les divers champs disciplinaires. Comment reconnaître et assumer ce qui échappe à notre expérience directe et à notre regard? Comment le concept de vulnérabilité universelle pourrait-il se dissocier du fait que cet autre auprès de qui nous sommes amenés à agir pourrait bien être nous-mêmes dans d'autres circonstances, sous d'autres conditions? Il y a dans le terme universel le visage de chacun de nous et celui de l'autre.

La conscientisation des conceptions de la vulnérabilité ou la construction d'une éthique de la vulnérabilité

L'opérationnalisation de la vulnérabilité dans les politiques publiques et les actions posées pour et auprès des familles exposent ces dernières – et leurs intervenants – à une conception particulière de la vulnérabilité³, largement dominante dans les pays occidentaux aux XIXe et XXe siècles (Gilson, 2014; Lacharité et al., 2020). À partir de cette vision, la vulnérabilité est conçue comme étant intrinsèquement négative et suscitant souffrance et désorganisation, justifiant ainsi l'intervention d'une tierce personne, généralement d'une source de soutien formel ou professionnel. Bien qu'il puisse être compréhensible que le déploiement d'interventions à visée de régulation sociale requière l'établissement de critères d'évaluation et d'attentes de rendement, cette conception des expériences de précarité invisibilise la complexité du vécu des personnes concernées (Castel, 2013; Brodier-Dolino, 2016), voire même celle des personnes chargées d'intervenir auprès de ces dernières (Lacharité & Goupil, 2013). De fait, alors qu'ils se trouvent face à des personnes considérées « vulnérables » par les institutions, d'après les critères découlant d'une conception particulière de la vulnérabilité, plusieurs intervenant·e·s se sentent eux-mêmes en situation de déséquilibre entre leurs valeurs personnelles, leurs principes professionnels et les mandats institutionnels auxquels on leur demande de répondre (Barruel & Bioy, 2013). Sans une prise de conscience de la coexistence des différentes façons de concevoir la vulnérabilité, d'en faire l'expérience ou d'agir sur elle, il peut s'opérer un rapport de forces portant le risque de parasiter les dialogues, tant entre les intervenants de différents secteurs d'activité (milieux institutionnels et communautaires, par exemple), qu'entre les intervenants et les personnes qu'ils côtoient dans l'exercice de leurs fonctions.

La figure 1 offre une proposition imagée des conceptions particulières et universelles de la vulnérabilité et du rapport de force potentiel selon qu'on se campe dans l'une ou l'autre des visions ou qu'on explore la façon dont elles peuvent coexister. Porter attention à la façon de se positionner à travers les différentes conceptions de la vulnérabilité et aux effets de cette posture et des mouvements qui en découlent constitue en quelque sorte une éthique de la vulnérabilité. De fait, on peut concevoir une éthique de la vulnérabilité comme s'appuyant sur le développement d'une sensibilité à la manière dont on pense,

³ Nous utilisons dans ce texte l'expression « vulnérabilité particulière ». Toutefois, il s'agit d'un synonyme d'autres expressions telles que « vulnérabilité problématique » ou encore « vulnérabilité normative ».

on entend et on agit à l'égard de la vulnérabilité, non seulement dans la vie d'autrui en contexte professionnel, mais aussi dans sa propre vie.

Par un cercle plus grand, le schéma illustre, premièrement, le fait que la conception particulière de la vulnérabilité domine largement à l'intérieur des actions publiques dans le domaine de l'enfance et la famille, mais que, dans les actions communautaires, ce qui organise la pensée des organismes relève plutôt d'une conception de la vulnérabilité (représentée par un cercle plus petit) en proximité avec l'expérience quotidienne des personnes (les enfants et les parents de même que les intervenants) qui sont concernés par ces actions. Ces deux conceptions se chevauchent nécessairement en raison du fait que, à l'intérieur de l'écosystème de services, aucun secteur d'activités n'est indépendant et qu'ils s'influencent. De chaque côté des cercles, on retrouve une liste des principaux éléments qui distinguent une conception universelle et particulière de la vulnérabilité. La dimension éthique est illustrée par une flèche qui relie le cœur de ces deux postures et représente le dialogue qui permet de mettre en perspective les formes de subjectivité que chacune d'elles produit. Elle met en évidence l'importance de connaître et reconnaître les différentes conceptions de la vulnérabilité pour ainsi développer une écoute sensible qui permet de mieux comprendre les actions posées par chacun.

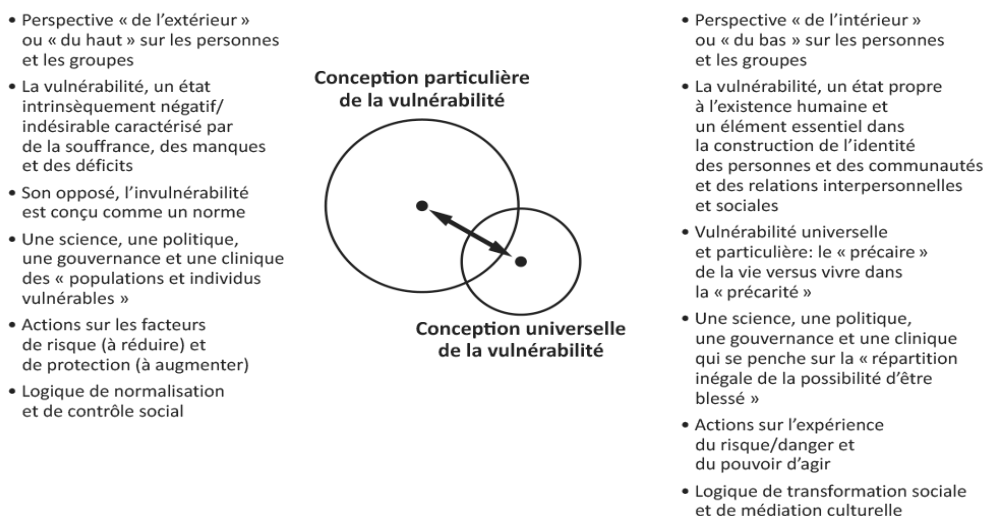


Figure 1 - Deux conceptions de la vulnérabilité qui cohabitent à l'intérieur de l'écosystème de services auprès des enfants et des parents (Source : auteurs)

La vulnérabilité universelle comme outil de dialogue intersectoriel : l'exemple d'une formation

C'est dans cet esprit qu'a été développée la formation *Vulnérabilités et Familles : défis rencontrés à l'exercice de nos responsabilités*. Le partenariat recherche-pratique entre la Fédération québécoise des organismes communautaires Famille (FQOCF) et le Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDEF) a permis d'arrimer les connaissances issues du terrain de l'action communautaire auprès des familles⁴ à celles tirées de la littérature scientifique publiée sur le sujet. Ce croisement de savoirs théoriques/empiriques et professionnels/expérientiels sur le concept de vulnérabilité psychosociale visait notamment à nous inviter, en tant que concepteurs de la formation, à adopter nous-mêmes une posture réflexive et à nous engager dans la compréhension et l'intégration de ce que dit la science et la théorie de la vulnérabilité, mais également de ce que les deux conceptions de celle-ci évoquent pour nous. Toujours dans l'idée de rester près de l'expérience de ce qu'on peut appeler une vulnérabilité universelle, à savoir ce qui se niche dans l'essence même de la condition humaine, des capsules vidéo ont été réalisées donnant notamment accès au vécu de mères, de pères et d'intervenantes en regard de l'expérience de la vulnérabilité. Ces dernières allaient non seulement servir d'outils pédagogiques à l'intérieur de la formation, mais elles ont permis de nourrir notre réflexivité de concepteurs dans un premier temps.

Comme nous souhaitons que la formation soit accessible à des participants provenant des différents coins du Québec, celle-ci a été conçue pour être offerte à distance à partir d'une plateforme multimédia destinée à l'enseignement et à la formation. Elle se répartit en quatre modules qui se déploient sur une série de sept rencontres d'une durée de deux heures, à raison d'une rencontre aux deux semaines. Ainsi, deux mises à l'essai ont été déployées respectivement au printemps et à l'automne 2018, lesquelles ont été évaluées par les participants et peaufinées par l'équipe de conception de la formation.

⁴ Le projet AGORA a reposé sur l'implantation de communautés de pratiques régionales regroupant des actrices et acteurs du réseau des organismes communautaires Famille au Québec. La fonction d'une communauté de pratiques est de permettre à des personnes qui partagent un champ d'activités de mutualiser leurs savoirs et d'apprendre des choses nouvelles de cette mutualisation. Les moteurs d'une communauté de pratiques reposent, premièrement, sur la reconnaissance des savoirs qui sont souvent relégués en périphérie par rapport à des savoirs formalisés et normatifs et, deuxièmement, sur la capacité des personnes à adopter une posture réflexive. L'un des thèmes qui ont été abordés dans le cadre de ces communautés de pratique était la vulnérabilité. Cette action a engagé près d'une centaine de participants. (FQOCF, 2019 et Lacharité et al., 2019).

Les membres du réseau des OCF ayant initialement demandé cette formation souhaitaient qu'elle soit en accord avec l'approche globale et préventive qui caractérise leur action auprès des familles (Déziel et al., 2016). Cette approche est dite globale puisqu'elle se base sur trois fondements qui sont susceptibles de répondre à un large ensemble de préoccupations vécues et exprimées par les parents en regard de l'exercice de leur rôle et de la place de la vie familiale dans notre société. Ces fondements sont l'approche en milieux de vie, l'enrichissement de l'expérience parentale et l'éducation populaire (voir la figure 2).

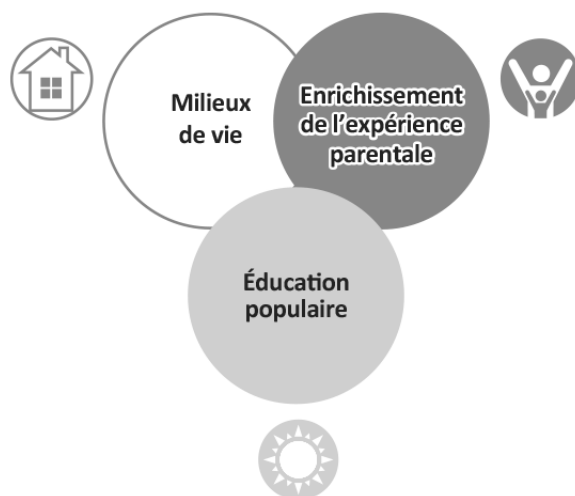


Figure 2 - Fondements de l'approche globale et préventive en OCF (Source : Déziel et al., 2016)

La spécificité des pratiques d'action communautaire autonome Famille (ACAF) réside en ce qu'elles considèrent les familles comme les cellules de base d'une société, lesquelles constituent une richesse collective⁵. L'ACAF reconnaît également les parents comme les premiers et principaux éducateurs de leurs

⁵ Ce texte a été rédigé au moment de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 au Québec. Cette situation ainsi que les diverses mesures sanitaires qui l'ont accompagné ont mis à mal la plupart des règles du jeu sur lesquelles repose la vie en société contemporaine (orientations qui régissent le travail, l'économie, l'éducation, la santé et le bien-être, la citoyenneté et la culture, les loisirs et les sports). La pandémie révèle notamment que ces secteurs d'activités sont lourdement assujettis à une forme de vie familiale qui, lorsqu'elle est perturbée à une grande échelle, fait dangereusement vaciller l'édifice sociétal (Lacharité, 2020). Cette situation a amené au centre du débat public ce que l'on entend par vulnérabilité et être vulnérable et a montré l'interdépendance fondamentale au sein des communautés. C'est sur le plan de cette interdépendance que s'inscrit l'approche globale du réseau des OCF.

enfants. De plus, cette approche met en relief le caractère essentiel de « l'entre-familles », c'est-à-dire que les familles entre elles doivent disposer de temps et d'espaces leur permettant de construire des liens de confiance, de partage et d'entraide. Ainsi, cette approche prend en considération la façon dont les familles réfléchissent, agissent et font alliance avec d'autres familles face aux risques et aux incertitudes. Enfin, pour l'ACAF, le développement du pouvoir d'agir des familles représente un levier incontournable de développement de communautés plus justes et plus dynamiques (Déziel et al., 2016).

Bien que les pratiques d'ACAF soient cohérentes avec une conception universelle de la vulnérabilité, les familles qui fréquentent les OCF, les personnes qui y travaillent et leurs partenaires d'autres secteurs de services sont inévitablement confrontées à la conception particulière, notamment parce que c'est à partir de cette dernière perspective que s'organisent plusieurs services en éducation, en santé et en services sociaux. Cette polarité de perceptions qui caractérise l'écosystème de services auprès des enfants et des familles au Québec peut soulever certains défis lorsque le regard des intervenants et des gestionnaires sur les familles se croise.

La formation dont il est question ici a pour objectif de créer un espace de réflexion et de dialogue permettant à une diversité d'acteurs de cet écosystème de services d'explorer les responsabilités individuelles et collectives qui caractérisent cette double compréhension de la vulnérabilité en ce qui concerne ce qui se joue pour les enfants et les parents, ce qui meuble le contexte qui porte les familles et les normes qui régulent la vie familiale. La formation a également pour objectif de contribuer au développement de l'autonomie des intervenants en les mettant en contact avec ces conceptions de manière à ce qu'ils puissent se situer comme intervenants et comme personne dans cet univers « conceptuel ». Bien souvent, une conception est adoptée parce qu'elle est la seule disponible, en ce sens qu'elle est la seule qui est promue et connue dans l'environnement organisationnel, ce qui limite grandement l'autonomie des intervenants qui n'ont d'autre choix que de s'insérer dans ce courant et d'adopter les pratiques qui en découlent. Il y a même lieu de penser qu'il ne s'agit pas simplement de conceptions abstraites différentes, mais aussi d'attitudes, de regards et de mouvements dans la vie des autres qui peuvent découler de ces divers positionnements conceptuels. Dans le cadre de cette formation, des espaces réflexifs peuvent donc être ouverts par les allers-retours entre des contenus sur la vulnérabilité et des expériences vécues en intervention auprès des enfants, des parents et des familles pour mettre en lumière ce mouvement relationnel.

Soutenir un espace de dialogue entre des participants provenant de différents milieux, de différentes cultures de pratique implique une intention pédagogique⁶ permettant de faire un ralenti sur ces pratiques, particulièrement lorsqu'il est question du délicat sujet de la vulnérabilité vécue par les familles. C'est pourquoi une approche réflexive et participative est privilégiée (Cooperrider & Whitney, 2000; Lacharité, 2009; Seikkula & Arnkil, 2006; White, 2000). Une activité réflexive constitue une occasion de se développer en tant qu'humain. Une animation qui s'inscrit dans une telle approche se doit de créer un espace et un temps qui favorisent l'écoute et la mise en commun d'expériences et de connaissances dans le respect.

Le tableau 1 présente chacun des quatre modules de la formation. Dans ce contexte, la notion de formation réside surtout dans le fait que chaque participant peut contribuer à la mutualisation des savoirs en offrant sa résonnance du contenu proposé aux autres membres du groupe par des allers-retours entre des moments de réflexion personnelle, notamment par l'utilisation d'un journal de bord et des moments de partage et d'échanges en groupe (séances de partages collectifs). Ainsi, chaque participant bénéficie à la fois de moments pour s'approprier ce qui peut être nouveau ou perçu différemment et de moments pour partager ces apprentissages aux autres membres du groupe et recevoir du partage des autres. Dans cette perspective, quelle que soit la provenance des participants, ses référentiels théoriques, ses forces et ses limites, chacun a l'occasion d'apporter et de recevoir, orchestrant ainsi une coconstruction de nouveaux savoirs.

⁶ Pour s'approprier davantage l'intention pédagogique décrite dans cette section, le lecteur est invité à se référer à Déziel et al. (2016).

NOM DU MODULE	PRÉSENTATION DU MODULE
Embarquement	Les participants sont invités à se familiariser avec les aspects techniques de la formation à distance, à prendre connaissance des intentions et des stratégies pédagogiques et à décrire leur propre compréhension de la vulnérabilité.
Découverte	Les participants sont invités à se familiariser avec les caractéristiques des conceptions particulières et universelles de la vulnérabilité des familles à partir de leurs propres expériences de vulnérabilité.
Navigation	Les participants sont invités à visiter l'expérience vécue par les familles à partir d'une conception universelle de la vulnérabilité.
Dialogue	Les participants sont invités à explorer les formes de pratiques suscitées par la vulnérabilité des familles à l'intérieur de leur organisation de services et à identifier des zones de convergence avec d'autres organisations avec lesquelles ils collaborent.

Tableau 1 - Présentation des quatre modules de la formation

L'annexe 1 décrit le contenu des activités de réflexion auxquelles les participants sont conviés. Pour chaque module, ils étaient invités à s'interroger sur divers aspects personnels et professionnels en lien avec le thème de la vulnérabilité et à partager avec leur entourage de travail, dans leur organisme et dans le cadre d'activités conjointes avec des partenaires, ces interrogations et le fruit de celles-ci. C'est sur cette démarche réflexive que s'appuie l'exploration et le développement d'une éthique de la vulnérabilité.

Comme il a été mentionné précédemment, la particularité de cette formation est de réunir des acteurs de milieux où le contexte, les mandats et les cultures de pratique peuvent être bien différents. Néanmoins, les familles, leurs réalités, les défis des mères, des pères et des enfants ainsi que les défis d'accompagnement de ces personnes constituent le cœur des échanges. C'est sur ce point d'appui que peut s'établir un dialogue entre les participants à propos des expériences de vulnérabilité vécues par les familles.

Conclusion

Intervenir auprès des familles, quel que soit le secteur d'activité duquel on provient, implique son lot de responsabilités, certes vis-à-vis de l'organisme que représente l'intervenant, mais aussi – et surtout – vis-à-vis des familles concernées. Le développement de ce qu'on pourrait appeler une éthique de la vulnérabilité permet en quelque sorte de prendre acte de cette responsabilité, du moins en partie.

Dans le cadre de la Formation *Vulnérabilités et Familles, défis liés à l'exercice de nos responsabilités*, l'expérience du dialogue intersectoriel à propos du sujet même de la vulnérabilité universelle contribue au développement d'une éthique de la vulnérabilité. De fait, on peut admettre que l'éthique de la vulnérabilité consiste en le développement d'une réflexion sur l'ensemble des *habitus*⁷ à propos des façons de concevoir, de parler et d'agir la vulnérabilité. La formation décrite dans ce chapitre permet aux participants de faire l'expérience des mouvements qu'implique le développement d'une éthique de la vulnérabilité grâce à une approche réflexive et participative.

Il convient de rappeler que l'éthique nous concerne tous, comme frère, sœur, mère, travailleur, citoyen, etc. Le souci éthique n'appartient pas qu'aux seuls professionnels. Il se manifeste au quotidien dans les espaces publics et privés. Face aux enjeux de vulnérabilité universelle et particulière, nous sommes conviés à un réel devoir de fraternité.

La création d'un espace sécuritaire pour l'établissement d'un dialogue entre les participants au sujet de la vulnérabilité universelle offre l'occasion à chacun de se positionner quant à la réciprocité et à l'interdépendance dans les relations, d'autoriser et de s'autoriser à réduire l'écart entre la vulnérabilité particulière et la vulnérabilité universelle et à déconstruire la subjectivation imposée par cette double compréhension de la vulnérabilité. L'exercice réflexif et dialogique à propos de la façon de concevoir la vulnérabilité dans sa propre vie et dans celle d'autrui peut constituer, du moins le souhaite-t-on, un pas vers le développement de ce que Lacharité et al. (2020) appellent un modèle de responsabilité individuelle, organisationnelle et collective vis-à-vis des familles qui rencontrent des obstacles dans la constitution d'une vie « authentiquement » humaine.

⁷ La notion d'*habitus* fait référence au concept développé par Bourdieu (1972/2015). Un *habitus* désigne une manière d'être, une allure générale, une tenue, une disposition d'esprit.

Références

- Anaut, M. (2002) Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance. *Connexions*, 77, 101-118.
- Barruel, F., & Bioy, A. (2013). *Du soin à la personne : clinique de l'incertitude*. Paris : Dunod.
- Bourdieu, P. (1972/2015). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Paris : Point.
- Brodiez-Dolino, A. (2015). La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique. *Informations sociales*, 188, 10-18.
- Brodiez-Dolino, A. (2016). Le concept de vulnérabilité. *La vie des idées.fr*. Publié dans *lavedesidees.fr*, le 11 février 2016.
- Castel, R. (1983). De la dangerosité au risque. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 47, 119-127.
- Castel, R. (2013). Quelle société voulons-nous? *Alter European Journal of Disability Research*, 7, 277-282.
- Cooperrider, D. L., & Whitney, D. (2000). A positive revolution in change: Appreciative inquiry. Dans D. L. Cooperrider, P. F. Sorensen, D. Whitney, & T. F. Yaeger (Éds.), *Appreciative inquiry: Rethinking human organization toward a positive theory of change* (pp.1-27). Champaign, Illinois : Stipes Publishing.
- Dictionnaire de l'Académie française (2019). 9^e édition. Repéré à <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9E2876>
- Déziel, N., Rasmussen, H., & Poirier, J. (2016). *Trousse de référence et d'accompagnement de l'action communautaire autonome Famille*. Saint-Lambert : Fédération québécoise des organismes communautaires Famille. Repéré à <https://fqocf.org/membres/boite-a-outils/>
- Fédération québécoise des organismes communautaires Famille (2019). Guide d'appropriation et fiches d'animation « Regard sur les contextes et situations de vulnérabilité ». Document inédit, FQOCF.
- Garrau, M. (2013). Regards croisés sur la vulnérabilité. « Anthropologie conjonctive » et épistémologie du dialogue. *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 13.
- Gilson, E. (2014). *The ethics of vulnerability: A feminist analysis of social life and practice*. Londres : Routledge.
- Kaës, R. (2013). Face au mal être psychique dans les cultures hypermodernes, que peut la psychanalyse? *Bulletin de psychologie*, 526, 281-288.
- Lacharité, C. (2009). Approche participative auprès des familles. Dans C. Lacharité, & J. P. Gagnier (Éds.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir : repères conceptuels et stratégies d'action* (pp. 157-182). Montréal, Québec : Chenelière.
- Lacharité, C. (2020). La vie familiale en période de restriction sociale. Conférence publique présentée dans le cadre des Webconférences de l'UQTR. Repéré à https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=1910&owa_no_fiche=285
- Lacharité, C., & Gagnier, J. P. (2009). *Comprendre les familles pour mieux intervenir : repères conceptuels et stratégies d'action*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, Collection

Chenelière Éducation.

- Lacharité, C., Gagnier, J. P., Mailloux, D., Baker, M., Lafantaisie, V., Gervais, C.,... Rasmussen, H. (2019). *Faire communauté autour et avec les familles au Québec : les organismes communautaires Famille, un réseau innovant et mobilisant*. Rapport de recherche présenté à l'organisme Avenir d'enfants. Repéré à https://fqocf.org/?jet_download=2256.
- Lacharité, C., & Goupil, E. (2013). Les familles à problèmes multiples : interventions socio-éducatives et enjeux éthiques. Dans B. Dupuy, H. Milova, & P. Durning (Éds.), *Traité de l'éducation familiale* (pp. 425-442). Paris : Dunod.
- Lacharité, C., Goupil, E., & Gagnier, J. P. (2020). Vulnérabilités et familles : enjeux conceptuels liés au développement d'une activité de formation professionnelle. Dans M. Boutanquoi, & C. Lacharité, (Éds.), *Enfants et familles vulnérables en protection de l'enfance* (pp. 81-95). Toulouse : Presses universitaires de Franche-Comté.
- Lalande, C., Gauthier, S., Bouthillier, M. È., & Montminy, L. (2018). Difficultés éthiques liées à l'intervention auprès des femmes victimes de violence conjugale qui ne désirent pas dénoncer la violence qu'elles vivent aux autorités. *Nouvelles pratiques sociales*, 30. Repéré à <https://doi.org/10.7202/1051407ar>
- Martin, C (2013). Penser la vulnérabilité, les apports de Robert Castel. *Alter European Journal of Disability Research*, 7, 293-298.
- Naepels, M. (2019). *Dans la détresse : une anthropologie de la vulnérabilité*. Paris : Éditions EHESS.
- Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherche en soins infirmiers*, 3, 13-20.
- Pelluchon, C. (2009). L'éthique de la vulnérabilité. Dans C. Pelluchon (Éd.), *L'autonomie brisée : Bioéthique et philosophie* (pp. 167-203). Paris : PUF.
- Pelluchon, C. (2011). *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité*. Paris : CERF.
- Quintin, J., Côté, L., & Guimaraes, D. (2016). Le suivi intensif dans la communauté et la consommation : quelques enjeux éthiques. *Drogues, santé et société*, 14, 109-128.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2006). *Dialogical Meetings in Social Networks*. London, UK : Karnac Books.
- Soulet, M. A. (2014). Vulnérabilité et enfance en danger. Quels rapports? Quels apports? Dans ONED (éd.), *Vulnérabilités, identifications des risques et protection de l'enfance* (pp. 135-143). Paris : La Documentation Française.
- White, M. (2000). *Reflections on narrative practice: Essays and interviews*. Adelaide, Australie : Dulwich Centre Publications.

Annexe 1 - Structure de la démarche réflexive de la formation

NOM DU MODULE	DÉMARCHE RÉFLEXIVE
Embarquement	- La vulnérabilité est un mot qu'on entend beaucoup... et qui peut vouloir dire beaucoup - Quelle est votre conception de la vulnérabilité? À quoi ce mot fait-il référence? Quand percevez-vous de la vulnérabilité? À quoi peut servir ce mot? - Décrivez une situation dans laquelle vous vous êtes personnellement senti·e vulnérable. Qu'est-ce que ça a eu comme effet dans votre vie? Qui d'autre, dans votre entourage, a pu être touché par la situation que vous avez vécue? - L'expérience de formation vous propose d'aller à la rencontre des autres participant·e·s afin d'entrer en dialogue au sujet de la vulnérabilité des familles : - Qu'est-ce qui pourrait faciliter votre participation ou la rendre plus difficile? Qu'est-ce qui vous aiderait à oser partager vos expériences et vos réflexions? - Quels sont vos attentes et vos souhaits à l'égard de cette proposition de formation? Y a-t-il des éléments qui vous préoccupent ou vous inquiètent, que ce soit dans la forme proposée que dans les contenus annoncés?
Découverte	- Comment se vivent les expériences de la vulnérabilité dans le cadre de votre travail, celles des familles que vous côtoyez, mais aussi les vôtres? - Prenez quelques instants pour caractériser la manière « naturelle » que vous avez d'approcher ces expériences lorsqu'elles se présentent à vous ou lorsqu'elles se produisent pour vous? Quelles expressions utilisez-vous spontanément pour décrire ces expériences? Que faites-vous spontanément face à ces expériences? - Comment certaines de ces expériences ont-elles suscité des occasions de penser et de faire autrement avec les familles ou avec vous-même? - Si vous repensez à la rencontre d'échanges du module <i>Découverte</i>, pouvez-vous identifier un élément que vous avez particulièrement apprécié ou qui vous a surpris? - Qu'est-ce que vous avez appris ou approfondi à propos de ce que signifie l'expérience de la vulnérabilité des familles? - Y a-t-il des propos ou des silences qui vous questionnent ou encore vous préoccupent? - Qu'aimeriez-vous partager de cette rencontre avec vos collègues?

Annexe 1 (suite) - Structure de la démarche réflexive de la formation

NOM DU MODULE	DÉMARCHE RÉFLEXIVE
Navigation	• Dans le cadre de votre travail, identifiez une famille « en situation de vulnérabilité » face à laquelle, au-delà d'une première impression s'appuyant sur les « zones d'ombre » qui la caractérise, vous vous êtes fait surprendre – ou vous avez été étonné·e – par des « zones de lumière » qui n'étaient évidentes dans vos contacts initiaux. ○ Qu'est-ce qui a permis cette expérience de surprise ou d'étonnement pour vous? ○ Comment cette expérience parle-t-elle de vous? ○ Que montre-t-elle de votre compréhension de la vulnérabilité? ○ Quel effet a-t-elle sur votre conception de la vulnérabilité? • Si vous repensez à la rencontre d'échanges du module <i>Navigation</i>, pouvez-vous identifier un élément que vous avez particulièrement apprécié ou qui vous a surpris? ○ Qu'est-ce que vous avez appris ou approfondi à propos de vous ou des familles, à la lumière des partages? ○ Y a-t-il des propos ou des silences qui vous questionnent ou encore vous préoccupent? ○ Qu'aimeriez-vous partager de cette rencontre avec vos collègues ou vos partenaires?
Dialogue	• La vulnérabilité ne touche pas seulement les personnes, mais aussi les organisations. De plus, elle ne fait pas que révéler des zones d'ombre chez les unes et les autres. Les expériences individuelles et organisationnelles de vulnérabilité rendent aussi possible le développement de capacités et de conditions relationnelles qui permettent une plus grande « humanité » et suscitent une conception plus large de la responsabilité que nous avons tous les uns par rapport aux autres. ○ Quels sont les leviers dans votre organisation qui rendent possible et favorisent cette forme de relations sociales que les expériences de vulnérabilité – celles des familles, mais aussi celles vécues sur le plan organisationnel – invitent à créer et à entretenir? ○ Comment les liens entre votre organisation et ses partenaires intersectoriels offrent-ils d'autres leviers pour créer – avec les familles, entre les familles elles-mêmes et entre les acteurs professionnels autour de celles-ci – des relations sociales qui sont sensibles aux expériences de vulnérabilité? • Prenez le temps de caractériser votre organisation et ses liens de partenariat en tant qu'espaces de développement de capacités et de conditions permettant de former des relations sociales sensibles aux expériences de vulnérabilité. • À l'issue de cette expérience de formation, que retirez-vous des contenus et des réflexions personnelles et collectives? ○ Qu'avez-vous appris sur vous-mêmes, sur vos relations personnelles et professionnelles? ○ Qu'est-ce qu'une pratique réflexive peut vous amener, en termes d'enrichissements et de défis? ○ Qu'est-ce qu'une expérience comme celle-ci a pu influencer ou transformer dans vos pratiques auprès des familles ou dans vos rapports avec vos collègues et avec vos partenaires?

Conclusion

La famille, une innovation sociale pour répondre à la vulnérabilité au cœur de l'existence humaine

Carl Lacharité et Tristan Milot

Rapprocher le phénomène de la vulnérabilité de ce qui se vit à l'intérieur d'une famille n'est pas sans répercussion. Les chapitres contenus dans cet ouvrage, chacun à leur manière, en témoignent éloquentement. De plus, cette conjonction de travaux et de réflexions donne à voir les zones de convergence à l'intérieur du réseau que le *Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille* (CEIDF). Sur ce plan, deux pistes de réflexion conjointe et de dialogue méritent d'être mises en perspective en conclusion de cette initiative collective.

La prolifération d'une conception particulariste de la vulnérabilité des familles et ses répercussions

Le premier de ces éléments est le fait que la vulnérabilité doit être conjuguée au pluriel – les vulnérabilités. À la base, il y a, d'une part, la vulnérabilité qui repose sur une expérience universelle et ordinaire que partagent toutes les familles, tous les enfants et les parents et, d'autre part, il y a la répartition inégale, à l'intérieur de l'espace social, des obstacles qui ont pour conséquences de compliquer la vie de certaines familles (Soulet, 2006, 2014) qui fait émerger une forme particulière ou problématique de vulnérabilité.

Cette double valence de la vulnérabilité est-elle reconnue et prise en considération dans la façon dont les familles sont appréhendées? Il semble bien que ce ne soit malheureusement pas ce qui se produit; d'où l'importance, voire l'impératif, d'élargir notre compréhension de ce concept et les applications qui en découlent. Ainsi, depuis l'apparition de cette notion dans les discours scientifiques et publics dans les années 1980, il est possible de constater une franche dominance, voire dans certains cas une domination, d'une conception particulariste de la vulnérabilité pour tenter de saisir ce qui se passe pour certaines familles. Une telle dominance établit une pratique de division sociale – d'un côté, les familles, enfants ou parents « vulnérables » et de l'autre, celles et

ceux qui ne le sont pas. Il est possible de trouver des traces de cette dominance dans trois domaines sociaux qui se donnent pour cible les familles : la science, la clinique et la politique.

Ce qu'on peut appeler la science de la famille constitue une première caisse de résonance où l'étude des familles blessées, brisées, insuffisantes, problématiques ou dysfonctionnelles produit un impressionnant ensemble de connaissances qui se réclame de ce que la notion de vulnérabilité donne à voir de ces situations, notamment sur le plan du développement des enfants et de l'exercice des responsabilités parentales. Plus précisément, ces efforts scientifiques ont indéniablement permis une meilleure compréhension des conditions qui compliquent la vie de ces enfants ou de ces parents, des souffrances qui les assaillent, des déficits ou défaillances qui teintent leur fonctionnement, de leurs trajectoires développementales et de leurs parcours de vie, de leurs stratégies d'adaptation ainsi que des formes de soutien qui leur permettent de sortir de ces situations de vulnérabilité ou du moins d'en atténuer les effets. Cependant, l'accumulation de tels savoirs s'accompagne d'une myopie – d'aucuns diraient un aveuglement – à propos de ce qu'est la vie familiale en dehors de cette vulnérabilité. À quoi ressemblent les familles qui ne sont pas vulnérables? Et celles qui ne le sont plus? De telles questions suscitent actuellement une désolante absence de dialogue et de réflexion qui caractérise le champ des recherches se réclamant de la notion de vulnérabilité – sur les plans conceptuels, méthodologiques et interprétatifs – lorsqu'elle est appliquée à l'étude scientifique de la vie des enfants, des parents et des familles.

Un autre domaine social qui cherche à saisir la famille et qui est largement caractérisé par une conception particulariste de la vulnérabilité est celui qu'on peut appeler la clinique de la famille. Cette expression englobe les institutions professionnelles dont le mandat est 1) d'identifier des familles, des enfants ou des parents dont la vie est rendue visible en raison de caractéristiques individuelles ou interpersonnelles qui constituent des facteurs de vulnérabilité; 2) de s'approcher de ces personnes; et 3) d'intervenir de manière à réduire les risques et les dangers auxquels elles sont exposées et à accroître ce qui leur permet sinon de mieux y faire face, du moins de mieux faire avec. Ce domaine englobe les dispositifs de santé, de services sociaux, d'éducation et de justice qui ont développé des formes d'expertise et des normes professionnelles spécifiques. Dans ce domaine, l'utilisation d'une conception particulariste de la vulnérabilité a pour fonction première de distinguer les familles – les enfants et les parents – qui ont « besoin de services professionnels » de celles qui n'en ont pas besoin (ou pas besoin à un moment donné de leur vie). Vulnérabilité et besoin de services deviennent ainsi pratiquement synonymes avec le corolaire

que lorsqu'il n'y a pas (ou plus) de besoin de services, il n'y a pas (ou plus) de vulnérabilité. Dès lors, à l'intérieur de ce domaine social, la situation des familles, des enfants et des parents est largement définie par des actions de surveillance, de dépistage et d'évaluation et des décisions qui ont cours en dehors de leur vie quotidienne. La vulnérabilité se situe dans le regard des acteurs professionnels (Lacharité et Goupil, 2013). Le rapprochement entre la vulnérabilité et le besoin de services entraîne aussi une hiérarchisation parmi les formes d'intervention auprès des familles, des enfants et des parents. Cela a pour conséquence que la plupart des actions relevant de la prévention, de l'entraide, de l'accompagnement et du soutien non professionnel sont considérées comme des adjuvants à l'intervention professionnelle. Déjà en 1995, McKnight dénonçait les effets pervers de cette hiérarchisation sur la capacité des communautés à prendre soin des siens; avant le besoin de services, il y a le besoin de l'autre, ce qui, nous allons le voir plus loin, constitue le noyau d'une conception universelle de la vulnérabilité.

Un troisième domaine – très proche du second – où on retrouve une dominance d'une conception particulariste de la vulnérabilité est ce qu'on peut appeler la politique de la famille. Ce domaine englobe l'ensemble des actions publiques qui ont pour cibles des groupes d'enfants, de parents et des familles « en situation de vulnérabilité ». Ici, la notion de vulnérabilité sert principalement à légitimer des politiques, des lois, des programmes destinés plus particulièrement à certains segments de la population. Il ne s'agit pas de répondre à des problèmes individuels, mais plutôt à des problèmes sociaux qui font tache dans le paysage du projet de société qui est porté par l'État. La vulnérabilité devient en quelque sorte une « raison d'État », c'est-à-dire un prétexte pour intervenir dans la vie de certaines familles au nom d'un intérêt supérieur, avec toute l'ambiguïté que cela peut charrier (Castel, 1994). Ce sont donc un ensemble de préoccupations politiques qui concerne les familles, les enfants et les parents que cette conception de la vulnérabilité sert à combiner et à articuler : économie, travail, justice, santé publique, éducation, citoyenneté, etc. Cependant, les actions publiques qui se réclament de cette perspective de la vulnérabilité laissent dans l'ombre la vie des familles qui ne sont pas considérées comme étant vulnérables sur la base des critères sur lesquelles ces actions reposent. Ainsi, la capacité des États à penser plus largement la vie familiale s'en trouve amoindrie, avec pour conséquence que leur capacité d'agir pour le bien de toutes les familles est considérablement affaiblie. La prochaine section aborde justement ce problème à travers une situation criante d'actualité pour les familles, les enfants et les parents.

La vulnérabilité au cœur de la vie familiale

Le présent ouvrage est produit au cours d'une période tout à fait inédite dans l'histoire récente de la civilisation humaine – la pandémie de COVID-19. Cette crise sanitaire a été qualifiée par le sociologue Edgar Morin (2020) de crise de civilisation et d'humanité, ce qui met en relief une autre conception de la vulnérabilité. Celle-ci nous invite à prendre du recul par rapport au diptyque « vulnérabilité-invulnérabilité » et aux pratiques de division sociale qu'il entraîne afin de considérer le caractère universel, voire ordinaire, de l'expérience de vulnérabilité dans l'existence humaine. Les mesures sanitaires – notamment la distanciation physique, le confinement, le couvre-feu – ont révélé une face cachée des sociétés occidentales : le fait, d'une part, que personne n'est à l'abri de ce qui peut provoquer des problèmes majeurs de santé ou même la mort et, d'autre part, que notre organisation sociale, lourdement centrée sur la réponse contingente à des situations de vulnérabilité de nature particulière ou problématique, est fragilisée de manière inquiétante par la manifestation universelle de l'expérience de vulnérabilité et que l'ensemble des institutions sur laquelle repose cette organisation sociale vacille devant cette manifestation. Ainsi, ce n'est pas seulement le dispositif hospitalier de santé qui est débordé par la vulnérabilité humaine à l'égard de la présence d'un virus dans son environnement; c'est aussi l'économie, la consommation, le marché du travail, l'éducation, les services sociaux, le secteur de la culture et ainsi de suite. De plus, la pandémie lève le voile sur le rôle central que joue la famille sur l'équilibre des sociétés modernes.

Il est possible de constater que les restrictions que les États doivent imposer pour limiter la propagation du virus ont des conséquences radicales sur la forme de vie familiale dont la fonction est de soutenir une homéostasie précaire dans chacun de ces champs d'activités. Nos sociétés modernes se sont construites sur le dos des familles et imposent implicitement une configuration que celles-ci doivent prendre. Ces restrictions viennent changer les règles du jeu à l'intérieur desquelles la famille est instrumentalisée en tant qu'institution au service d'autres finalités. La famille qui répond adéquatement à cette fonction s'est organisée selon une configuration *étalée* et *délocalisée*. Ses membres étalent leur temps et délocalisent leur vie dans une grande diversité d'activités et de milieux. La vie familiale dans les sociétés occidentales impose à ses membres d'adopter une multiplicité de rôles et de responsabilités, de circuler dans plusieurs endroits, de fragmenter leur temps en une myriade de segments et d'entrer en contact avec un grand nombre de personnes. Ce que les mesures sanitaires prescrivent involontairement est une vie familiale qui est plutôt *concentrée* et *localisée* autour des interactions entre leurs membres et autour de

l'espace physique qu'ils occupent quotidiennement. Le foyer familial n'est plus le *safe haven* qui permet à ses membres de se retrouver et de se ressourcer. C'est dans de telles conditions qu'émerge une prise de conscience du fait que toutes les familles sont vulnérables et doivent être soutenues. Nous prenons aussi conscience que les familles « en situation de vulnérabilité », celles qui doivent affronter des obstacles qui compliquent leur vie, ont douloureusement besoin d'autres choses en plus ou au-delà des services. Ici, la vulnérabilité acquiert une signification différente. Être ou se sentir vulnérable n'est plus une question de configuration particulière qui caractérise la vie de certaines familles. On ne peut y entrer et encore moins en sortir. Il n'y a pas de dedans et de dehors. La vulnérabilité n'est pas une situation par rapport à celle des autres; elle est plutôt une expérience partagée avec celle des autres. Ce que cette compréhension universelle de la vulnérabilité appelle n'est pas l'invulnérabilité, mais plutôt l'interdépendance qui constitue un aspect fondamental de l'existence humaine. La vulnérabilité fait partie inhérente de la vie en famille.

Les chapitres de cet ouvrage collectif qui évoquent cette perspective démontrent bien qu'il existe évidemment des échos de cette conception universelle de la vulnérabilité dans les domaines de la science, de la clinique et de la politique de la famille. Dans cette foulée, des travaux en anthropologie de la famille (Todd, 2017) suggèrent qu'historiquement la famille en tant qu'institution sociale est apparue pour composer avec la condition de vulnérabilité inhérente aux caractéristiques biologiques de la maternité et du nouveau-né chez l'espèce humaine. L'être humain, au cours de son évolution, a inventé le couple, le père et les grands-parents de même que l'éducation afin d'augmenter ses chances de survie et de transmettre ses connaissances d'une génération à l'autre. C'est la combinaison de ces deux inventions intermédiaires qui a donné lieu à la famille et aux diverses formes qu'elle a acquises au cours des derniers millénaires partout sur la planète. De là, il n'y a qu'un pas à faire pour qualifier la famille d'innovation sociale ayant pour but d'apporter une réponse à la vulnérabilité. Ainsi, la vulnérabilité n'est plus seulement une chose qui arrive à ou dans une famille. Elle est ce qui justifie l'existence de la famille; sans vulnérabilité, pas de famille. De plus, Todd (2017) souligne qu'une famille n'existe jamais seule; elle existe à travers l'entrelacement d'une multitude d'autres familles, ce qu'on peut nommer un « entre-familles », qui vient placer au carré l'expérience d'interdépendance, à savoir l'inéluctable et incommensurable besoin de l'autre, qui sert de réponse à l'expérience de vulnérabilité. Ainsi, toutes les familles ont besoin d'autres familles; les familles « en situation de vulnérabilité » probablement encore plus que celles qui ne sont pas désignées comme telles.

Dès lors, comment concilier ces deux faces de la vulnérabilité lorsqu'on veut s'approcher – par la science, la clinique ou la politique – de la vie des familles? Butler (2016) propose de considérer ces deux perspectives comme étant inséparables; d'une part, il y a le « précaire » de la vie (*precariousness*) pour tout un chacun et, d'autre part, les dénivellations sociales qui sont présentes dans toute société créent pour certains d'entre nous de la « précarité » (*precarity*). Elle observe que l'idée de rassemblement (*assembly*) constitue un principe et une forme d'action donnant lieu à des revendications de conditions permettant de vivre et d'agir dignement en société. Les travaux présentés dans cet ouvrage évoquent à leur façon le potentiel de réflexion, de dialogue et de transformation sociale des notions de vulnérabilité, d'interdépendance et de rassemblement lorsqu'elles sont appliquées à divers aspects de la vie familiale.

Références

- Butler, J. (2016). *Rassemblement : pluralité, performativité et politique*. Paris : Fayard.
- Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologique*, 22, 11-27.
- Lacharité, C., & Goupil, E. (2013). Les familles à problèmes multiples : interventions socio-éducatives et enjeux éthiques. Dans G. Bergonnier Dupuy, H. Milova, & P. Durning (Éds.), *Traité de l'éducation familiale* (pp. 425-442). Paris : Dunod.
- McKnight, J. (1995). *The Careless Society: Community and its counterfeits*. New York : Basic Books.
- Morin, E. (2020). La crise due au coronavirus devrait ouvrir nos esprits depuis longtemps confinés sur l'immédiat. *Le Monde*. Repéré à https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/04/19/edgar-morin-la-crise-due-au-coronavirus-devrait-ouvrir-nos-esprits-depuis-longtemps-confinés-sur-l-immédiat_6037066_3232.html.
- Soulet, M.H. (2006). La vulnérabilité : un problème paradoxal. Dans V. Châtel & S. Roy (Éds.), *Penser la vulnérabilité : visages de la fragilisation du social* (pp. 67-77). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Soulet, M.H. (2014). *Vulnérabilité : de la fragilité sociale à l'éthique de la sollicitude*. Fribourg : Academic Press.
- Todd, E. (2017). *Où en sommes-nous? Une esquisse de l'histoire humaine*. Paris : Seuil.

À propos des autrices et auteurs

Dominique Ansel

est maître de conférences en psychologie sociale. Ses recherches portent sur la prise de décision au niveau individuel ou collectif, sur les processus de négociation et sur les phénomènes de groupe et leurs implications dans le contexte professionnel et dans les situations de prise de risque.

Marleen Baker, Ph.D., M.A.ps.

est impliquée dans le milieu communautaire depuis plus de 30 ans et dans le milieu universitaire depuis plus de 20 ans, à titre d'agente de recherche, chargée de cours et coordinatrice du CEIDEF à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle s'intéresse entre autres au développement des pratiques réflexives envers les familles et les enfants. Elle fait également partie du conseil d'administration de l'organisme Anna et la mer depuis 2013.

Aurélié Baker-Lacharité, Ps.Éd.

est psychoéducatrice et étudiante au doctorat en psychologie, profil recherche, concentration en études familiales, à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle a été directrice générale de l'organisme Anna et la mer en 2020-2021. Ses intérêts de recherche et d'intervention portent principalement sur le soutien à l'enrichissement de l'expérience parentale et au développement de l'enfant et de l'adolescent dans divers contextes d'adversité.

Maria Àngels Balsells, Ph.D.

est professeure de pédagogie à l'Université de Lleida en Espagne. Directrice de la Chaire d'Éducation et d'Adolescence, ainsi que chercheuse responsable du Groupe de recherche sur les interventions socio-éducatives dans l'enfance et la jeunesse (GRISIJ). Son activité de recherche se concentre sur les adolescents, les enfants et les familles en situation de vulnérabilité et de risque social. Elle travaille sur la détection des besoins éducatifs et sociaux à travers des processus de recherche et d'action participative et sur la conception de propositions méthodologiques pour l'action socio-éducative, tant dans les contextes éducatifs des services sociaux que de la protection de l'enfance. Actuellement, sa recherche est spécifiquement liée à la parentalité et la protection des enfants.

Delphine Barbe Coulon, Ph.D.

est Maître d'enseignement en santé de l'enfant et de la famille à la Haute École de Santé à Genève et chercheuse associée au CEIDEF et collaboratrice du GRIN. Elle est titulaire d'un doctorat en psychologie, en concentration études familiales de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ses intérêts de recherche concernent notamment l'expérience des pères et les mères lors de la transition à la naissance, l'allaitement maternel, la santé familiale et la vulnérabilité périnatale. L'implémentation d'un programme écosystémique participatif soutenant les besoins de l'enfant, l'intégration et l'empowerment parental dans le contexte migratoire est une retombée de sa recherche doctorale.

Armando Bello

est boursier de recherche pour le Laboratoire de recherche et d'intervention en éducation familiale du Département de philosophie, sociologie, pédagogie et psychologie appliquée à l'Université de Padoue en Italie.

Vickie Bernier

est étudiante au doctorat en psychologie, profil recherche, concentration en études familiales, à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle s'intéresse aux intervenants œuvrant auprès des familles en protection de la jeunesse, à l'intervention psychologique selon une approche psychodynamique ainsi qu'au rôle de la mentalisation, du fonctionnement réflexif en contexte d'intervention des professionnelles en santé mentale.

Nicolas Berthelot, Ph.D.

est psychologue clinicien, professeur titulaire à l'Université du Québec à Trois-Rivières, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en traumatismes développementaux et chercheur régulier du CEIDEF. Il a complété un doctorat en psychologie à l'Université Laval et des postdoctorats à l'Université du Québec à Montréal et au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. Ses recherches portent sur les trajectoires de risque et d'adaptation à la suite de traumatismes développementaux. Il codirige le programme STEP, un programme de recherche et d'intervention sur les trajectoires intergénérationnelles des traumatismes.

Michel Boutanquoi

est professeur de psychologie de l'Université de Franche-Comté. Il s'intéresse plus particulièrement aux représentations et pratiques professionnelles en protection de l'enfance et aux contextes et dynamiques institutionnels et organisationnels dans lesquelles elles s'inscrivent.

Roxanne Brault

détient un bac en sciences infirmières de l'UQTR ainsi qu'une certification en psychologie. Elle exerce comme infirmière clinicienne à l'urgence de Drummondville et à titre d'assistante de recherche pour le projet Expériences Adoptions. Elle est présentement candidate à la maîtrise en sciences infirmières et débutera son Doctorat en psychologie, profil recherche, concentration étude familiale, à l'automne 2021. Elle a plusieurs intérêts de recherche dont : l'adoption internationale, la pratique réflexive, les récits de vie, l'intervention familiale, la pédiatrie sociale.

Claire Chamberland, Ph.D.

est professeure émérite à l'Université de Montréal. Elle a été titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la victimisation des enfants, a aussi dirigé le Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants et de l'Institut de recherche pour le développement social des jeunes. Ses recherches ont notamment porté sur l'épidémiologie de la maltraitance, la maltraitance psychologique, les liens entre la violence conjugale et parentale ainsi que le développement et l'évaluation de trois innovations sociales pour promouvoir le développement de jeunes vulnérables : la ressource « les Scientifines », le projet MAP (Mère avec du pouvoir) et l'initiative AIDES (Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité).

Mariane Chiasson-Roussel, M.Sc.

détient une maîtrise en éducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Son mémoire de maîtrise est en lien avec la formation continue des éducatrices travaillant auprès des poupons dans les services de garde éducatifs. Actuellement, elle est étudiante au doctorat psychologie, profil recherche, concentration en études familiales à l'Université du Québec à Trois-Rivières et propose un projet de recherche sur la

mentalisation pour favoriser des interactions collaboratives entre les professionnelles de l'éducation préscolaire, les enfants et leurs parents. Ses intérêts de recherche sont nombreux : qualité éducative au préscolaire, pratique réflexive, formation continue des professionnelles au préscolaire, développement de l'enfant, relation d'attachement secondaire, intervention relationnelle, mentalisation, collaboration parentale et coéducation.

Denise Côté, Ph.D.

est psychologue et professeure agrégée au Département des sciences du comportement humain et social de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et chercheure associée au CEIDEF. Sa carrière a été subdivisée en plusieurs volets : enseignement universitaire depuis 28 ans, psychologue clinicienne en Protection de la jeunesse en services externes et internes pendant 19 ans. Ses intérêts portent sur la famille, sur les pères et les compétences parentales, ainsi que sur l'évaluation. Elle participe à des recherches tant qualitatives (analyse thématique et études de cas) que quantitatives (psychométrie).

Isabel Côté, Ph.D.

est professeure agrégée au Département de travail social de l'Université du Québec en Outaouais. Chercheure au Partenariat Familles en mouvance, au Centre d'études et de recherche en intervention familiale et à la Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres, elle s'intéresse aux dynamiques familiales émergentes, particulièrement celles nécessitant l'aide de tiers de procréation. Ses recherches s'attèlent également à documenter le point de vue des enfants et des adolescents sur les sujets qui les touchent de près. Elle a publié aux Presses de l'université Laval, l'ouvrage collectif « La recherche centrée sur l'enfant. Défis éthiques et innovations méthodologiques ».

Carolane Coulombe, Ph.D. (c)

est candidate au doctorat en psychologie, profil recherche, concentration en études familiales, à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle a un bagage de quelques années à titre d'éducatrice spécialisée auprès d'enfants et d'adolescents vivants en centre de réadaptation dans le cadre de la protection de la jeunesse. La réalité des jeunes qui doivent faire face à un niveau d'adversité important, notamment en lien avec leur vécu familial, l'interpelle depuis longtemps. Plus particulièrement, elle s'intéresse aux impacts chez les jeunes qui vivent auprès d'un parent ayant un trouble de santé mentale

Francis Coutu, Ph.D. (c)

est candidat au doctorat en psychologie, profil recherche à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ses intérêts de recherche sont le rôle des acteurs communautaires supportant la promotion de la paternité et l'adaptation des pratiques aux réalités paternelles, l'inclusion des pères dans les services durant la période périnatale.

Annie Devault, Ph.D.

est professeure titulaire au Département de travail social de l'Université du Québec en Outaouais et chercheure au Groupe de recherche et d'intervention auprès des enfants vulnérables et négligés, au Groupe de recherche et d'intervention sur la présence attentive et chercheure associée au CEIDEF. Elle a obtenu la certification d'enseignante de méditation pour enfants (University of California San Diego : Little flower mindfulness for children) en 2016.

Nicole Déziel

a été directrice d'une Maison de la Famille puis directrice du projet AGORA et de la vie associative à la Fédération québécoise des organismes communautaires autonomes Famille (FQOCF). Son implication dans les Maisons des familles et son désir de développer les connaissances spécifiques qui ont cours dans les organismes communautaires Familles, l'amène à développer un projet d'envergure sur la mobilisation des connaissances en action communautaire autonome Famille (ACAF). Ces années de développement sur les pratiques en ACAF ont visé à mieux comprendre, entre autres, les contours qui guident l'accompagnement en milieu communautaire Famille des enfants et des parents en situation de vulnérabilité.

Lyne Douville, Ph.D., D.Ps., T.C.F., Ps.Éd.

est professeure au Département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières et chercheure régulière au CEIDEF. Elle s'intéresse particulièrement aux trajectoires des services de soins et aux pratiques sociales.

Christine Drouin-Maziade, D.Ps.

est coordonnatrice clinique du projet STEP et agente de recherche au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle est détentrice d'un doctorat en psychologie. Elle est également psychologue clinicienne auprès des enfants, adolescents et familles. Elle détient une vaste expérience clinique auprès des personnes exposées à des événements de vie difficiles et stressants (notamment en CIUSSS et en Centre jeunesse). Elle s'intéresse particulièrement à l'adaptation psychologique à la suite d'événements de vie difficiles, à la transition à la parentalité, ainsi qu'au concept de mentalisation parentale prénatale. Elle a développé le programme STEP avec les professeurs Berthelot et Lemieux.

Sonia Dubé, Ph.D.

est titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières et d'un doctorat en psychologie. Elle est professeure au Département des sciences de la santé de l'Université du Québec à Rimouski. Ses travaux de recherche portent sur le rapport des familles au contexte de soins de santé. Plus précisément, elle s'intéresse aux enfants et aux parents dans leur rapport à la santé et au contexte de soins ainsi qu'aux pratiques professionnelles, les relations parents-professionnels et les relations parents-enfants, à la participation des parents aux soins, au développement de l'enfant ainsi qu'aux enjeux entourant la parentalité et les politiques à l'endroit de ces familles.

Diane Dubeau, Ph.D.

est professeure au Département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais depuis 1991. Elle détient un doctorat de l'Université du Québec à Montréal en psychologie du développement. Depuis trente ans, ses travaux de recherche portent sur la paternité sous différents angles d'analyse : le rôle plus spécifique des pères sur le développement des enfants, les réalités de pères vivant en contextes de vulnérabilité (pauvreté, milieu carcéral), l'intervention auprès des pères et l'évaluation de ces interventions qui leur sont destinés. Ces travaux plus récents s'intéressent à mieux comprendre les enjeux de l'expérience paternelle liée à la séparation conjugale.

Karine Dubois-Comtois, Ph.D.

est professeure titulaire au Département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières et chercheure régulière du CEIDEF et directrice du GRIN. Elle est également chercheure au Centre de recherche du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Myriam Emery, M.Sc.

est assistante de recherche et intervenante – projets mobilisateurs à l'Office Municipal d'Habitation de Trois-Rivières. Elle s'intéresse aux pratiques communautaires.

Angela Esquivel, Ph.D. (c)

est candidate au doctorat en psychologie, profil recherche, concentration en études familiales à l'Université du Québec à Trois-Rivières et est assistante de recherche au CEIDEF pour le projet Expériences Adoptions. Ses intérêts de recherche axés notamment sur les pratiques parentales et le développement de la relation parent-enfant l'amènent à développer particulièrement une expertise en adoption internationale.

Claude-Alexandre Fournier

est ingénieur de formation puis psychologue du développement. Assistant, puis maître-assistant aux Universités de Genève et Lausanne, il travaille dans le même temps en psychiatrie adulte. Actuellement, il est le responsable de la recherche en santé de la Haute école de Santé de la HES-SO Valais-Wallis (Suisse). Il a cocréé, avec la Haute École de Travail Social, l'axe de recherche interdisciplinaire « âges et relations intergénérationnelles ». Il a créé et est responsable d'une structure de recherche *Indiscipliné*, hébergé à l'édhéa (Haute École d'Art du Valais) qui fait dialoguer de manière « indisciplinaire » l'art et les autres domaines présents au sein de la HES-SO Valais-Wallis. Claude-Alexandre est aussi formateur à la Haute École Pédagogique des cantons de Berne, du Jura et de Neuchâtel (Suisse). Il y enseigne la psychologie du développement et l'écriture des pratiques à la Haute École de Santé.

Mathieu Gagné

est stratège-conseil à La Boite de Comm, stratégie et production à Montréal, Québec.

Jean-Pierre Gagnier, Ph.D.

est professeur retraité au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et chercheur au CEIDEF. Ses recherches portent sur les enjeux cliniques, éthiques et organisationnels reliés au soutien à la pratique professionnelle. Il a contribué activement à la création d'un doctorat interdisciplinaire en études familiales et au déploiement de nouvelles modalités de supervision de groupe. Il agit régulièrement comme formateur et consultant dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Raymonde Gagnon, Ph.D.

est sage-femme, professeure titulaire au Département sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières et chercheure régulière au CEIDEF. Détentrice d'une maîtrise en santé communautaire et d'un doctorat en sciences humaines appliquées. Elle est aussi membre de l'Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec. Tout au long de sa carrière, elle a œuvré à développer des approches visant à offrir des services respectueux et à l'écoute des besoins des femmes et des familles durant la période périnatale. Ses travaux de recherche

portent notamment sur l'expérience de grossesse et d'accouchement ainsi que sur les pratiques professionnelles.

Julia Garon-Bissonnette

est étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, boursière de la Bourse d'études supérieures du Canada Joseph-Armand-Bombardier (CRSH) et assistante de recherche au projet STEP. Ses recherches portent sur la transition à la parentalité chez les adultes ayant été exposés à des événements de vie difficiles au cours de leur enfance, sur le développement de leurs enfants ainsi que leurs interactions avec ces derniers. Elle s'intéresse plus particulièrement aux facteurs de protection psychologiques susceptibles de contribuer à limiter les répercussions intergénérationnelles de la maltraitance, notamment la mentalisation.

Patricia Germain, inf. Ph.D.

est professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières et chercheure régulière au CEIDEF. Elle est infirmière en pédiatrie. Elle a travaillé au CHU Ste-Justine à la clinique de santé internationale. Elle a aussi travaillé sur le terrain dans différents orphelinats à l'étranger. Ses projets de recherche portent sur l'adoption internationale et le développement de l'enfant.

Christine Gervais, Ph.D.

est professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais. Chercheure au *Centre d'études et de recherche en intervention familiale (CÉRIF)*. Elle s'intéresse à l'expérience et aux représentations des enfants de différents enjeux qui les concernent. Ses travaux portent sur la santé des enfants et de leur famille, ainsi que sur développement et à l'évaluation d'intervention et de programmes visant l'amélioration des services offerts aux familles.

Erica Goupil, Ph.D. (c)

est sage-femme à la Maison de naissance de la Rivière du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CIUSSS-MCQ). Dès ses études, elle s'initie au monde de la recherche en travaillant comme auxiliaire de recherche, engagement qu'elle poursuit en travaillant occasionnellement comme assistante de recherche auprès de l'équipe du CEIDEF. En 2016, elle concrétise son désir d'approfondir ses connaissances et sa compréhension du devenir parent en entreprenant un doctorat en psychologie, profil recherche concentration en études familiales, à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Son projet de thèse porte sur l'étude du phénomène de l'accompagnement au développement de la parentalité en contexte de suivi sage-femme.

Rebecca Heinisch

originnaire des États-Unis, est diplômée de l'Université de Sherbrooke en enseignement primaire et préscolaire. En 2004, Rebecca Heinisch a écrit le livre *Anna et la mer* afin d'aider des enfants dont un membre de la famille souffre de trouble de santé mentale. En 2006, elle a fondé *Anna et la mer* un organisme communautaire offrant divers programmes pour favoriser notamment la résilience de ces jeunes âgés de 7 à 17 ans. En 2007, elle a créé le programme *Les Ateliers Anna* pour les 7-12 ans. Elle a agi comme directrice de l'organisme de 2006 à 2020.

Marco lus, Ph.D.

est un enseignant-chercheur au Laboratoire de recherche et d'intervention en éducation familiale du Département de philosophie, sociologie, pédagogie et psychologie appliquée de l'Université de Padoue en Italie.

Carl Lacharité, Ph.D.

est psychologue, professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et chercheur au CEIDEF, au Groupe de recherche et d'intervention auprès des enfants vulnérables et négligés (GRIN) et à l'Institut universitaire Jeunes en difficulté. Tout au long de sa carrière, il a œuvré à développer des manières respectueuses et éthiques de travailler avec des familles en grande détresse, et ce, à partir de divers contextes institutionnels (protection de l'enfance, prévention psychosociale, action communautaire, etc.). Ses travaux ont été publiés dans plusieurs revues internationales et servent actuellement de fondements au développement des services intégrés face à la négligence envers les enfants au Québec, en Europe et au Brésil. Il est aussi étroitement impliqué dans le développement d'innovations sociales visant à valoriser la place des pères dans les services auprès des enfants et des familles et à développer des pratiques d'action communautaire auprès des familles.

Marie Lacombe, Ph.D.

est conseillère en périnatalité et est professeure retraitée de l'Université du Québec à Rimouski. Ces principaux travaux s'intéressent à la relation affective dans le contexte de l'allaitement maternel selon le modèle de Bell et de ses collègues en tenant compte de l'anxiété de la mère ou des symptômes dépressifs maternels. Ces intérêts de recherche portent sur la sensibilité maternelle dans le contexte de l'allaitement maternel, la perception de la mère du tempérament de l'enfant, la dépression postnatale, la relation parent(s) -enfant, la transition à la parentalité ainsi que la perception des infirmières de leur pratique auprès des mères allaitantes.

Vicky Lafantaisie, Ph.D.

est professeure au Département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais. Elle s'intéresse à la manière dont les situations de négligence et de vulnérabilité sont comprises et traitées à l'intérieur et autour des différentes organisations de services (CISSS, organismes communautaires, écoles, services de garde). Une de ses préoccupations porte sur la représentation des personnes concernées dans la recherche. Ses travaux souhaitent contribuer au développement de pratiques participatives et anti-oppressives en recherche, en enseignement et en intervention.

Julie Lefebvre, Ph.D.

est psychologue, professeure agrégée au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, chercheure régulière au CEIDEF et au Centre international de criminologie comparée (CICC). Elle pratique à titre de psychologue, notamment auprès d'une clientèle présentant des difficultés relationnelles et également de personnes ayant un trouble de la personnalité. Ses travaux de recherche, réalisés en collaboration avec des milieux de pratique, portent sur l'intervention auprès des enfants dont un parent est atteint d'un trouble de santé mentale, de même que sur la violence conjugale ou familiale.

Roxanne Lemieux, Ph.D.

est professeure en santé mentale au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières et chercheure régulière au CEIDEF. Comme psychologue clinicienne, son expertise consiste en l'évaluation et l'offre de psychothérapies à des

enfants, adolescents et adultes ayant vécu des traumatismes interpersonnels. Ses travaux de recherche portent sur la transition à la parentalité et le développement de la relation parent-enfant, au sein des familles touchées par les traumatismes au cours de l'enfance. Elle s'intéresse aussi au développement de pratiques sensibles aux traumatismes dans le contexte des soins et services en périnatalité. Elle codirige le programme STEP avec le professeur Berthelot.

Aurore Mainpin

est psychologue, titulaire d'un doctorat en psychologie et chercheure associée au Laboratoire de psychologie de l'Université de Franche-Comté en France.

Marie-Josée Martel, Ph.D.

est professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières, chercheure associée au centre de recherche du CHU Sainte-Justine et chercheure régulière au CEIDEF. Elle détient une maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Montréal de même qu'un doctorat en sciences cliniques à l'Université de Sherbrooke. Son mémoire de maîtrise portait sur l'impact d'un programme de formation en soins de développement auprès des infirmières de l'unité néonatale. Quant au sujet de sa thèse, il portait sur l'établissement de la relation parent-enfant à l'unité néonatale. Elle a œuvré comme infirmière au CHU Sainte-Justine de 1993 à 2002 à titre d'infirmière clinicienne puis comme infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie.

Paola Milani, Ph.D.

est professeure titulaire d'Education Familiale à l'Université de Padoue en Italie, a été professeure invitée à l'Université de Fribourg, en Suisse. Elle est membre expert de l'Observatoire national de l'Enfance et de l'Adolescence et dirige le Laboratoire de Recherche et d'Intervention en Education Familiale. Elle est également responsable nationale du programme d'intervention P.I.P.P.I., avec le Ministère du Travail et Politiques Sociales pour les années 2011-2021, qui a gagné l'*European Social Network Award 2019* dans la section *Methods and Tools*. À partir de 2019, elle est nommée représentant italien dans l'action COST de la Commission européenne, The European Family Support Network. Elle est autrice de 250 publications scientifiques, tant au niveau national qu'international.

Marianne Modak

est professeure honoraire à la Haute école de travail social et de la santé de Lausanne en Suisse.

Andrea Petrella, Ph.D.

est chercheure postdoctorale et fait partie du Laboratoire de recherche et d'intervention en éducation familiale du Département de philosophie, sociologie, pédagogie et psychologie appliquée de l'Université de Padoue en Italie.

Hanny Rasmussen

est consultante en développement communautaire et gestion. Elle a occupé les postes de co-coordonnatrice du projet AGORA et responsable du développement des pratiques d'action communautaire autonome Famille au sein de la Fédération québécoise des organismes communautaires Famille. Elle a participé à la création et à la co-écriture de la Trousse de référence et d'animation sur l'action communautaire Famille. Dans le cadre du projet AGORA, elle a participé au développement de la formation « Vulnérabilités et Familles, défis rencontrés à l'exercice de nos responsabilités ». Elle fait partie de l'équipe

d'animation. Pendant 17 ans, elle a occupé le poste de directrice générale de la Maison des Familles de la Baie au Saguenay Lac-Saint-Jean au Québec.

Francesca Santello, Ph.D.

est chercheure postdoctorale et fait partie du Laboratoire de recherche et d'intervention en éducation familiale du Département de philosophie, sociologie, pédagogie et psychologie appliquée de l'Université de Padoue en Italie.

Karine Sauvé, Ps.Éd., Ph.D. (c)

est psychoéducatrice et candidate au doctorat en psychologie, profil recherche, concentration en études familiales à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle est chargée de cours à l'Université du Québec en Outaouais dans les départements de sciences infirmières, de psychoéducation et de psychologie. Dans le cadre de son doctorat, elle s'intéresse particulièrement aux dimensions personnelles et familiales de la conciliation famille-travail et au soutien des familles. Elle souhaite garder « le vécu des familles » au cœur de ses intérêts, et ce, autant dans les milieux de l'enseignement aux futurs intervenants, que dans le monde de la recherche s'intéressant aux familles.

Sara Serbati, Ph.D.

est enseignante-chercheure au Laboratoire de recherche et d'intervention en éducation familiale du Département de philosophie, sociologie, pédagogie et psychologie appliquée de l'Université de Padoue en Italie.

Gilles Séraphin

est professeur des Universités en sciences de l'éducation et de la formation à Université de Paris Nanterre., directeur du Centre de recherches Education et Formation et rédacteur en chef de la revue « Recherches Familiales »

François Thiffault

est étudiant au doctorat au Département de psychologie, profil recherche, à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Sarah Tourigny

est étudiante à la maîtrise en psychoéducation à l'Université du Québec en Outaouais. Elle s'intéresse à la participation des enfants dans les interventions psychosociales. Elle se préoccupe notamment de l'implication et l'engagement des personnes concernées par les thématiques étudiées de manière à leur permettre de jouer un rôle actif dans la définition et la compréhension de la problématique vécue. Elle souhaite que les projets de recherche auxquels elle prend part puissent avoir un impact social et participer au développement de pratiques inclusives, participatives et centrées sur le sujet, et ce, tant en recherche qu'en intervention.

Raymond Villeneuve

est directeur général du Regroupement pour la Valorisation de la Paternité (RVP), et partenaire du CEIDEF.

Chantal Zaouche Gaudron

est professeure de psychologie de l'enfant et responsable scientifique de groupe « Bébé, petite Enfance en Contextes » à l'Université de Toulouse II, Jean-Jaurès en France.

PROGRAMME
2131

PROFIL
RECHERCHE

Doctorat en psychologie

CONCENTRATION

Études familiales

La concentration en études familiales permet aux étudiants provenant de milieux différents de se rencontrer afin de faire progresser les connaissances sur la famille québécoise dans un contexte d'ouverture aux autres disciplines.

plus de détails à www.uqtr.ca/programme

PROGRAMME
0831



Études familiales

programme court
de 3^e cycle

UQTR

plus de détails à www.uqtr.ca/programme

Ce programme court a été conçu dans le but de faciliter son accès aux **professionnels** déjà actifs sur le marché du travail.

Les cours sont donnés selon des modalités d'enseignement s'appuyant sur des cours intensifs et des cours en conférence web.

PROGRAMME
UNIQUE

0744

programme court
de 2^e cycle

UQTR

Pratique participative

en **intervention psychosociale**

Ce programme court propose une synthèse théorique et clinique de plusieurs approches d'interventions qui s'intéressent à la participation des personnes dans le cadre des services sociaux et des soins qu'elles reçoivent.

plus de détails à www.uqtr.ca/fc.pratiquedeparticipative

UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières