

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
FRANCE TANGUAY

LES PROFESSIONNELLES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES  
SOCIAUX ET LEUR ENGAGEMENT À L'ÉGARD DES BESOINS DES JEUNES  
PARENTS DANS LE CONTEXTE DE LA PÉRINATALITÉ

DÉCEMBRE 2012

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (Ph.D.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LES PROFESSIONNELLES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES  
SOCIAUX ET LEUR ENGAGEMENT À L'ÉGARD DES BESOINS DES JEUNES  
PARENTS DANS LE CONTEXTE DE LA PÉRINATALITÉ

PAR  
FRANCE TANGUAY

Carl Lacharité, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jean-Pierre Gagnier, président du jury

Université du Québec à Trois-Rivières

Stéphane Morin, évaluateur

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle  
et en troubles envahissants du développement de la  
Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire

Mara Santos da Silva, évaluatrice externe

Université fédérale de Rio Grande, Brésil

Thèse soutenue le 29 juin 2012

## Sommaire

Les différentes catégories de professionnelles<sup>1</sup> du secteur de la santé et des services sociaux œuvrant auprès de jeunes parents sont confrontées à des situations devant lesquelles elles se sentent démunies quant à la meilleure façon d'y répondre, notamment en raison de la complexité des besoins de ces derniers. Les besoins nombreux et complexes, l'anxiété causée par des situations qui comportent une menace potentielle, les limites de temps avec lesquelles les intervenantes et les gestionnaires doivent composer et l'investissement personnel considérable de chacune ont suscité des réflexions qui ont conduit à des changements à l'égard des soins, des interventions et de la prise de décision. Le but de ce projet consiste à décrire et à analyser l'expérience d'engagement des professionnelles œuvrant dans les centres de santé et de services sociaux auprès de jeunes parents dans le contexte de l'offre de services en périnatalité. Cette description et cette analyse se fondent sur la perception que ces professionnelles ont, premièrement, à l'égard des processus de négociation, de participation et d'évaluation entre elles, au sein de leur équipe de travail. Deuxièmement, la description et l'analyse proposées se basent sur l'estimation des moyens nécessaires pour permettre à ces professionnelles de jouer adéquatement leur rôle auprès des jeunes parents. L'utilisation d'un cadre théorique et de ses différents concepts, en particulier le modèle

---

<sup>1</sup> En raison de la forte proportion de femmes qui évoluent dans ce secteur de services, autant pour les personnes qui les reçoivent (les mères) que pour les professionnelles qui les rendent, le féminin sera utilisé tout au long de cette thèse. C'est aussi le cas pour les participantes à cette étude. Ces termes incluent également le masculin. De plus, le terme « intervenante » est utilisé pour désigner les personnes qui rendent des services directement aux familles et le terme « gestionnaire » est employé pour désigner les personnes responsables de leur encadrement. Le terme « professionnelle » est utilisé pour désigner ces deux catégories de personnes de façon globale.

de Neufel et ses collaborateurs (2006), permet d'élaborer une représentation tout en facilitant la synthèse des données fondées sur la perception des participantes à l'étude. Pour décrire et analyser l'expérience de l'engagement telle qu'elle est perçue par les professionnelles, les situations ou les phénomènes sociaux sont abordés dans leur contexte naturel et la chercheuse se positionne comme étant engagée dans ce contexte. Sa fonction consiste à faciliter la découverte et la compréhension de l'expérience des participantes. L'analyse de cette expérience vécue, de la perception du rôle professionnel et de l'environnement de travail vise ultimement à acquérir de nouvelles connaissances, à soutenir les professionnelles œuvrant dans le champ de la périnatalité et à influencer la transformation de l'organisation des soins et des services dans ce secteur. Ainsi, cette recherche-action s'appuie sur une méthode narrative basée notamment sur des entretiens individuels et collectifs ainsi que sur la réalisation de cartes conceptuelles et de schémas collectifs. La région participante est couverte par l'Agence régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches et compte deux sites, c'est-à-dire deux centres de santé et de services sociaux. Deux équipes, l'une de sept participantes et l'autre de neuf, des intervenantes et gestionnaires ont participé à cette démarche de recherche-action. Les résultats sont validés par l'utilisation de quatre critères : la validité du processus, la validité des résultats, la validité démocratique et la validité catalytique. L'expérience avec les deux groupes permet de représenter le processus d'engagement avec les moyens déployés, les changements perçus et les contradictions tout en renforçant le sentiment d'appartenance des membres de l'équipe. En outre, elle permet de cibler les difficultés vécues et de proposer des pistes de solutions susceptibles

d'engendrer un changement positif. Les implications théoriques et pratiques sont discutées au dernier chapitre.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures .....	x
Remerciements.....	xi
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	4
Le champ de la périnatalité .....	6
Les jeunes parents .....	7
L'organisation des soins et des services en périnatalité au Québec.....	9
L'engagement des professionnelles et le milieu de travail .....	20
Les agents stressants .....	23
Les stratégies d'adaptation et le soutien de l'environnement de travail .....	26
Les stratégies personnelles.....	26
Le soutien de l'environnement de travail .....	27
Le stress .....	28
Le modèle théorique retenu .....	31
Bilan du contexte théorique .....	38
Bref rappel de la problématique.....	40
But de la recherche.....	41
Questions de recherche .....	41
La pertinence de cette recherche .....	42

Méthodologie .....	43
La stratégie.....	44
Les modalités utilisées dans la présente étude .....	52
Les participantes et les sites .....	52
Le choix des sites .....	54
La collecte de données .....	54
Le déroulement de la recherche .....	55
Le choix des participantes de chaque site .....	55
Le traitement et l'analyse des données .....	58
La validité des données .....	66
Considérations éthiques .....	69
Résultats .....	70
Participation à la démarche de recherche-action.....	75
Différence entre les philosophies de soins et de traitements .....	76
Reconnaissance de l'identité personnelle et professionnelle et de l'apport respectif pour le fonctionnement de l'équipe.....	78
Développement de l'équipe .....	79
La confiance des membres de l'équipe .....	80
Travail d'équipe .....	80
Discussions sur les besoins de la clientèle .....	81
Rituels dans l'équipe.....	81
Les liens avec les autres services ou les autres organisations.....	82
Perception à l'égard du leadership .....	83



Les changements à la suite du processus d'engagement .....	84
Les changements perçus par l'équipe .....	84
Le processus d'engagement et les contradictions .....	87
Discussion .....	89
L'apport d'un modèle théorique et la conception de l'engagement.....	92
Implications sur les politiques publiques et les pratiques dans un contexte de programme de soins et de services.....	97
Les limites de cette recherche .....	103
Conclusion .....	106
Références .....	111
Appendice A. Guide d'entretien semi-directif centré .....	126
Appendice B. Certificat d'éthique de la recherche .....	130
Appendice C. Schéma du groupe 1 .....	133
Appendice D. Schéma du groupe 2.....	135

## Liste des tableaux

### Tableau

1. Description des participantes .....	53
2. Les convergences dans les expressions adoptées par les participantes dans le groupe 1 et le groupe 2 .....	72
3. Les divergences dans les expressions adoptées par les participantes dans le groupe 1 et le groupe 2 .....	73
4. Liste des thèmes et sous-thèmes identifiés par la chercheure pour les deux groupes .....	74

## Liste des figures

Figure

1. Modèle d'engagement et interaction personne-environnement (Neufel et al., 2006) ..... 36
2. Plan d'analyse des données ..... 64

### **Remerciements**

L'auteure remercie le docteur Carl Lacharité, Ph. D., directeur de recherche, qui a offert son soutien tout au long de sa démarche. Ses commentaires et ses réflexions ont contribué à l'avancement des travaux. L'auteure remercie également le docteur Jean-Pierre Gagnier, Ph. D., qui a proposé des pistes de réflexion des plus pertinentes.

Des remerciements sont adressés à toutes les intervenantes, à toutes les gestionnaires et à la responsable du programme *Soins et services intégrés en périnatalité et petite enfance* de l'Agence régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches.

## Introduction

Au cours des dernières décennies, les professionnelles qui œuvrent dans le secteur des soins et des services en périnatalité ont connu de nombreux changements dans leur pratique, tels que la prise en charge, la reconnaissance des besoins psychosociaux et la continuité de soins, et ce, sous l'influence de différents facteurs, notamment l'arrivée des sages-femmes, la progression des connaissances scientifiques et les innovations technologiques. Ces changements ont constitué des sources de stress et ont nécessité l'adoption de mécanismes d'adaptation personnels ainsi que la mise en place de moyens de soutien entre collègues et de mesures de soutien de nature administrative.

Le problème de recherche abordé dans cette thèse se formule ainsi : dans le contexte de ces changements de pratique en périnatalité, comment les intervenantes et les gestionnaires s'engagent-elles auprès des familles? Une telle question soulève des sous-questions. Comment ces professionnelles s'adaptent-elles aux situations de stress vécues dans leur milieu de travail? Quelles principales difficultés vivent-elles dans la réalisation de leur mandat? Quelles stratégies personnelles utilisent-elles pour les surmonter? Quels moyens de soutien leur milieu de travail leur offre-t-il?

Ce document est divisé en quatre chapitres. Le premier chapitre présente le contexte théorique et les différents éléments appuyant le problème soulevé ainsi que la question et les sous-questions de recherche. Le deuxième chapitre présente les choix

méthodologiques sur lesquels s'appuie cette étude et est divisé en deux grandes sections : la justification théorique de l'approche méthodologique retenue et la description de la démarche et des méthodes empiriques utilisées. Le troisième chapitre présente l'analyse des entretiens, les changements perçus et les principaux constats. Le quatrième chapitre présente une discussion des résultats en abordant notamment la façon dont cette étude contribue à de nouveaux apprentissages. Les appendices présentent les deux schémas collectifs.

## **Contexte théorique**



Comment démontrer théoriquement l'importance et la signification d'une situation concrète qui nous interpelle au sujet des professionnelles et de leur organisation de travail?

Du point de vue théorique, l'une des façons d'aborder la question consiste à parler de l'importance de mieux comprendre comment se développent les compétences humaines au travail et quelles sont les bases de la viabilité des organisations (Sandberg, 2000). Le développement des compétences est aujourd'hui devenu un enjeu fondamental. Pour favoriser l'efficacité, les gestionnaires ont besoin de comprendre comment les compétences des intervenantes s'acquièrent au travail. Une autre voie contextualise les difficultés reconnues ou les complications vécues sur le plan de l'expérience des personnes dans l'organisation. Dutton, Worline, Frost et Lilius (2006) parlent de l'inévitable expérience de souffrance et de stress qui fait partie de l'expérience quotidienne de chaque situation professionnelle.

La problématisation sur laquelle les différentes études reposent et l'espace qu'on alloue à la contribution théorique relèvent plus souvent d'une opération de documentation sur la théorie des organisations et la vie des organisations que d'un effort pour conceptualiser l'expérience vécue par les personnes à l'intérieur de ces organisations. Les critères impersonnels de prise de décision et les restrictions de

l'expression des émotions au travail ont longtemps été ignorés dans les théories portant sur les organisations (Weber, 1981). Certaines études qui ont traité les émotions comme une étape vers une sorte d'authenticité personnelle soutiennent que l'expression des émotions au travail contribue au sentiment de bien-être des personnes dans l'organisation du travail (Meyerson, 1994; Mumby & Putnam, 1992).

Pour la présente étude, le secteur de la périnatalité et les différentes politiques qui l'encadrent sont d'abord présentés pour situer le contexte et les conditions auxquels les intervenantes et les gestionnaires sont exposées dans leur rôle professionnel à l'intérieur d'une organisation de services. Par la suite, l'objet de la recherche est documenté et traite de l'adaptation des professionnelles et du milieu de travail. Une description du modèle théorique retenu pour circonscrire cet objet de recherche est donnée. Finalement, le problème et le but de la recherche sont formulés.

### **Le champ de la périnatalité**

Le dispositif de soins et de services en périnatalité au Québec et dans les pays occidentaux est vu comme un système social où interagissent différentes personnes qui, en plus de traiter les problèmes de santé, travaillent à faciliter l'adaptation des individus et de leur famille à l'arrivée du nouvel enfant et à améliorer la qualité de l'environnement dans lequel ils vivent (ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2008). Cette perspective élargie du champ de la périnatalité engage une multitude de personnes dans une grande variété de circonstances et de lieux. Ceux-ci

constituent d'autres champs plus spécifiques à l'intérieur d'un plus grand champ (Bourdieu, 1993). Le traitement des différents problèmes de nature biomédicale n'est qu'une préoccupation parmi d'autres problèmes de nature psychosociale touchant, par exemple, le logement, l'alimentation, la sécurité et le développement de l'enfant ainsi que le revenu de la famille.

Dans ce champ social, il est reconnu que des problèmes de santé ainsi que des problèmes psychosociaux se manifestent plus fréquemment et persistent au sein des familles et de façon plus spécifique, chez les jeunes parents, c'est-à-dire ceux qui sont âgés de moins de 20 ans. Parmi ces problèmes, mentionnons entre autres la prévalence élevée de bébés prématurés et de petit poids à la naissance, particulièrement dans les milieux socioéconomiques défavorisés, la prévalence de problèmes psychosociaux (par exemple : dépression postpartum, consommation de drogues et d'alcool), les problèmes familiaux (par exemple : conflits conjugaux, violence domestique) et des conditions de pauvreté (Boyer et al., 2001; Gouvernement du Québec, Conseil de la santé et du bien-être, 2003).

### **Les jeunes parents**

Le nombre de jeunes parents de moins de 20 ans en attente d'un enfant ou ceux ayant un enfant de moins de cinq ans est aujourd'hui relativement stable au Québec (Statistique Canada, 2009). Historiquement, le taux de grossesse des adolescentes de moins de 20 ans a connu une hausse de 57 % de 1980 à 1992, soit une hausse moyenne

de 4 % par année. De 1992 à 1998, le taux de grossesse des adolescentes âgées de moins de 19 ans est resté stable, soit entre 19 et 20 pour mille adolescentes, avant de diminuer pendant les cinq années suivantes pour s'établir à 16,4 pour mille adolescentes en 2003. De 2003 à 2008, le taux est passé de 16,4 à 13,3 (Statistique Canada). Les grossesses des femmes de moins de 14 ans sont incluses et rapportées à la population féminine de 14 à 17 ans (environ 50 grossesses à la fin des années 1990 comparativement à environ 20 dans les années récentes).

Une proportion de 70 % de ces jeunes parents provient de milieux socioéconomiques défavorisés. Selon Loignon (1996), les jeunes parents sont confrontés aux conséquences suivantes : isolement social, faible scolarité, stress, dépression, habitudes de vie peu compatibles avec l'exercice des responsabilités parentales, conduites parentales maltraitantes.

Dans la même optique, des études menées au Canada et aux États-Unis ont démontré que les jeunes parents, étant les plus susceptibles d'abandonner l'école ou d'atteindre un niveau de scolarisation moins élevé, risquent, par conséquent, de plafonner professionnellement ou de rater des occasions d'emploi, autant de facteurs qui favorisent le recours à l'assistance gouvernementale pour vivre (Tipper, 1997). Bien que certaines jeunes mères puissent bénéficier du soutien de leur famille et de leurs proches, le tableau n'est pas particulièrement réjouissant. Malheureusement, le peu de documentation existant sur la paternité à l'adolescence trace aussi un portrait peu

réjouissant des jeunes pères. Entre autres, Des Rosiers-Lampe et Frappier (1981) soulignent que l'adolescent s'investit peu dans un nouveau rôle de père, un rôle qui lui semble trop lourd (Cardinal, 1999). Ces résultats ont amené une prise de conscience sociale et étatique des difficultés manifestées par les jeunes parents. Cette prise de conscience repose sur des connaissances empiriques de plus en plus détaillées à propos de ces parents. Elle a entraîné des décisions politiques de cibler ces parents à l'intérieur de programmes de prévention et d'intervention.

### **L'organisation des soins et des services en périnatalité au Québec**

Tout en se préoccupant de combler les attentes et les besoins exprimés, les différentes intervenantes œuvrant auprès des jeunes parents ont adapté leur pratique pour répondre à leurs besoins et respecter les recommandations prévues par les politiques et les divers programmes de prévention et d'intervention. Comme les jeunes parents sont fréquemment confrontés à des problèmes préoccupants (par exemple : la prématurité de leur bébé), plusieurs politiques et programmes ont été structurés. D'abord, ils se sont structurés selon le principe des « silos », c'est-à-dire qu'ils se sont isolés à l'intérieur d'un établissement, le plus souvent l'hôpital, pour répondre aux situations plus aiguës avec des équipements technologiques plus développés. Ce principe a conduit à un régime de prise en charge par les établissements. Ensuite, l'importance des besoins psychosociaux et la place de la mère et du père lors de la grossesse et de l'accouchement ont été reconnues, ce qui a conduit à privilégier les liens entre les différentes professionnelles et entre les secteurs de services.

L'approche en silos produit de la discontinuité; les centres hospitaliers ont reconnu ce problème et ont apporté des propositions de solutions en aménageant leur secteur d'obstétrique de façon à améliorer la continuité de soins et de services au moment de l'accouchement. Certains centres hospitaliers ont réaménagé leur secteur d'obstétrique pour améliorer la continuité des soins et des services au moment de l'accouchement.

On a également assisté à l'introduction d'un nouveau groupe professionnel : les sages-femmes. Par ailleurs, d'importants débats stimulés par le mouvement des femmes et du colloque *Accoucher ou se faire accoucher*, tenu en 1981 au Québec, ont donné lieu à des remises en question majeures de certaines pratiques cliniques, surtout médicales. Les ressources communautaires se sont considérablement diversifiées pour offrir les services de relevailles, d'accompagnement et d'entraide. Elles sont reconnues aujourd'hui comme des partenaires indispensables aux familles et au réseau des services de santé et des services sociaux.

La progression des connaissances scientifiques, les innovations technologiques en génétique et en biologie moléculaire ainsi que le dépistage précoce des maladies soulèvent de nombreuses questions éthiques en ce qui a trait à l'eugénisme, aux droits du fœtus et à l'autonomie reproductive des femmes.

Actuellement, la nouvelle politique en périnatalité du Québec 2008-2018 (MSSS, 2008), la complexité des situations de santé, les pressions économiques qui

influencent de plus en plus l'organisation des soins et des services et l'opinion publique incitent les professionnelles de la santé et des services sociaux à se préoccuper de leur pratique auprès des jeunes parents. Cependant, les intervenantes et les gestionnaires de soins et de services ont à résoudre des problèmes cliniques et administratifs plus complexes, exigeant un point de vue plus large et global.

Auparavant, l'organisation des services dans le secteur de la périnatalité était plus souvent étudiée à partir d'un cadre d'analyse qui mettait en interrelation les ressources humaines, la production de services et les besoins des jeunes (Contandriopoulos, 2001). L'idée qu'il faut maintenant cibler les professionnelles à l'intérieur du système de soins si on veut s'assurer qu'elles répondent aux attentes formulées à leur endroit est maintenant largement acceptée partout.

Evans, Barbr et Marmor (1996) soulignent que différents groupes interagissent à l'intérieur du système de soins et des services : les professionnels (médecins, infirmières, psychologues, travailleuses sociales et intervenantes communautaires), les gestionnaires, les planificateurs et, bien sûr, la population. Chaque groupe se caractérise par sa vision spécifique à l'égard de l'organisation des soins et des services, par la façon dont il conçoit la santé, la maladie et ses déterminants, et par le volume et la nature des ressources qu'il maîtrise.

À l'intérieur de l'organisation des soins et des services, on retrouve le secteur de la périnatalité. Ce secteur est abordé comme un champ, et ce, sous l'influence de d'autres champs plus vastes : le monde politique, l'État, le monde économique, le monde de l'éducation. À ce sujet, Bourdieu (1993) parle des champs comme de petits mondes qui correspondent à des compartiments de la société. Ce sont des espaces de relations organisées en fonction de certains enjeux qui leur sont propres. Cela peut conduire à de la domination ou à des conflits, mais également à des alliances et à de la collaboration. Chaque champ a cependant une certaine autonomie et possède ses propres règles de logique interne. Ce sont des champs de forces, comme dans un jeu d'échecs, où les individus agissent en fonction de leur position respective.

Le champ de la périnatalité est habité par divers systèmes sociaux, chacun étant régi par sa propre logique : les intervenantes de différentes catégories ou de divers ordres professionnels, les administrateurs, la population, les organismes communautaires. En même temps, les coûts des soins et des services augmentent. Les conflits et les enjeux sont analysés à la lumière des divers intérêts sectoriels.

Le champ de la périnatalité au Québec a connu différents changements qui ne sont pas étrangers au mouvement d'humanisation des soins ayant alimenté plusieurs revendications des femmes pour la mise en place de nouvelles façons de répondre à leurs besoins. À cet égard, pensons notamment à l'aménagement de chambres de naissance dans les centres hospitaliers, à la création de services de sages-femmes et à la mise en



place de ressources communautaires spécifiquement destinées au soutien des parents lors de la période périnatale (par exemple : le regroupement provincial Naissance-Renaissance et les centres péri-ressources). Les différents travaux d'innovation sociale réalisés au cours des années 1990 en lien avec la périnatalité, notamment ce qui touche le programme Naître égaux - Grandir en santé (Gouvernement du Québec, 1997), ont surtout permis de mettre l'accent sur les difficultés de collaboration et de concertation des acteurs, entre autres sur le plan des activités cliniques. On rapporte souvent des conflits existant à l'intérieur des différents groupes, entre les médecins et les infirmières, entre les médecins et les autres professionnelles, entre les activités cliniques et les activités communautaires.

Pour répondre aux besoins du secteur de la périnatalité, les organisations de services ont soutenu l'implantation de différents programmes. À la fin des années 1960, tout était en place pour l'application de modèles de services globaux qui ont évolué rapidement sous l'influence de nombreux efforts de développement. C'est dans le sillage du mouvement pro-avortement qu'une législation est apparue. Les programmes de services intégrés existent depuis la fin des années 1980 au Québec et au Canada; les organisations ont adopté une approche plus large, en ajoutant des services éducatifs, sociaux et de loisirs, des soins prénatals et obstétricaux à ceux qu'elles offraient initialement. La multiplication des organismes offrant ces services a incité le ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation, des Loisirs et des Sports et le

ministère du Travail à adopter des mesures pour unifier, rendre plus efficace et coordonner les efforts.

En raison de l'influence des différentes pressions énumérées précédemment, les concepts d'intégration de services et d'intégration opérationnelle ou clinique sont proposés (Shortell, Gillies, & Anderson, 1994). L'intégration est un processus qui vise à mettre en place un système de coordination entre des acteurs autonomes et interdépendants, c'est-à-dire entre des acteurs qui interagissent en permanence selon des stratégies de coopération et de concurrence de façon à créer un système d'incitation propre à promouvoir la coopération, et ce, même si elle n'est pas le produit d'une création délibérée et qu'elle obéit à des règles, ou mieux, à des régularités qui ne sont pas explicitées et codifiées (Bourdieu & Wacquant, 1992). Tout processus d'intégration implique l'existence de représentations et de valeurs partagées (accord sur les buts et sur la philosophie de l'intervention). Ces représentations et ces valeurs sont nécessaires pour que le projet soit reconnu comme légitime par les différents acteurs (Bourdieu, 1993; Contandriopoulos, 2001).

L'intégration clinique dans le champ de la périnatalité passe par l'intégration des médecins et des autres professionnelles; les principaux groupes concernés par l'intégration sont les professionnelles des différents établissements publics et les intervenantes communautaires (Buono & Bowditch, 1989; Haspelagh & Jemison, 1991). Toujours dans le contexte des services intégrés et de l'intégration des équipes cliniques,

Shortell et ses collaborateurs (1994) proposent d'appuyer et de renforcer les modalités de collaboration entre les différents professionnels (médecins, infirmières et autres intervenantes) qui participent aux changements et, ainsi, de faciliter l'adoption de nouvelles modalités de pratique. Plusieurs travaux rapportent que la confiance entre les acteurs est un ingrédient fondamental à l'établissement de liens plus forts entre les individus et qu'elle favorise les différents échanges dans un contexte d'intégration (Barber, 1983; Coleman, 1990; Luhmann, 1979; Ring & Van de Ven, 1994).

Le concept d'intégration a été avancé par Shortell et ses collaborateurs (1994). L'intégration des professionnelles ou l'intégration clinique est le nouveau défi des différents groupes devant la complexité des situations qui prévalent au sein des organisations de santé pour répondre aux besoins de santé et aux besoins psychosociaux (Denis, Lamothe, Langley, & Valette, 1999; Shortell et al.,). En faisant le tour, on constate chez les chercheurs que le mot « intégration » est le dernier d'une longue suite. Auparavant, les mots « association » et « alliance » étaient plutôt utilisés. Par la suite, avec les termes « collaboration », « concertation » et « participation », l'attention s'est déplacée vers les relations entre les membres d'une même organisation. Les expressions « multidisciplinarité » et « interdisciplinarité » ont aussi fait leur apparition dans les discours scientifique et professionnel (D'Amour, 1997). Il est possible de constater des proximités sémantiques entre des concepts utilisés à des intervalles d'une vingtaine d'années. C'est le cas des concepts de consultation, de concertation et de partenariat, largement employés il y a 20 ans (Kernaghan, 1993). Derrière ces mutations, on perçoit

une volonté de rapprochement des professionnelles de la santé et une préoccupation à l'égard de ce qu'elles vivent et non pas seulement une focalisation sur des groupes ou des institutions.

Revenons à l'organisation des soins et des services en périnatalité et à l'intégration. Sachant que l'intégration est un processus qui vise à mettre en place la coordination entre professionnelles autonomes et interdépendantes, le programme Naître égaux - Grandir en santé (1997), un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité, a été créé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Plus récemment, soit en 2004, ce ministère publiait un document soutenant l'implantation d'un programme de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, le programme SIPPE. Le service vise à offrir un soutien intensif et continu aux jeunes parents vivant en contexte de vulnérabilité par des visites à domicile et la création d'environnements favorables, et ce, dès la douzième semaine de grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait cinq ans. Les buts sont de favoriser le développement optimal des enfants, de soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle, de diminuer les situations d'abus, de négligence et de violence à l'endroit des enfants et d'en prévenir la transmission intergénérationnelle. Ce service s'inscrit dans la continuité du programme Naître égaux - Grandir en santé et du programme de soutien aux jeunes parents en difficulté (Gouvernement du Québec, PSJP, 2002).

Le service SIPPE s'inspire du modèle écologique et propose une offre de services basée sur des interventions individuelles auprès des mères ainsi que des actions auprès des familles, de la communauté et de l'environnement global. Avec ce service, plusieurs acteurs sont mobilisés : les familles, les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les établissements et les professionnelles du réseau de la santé, les organismes communautaires, les centres de la petite enfance (CPE), les municipalités et les écoles. Les objectifs du service consistent à intervenir précocement auprès des mères et des familles en vue de diminuer la mortalité et la morbidité chez ces dernières et chez les enfants, à favoriser le développement optimal des enfants, à améliorer les conditions de vie des familles et à diminuer les problèmes sociaux, dont les abus et la négligence des enfants.

Le service comporte deux volets : l'accompagnement des familles et la création d'environnements favorables selon une perspective visant à favoriser et à renforcer le pouvoir d'agir des personnes et des communautés. Les dimensions du rôle vécues souvent rapportées par des intervenantes œuvrant dans ce programme sont complexes : l'incompréhension de certains aspects de son rôle dans l'organisation ou avec d'autres professionnelles, le rôle conflictuel, la maîtrise de son travail, les différentes méthodes, la relation avec l'autorité, le surplus de travail, le processus de décision rapide ou complexe, le cheminement de carrière et le changement de poste (Tremblay, 2006).

Différents aspects du travail à l'intérieur du SIPPE constituent des sources de stress pour les intervenantes telles que la pression institutionnelle pour l'atteinte des objectifs du programme, la complexité des besoins des familles cibles, l'intensité requise dans l'intervention intensive individuelle, de groupe ou à domicile, les problèmes de communication et les conflits en équipe, les conflits à l'intérieur du groupe et entre les différents groupes professionnels (Tremblay, 2006). Selon Tremblay, les interventions auprès des familles qui sont mises de l'avant par ce service ne s'apprennent pas à l'université ni dans les formations de base au collégial ou à l'université. Ce travail s'apprend à partir des expériences de vie et dans l'action. Les connaissances et les compétences acquises au cours de la formation jouent un rôle essentiel dans l'intervention, à condition d'être transformées, modifiées en profondeur.

Tremblay (2006) souligne que les intervenantes parlent de choc ressenti et elles observent que les systèmes de valeurs s'affrontent, les points de repère deviennent flous. Cette réactivité se produit chaque fois que l'intervenante est exposée à des situations, des expériences familiales, des façons d'être et d'agir très éloignées de sa propre expérience de travail et de vie. L'intervention intensive est très exigeante, tant pour les familles qui craignent une prise de contrôle de leur vie par les établissements de services que pour les intervenantes qui, dans ce contexte, tentent d'établir et de maintenir une relation de confiance. Elles peuvent être tentées de remettre en question cette intensité lorsque des difficultés surviennent.

Tremblay (2006) rapporte aussi que les équipes multidisciplinaires expriment le besoin d'un plus grand soutien clinique afin de pouvoir échanger, s'aider, se conforter et mieux s'outiller pour accomplir leur travail. Au chapitre des bons coups, notons la conception d'outils et la mise en place de nouveaux mécanismes pour améliorer les liens entre les composantes du programme. Les intervenantes expriment un soulagement lorsqu'elles révèlent leurs inquiétudes, leurs impasses, leurs bons coups. En partageant les expériences vécues avec une équipe de professionnelles de différentes disciplines, elles peuvent se familiariser avec de nouvelles approches, de nouvelles stratégies d'intervention. Les équipes ont besoin d'exister en tant que groupe et non en tant que collection d'individus accomplissant une tâche. En outre, le partage d'expériences permet de mieux accroître l'expertise.

En résumé, le champ de la périnatalité est un système organisé de soins et de services composé de différentes intervenantes et gestionnaires pour répondre aux besoins des jeunes. On y retrouve des politiques et des programmes qui influencent l'ajout de ressources, la mise en place de mécanismes de coordination, des déplacements du lieu d'intervention, la reconnaissance de certains groupes, la mise en branle de processus de réaménagement des pratiques, le rôle et les interactions avec des règles et des normes. Voilà les conditions auxquelles les professionnelles de la santé et les autres intervenantes sont exposées au quotidien. Jusqu'à maintenant, les préoccupations dans les organisations de services ont surtout été centrées sur la disponibilité et l'adéquation des ressources humaines et la qualité de la production de services.

### **L'engagement des professionnelles et le milieu de travail**

La section précédente visait à décrire la situation dans laquelle se retrouvent les professionnelles œuvrant auprès des jeunes parents lors de la période périnatale. Cette section présente le type de défis que ces professionnelles doivent relever et l'expérience qu'elles vivent. Cette analyse se base sur un cadre théorique mettant notamment l'accent sur les concepts d'agent stressant, d'état de stress et d'engagement.

Quand la demande du travail est trop grande sur les plans quantitatif et qualitatif, un individu peut perdre la maîtrise de son travail et perdre l'estime des autres. Cette situation peut conduire à une diminution des compétences. Par exemple, la professionnelle peut devenir anxieuse et irritable lorsque, au cours d'une première expérience clinique, elle doit utiliser une technologie complexe tandis que la personne qui reçoit des soins subit des complications. Cet état d'esprit peut altérer son jugement et interférer avec ses habiletés lors du processus de prise de décision.

Il est évident que les personnes vivent des expériences de stress et de détresse inhérentes à leur travail. Qu'est-ce qui cause ce genre de difficultés dans l'environnement de travail? Comment se manifeste le stress chez les individus? Quels sont les principaux mécanismes d'adaptation utilisés pour surmonter ce stress?

Déjà, dès la fin des années 1970, on se préoccupait de la relation entre les professionnelles et les environnements de travail. Plusieurs chercheurs (Akerboom &



Maes, 2006; Alvarado, 2000; Curran, 2005; Elliot & Eisdorfer, 1982; Hays, All, Mannahan, Cuaderes, & Wallace, 2006; Jansen, Kerkstra, Abu-Saad, & Van der Zee, 1996; Kissner, 1999; Lallement et al., 2011, Lindholm, 2006; Lloyd & King, 2001; Lyall, Vachon, & Rogers, 1976; Marshall, Kasman, & Cape 1982; McCarthy, 2000; Pegel, 2002; Pottage, 1996; Shirey, 2006; Sirratt, 2001; Sundin, Bildt, Lisspers, Hochwalder, & Setterlind, 2006; Tasto, 1977; Van der Doef & Maes, 1999, pour n'en nommer que quelques-uns) ont aussi mené des recherches sur la relation entre le stress et le milieu de travail dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Plusieurs études ont ciblé un ou des petits groupes d'intervenantes dans le secteur de la santé et des services sociaux en tenant compte du contexte de travail :

- Lyall, Vachon et Rogers (1976) ont documenté le stress des infirmières dans une unité de soins palliatifs;
- Davantage en lien avec le contexte des soins périnataux, Marshall, Kasman et Cape (1982) ont décrit les professionnels dans une unité de soins intensifs néonataux;
- Jansen et ses collaborateurs (1996) ont analysé les effets des caractéristiques du travail et des caractéristiques individuelles sur la satisfaction au travail chez les infirmières communautaires;
- Pottage (1996) a documenté le stress et la santé mentale chez les travailleuses sociales;

- Kissner (1999) a analysé les demandes du travail et les stress professionnels chez les travailleuses sociales;
- Van der Doef et Maes (1999) ont produit une revue de la documentation : la demande, la maîtrise du travail et le soutien pour un bien-être psychologique, une revue qui a recensé 20 ans de recherche empirique;
- Alvarado (2000) a documenté la perception de bien-être psychologique chez les professionnelles en pédiatrie;
- Lloyd et King (2001) ont analysé le stress au travail et les intervenantes en sciences humaines;
- Sirratt (2001) a analysé la relation entre les agents stressants au travail et le burnout chez le personnel qui travaille en urgence;
- Pegel (2002) a décrit l'expérience et les stratégies d'adaptation des cliniciennes relativement aux facteurs de stress associés au travail avec les enfants traumatisés;
- Curran (2005) a décrit la relation entre la perception du stress et le burnout chez les infirmières en milieu hospitalier;
- Akerboom et Maes (2006) ont documenté la demande et le contrôle : la contribution des facteurs de risques organisationnels pour l'atteinte d'un bien-être psychologique et les employées des services de santé;
- Hays et ses collaborateurs (2006) ont documenté les stressors rapportés et les stratégies d'adaptation utilisées par le personnel des soins intensifs;

- Lindholm (2006) a analysé les conditions de travail, les ressources psychosociales et le stress au travail chez les infirmières et les médecins occupant des postes de responsabilité;
- Shirey (2006) a élaboré une revue de littérature sur le stress et l'adaptation chez les infirmières-cadres, laquelle revue synthétise deux décades de recherche;
- INSPQ (2010) a présenté un compte-rendu qui aborde la notion de données probantes ou qu'est-ce qui constitue une donnée probante et le travail professionnel;
- Lallement et al. (2011) ont décrit les effets délétères des nouvelles formes d'organisation du travail.

Une synthèse des constats tirés de ces études est présentée dans les prochaines sections.

### **Les agents stressants**

Les différentes recherches permettent de constater qu'en plus de composer avec différents problèmes de santé qui évoluent continuellement, les professionnelles de la santé sont aux prises avec d'autres agents stressants environnementaux qui influencent leur quotidien, dont le rôle professionnel et l'environnement de travail. Par exemple, différentes difficultés sont liées aux divers rôles du médecin, de l'infirmière, de la psychologue, de l'intervenante sociale ou communautaire; chaque profession comporte une part d'expérience unique et une part des difficultés communes, comme la surcharge de travail et les conflits de rôle.

Le stress associé au rôle peut créer de l'insatisfaction au travail. Beehr et Bhagat (1995) et Kahn, Wolfe, Quinn et Snoek (1981) ont décrit les six principaux stress associés au rôle professionnel :

*Les conflits de rôle.* Ils surviennent quand il existe deux ou plusieurs messages contradictoires sur le rôle spécifique. Plus l'individu est dépendant des autres dans son rôle, plus des signes de tension s'installent et les risques de conflit augmentent.

*L'ambiguïté du rôle.* Elle est le résultat d'une information insuffisante ou imprévue si le rôle n'est pas clairement défini, surtout quand plusieurs catégories de professionnelles interviennent.

*La surcharge de travail.* Elle correspond à la quantité et à la variété de différents rôles (enseignement, clinique et administratif).

*La non-participation.* Elle réfère aux situations où la personne n'est pas incluse dans les décisions influençant son rôle.

*Le manque de contrôle.* Le manque de contrôle sur son temps et ses activités implique que la professionnelle n'exerce aucune maîtrise sur son environnement. Cette dimension fait aussi référence à la perception d'autorité chez les autres professionnelles.

Par exemple, les infirmières se trouvent sous l'autorité des médecins et des administrateurs.

*La sous-utilisation des habiletés.* Elle fait référence au fait que l'expertise de la personne n'est pas considérée. L'avènement des données probantes, leur signification, leur institutionnalisation et leur place dans les processus délibératifs, leur implication dans la production peut refléter une sous-utilisation de l'expérience des intervenants.

D'autres études confirment qu'un grand nombre d'agents stressants émergent de l'environnement de travail. Les principaux contextes de travail documentés sont les salles d'urgence, les soins palliatifs, les soins intensifs et les soins chroniques. Les principales sources de stress recensées sont les problèmes de communication en groupe, la nature de l'unité ou de l'organisation, l'inadéquation des ressources, les problèmes de communication avec les autres membres de l'établissement ou à l'extérieur de l'établissement ou entre les différents spécialistes, les attentes irréalistes de l'organisation, les problèmes de communication avec les secteurs administratifs, la définition inadaptée de l'autorité et des responsabilités, l'inadéquation du programme d'orientation et de formation (Akerboom & Maes, 2006; Alvarado, 2000; Curran, 2005; Hays et al., 2006; Jansen et al., 1996; Lindholm, 2006; Lloyd & King, 2001; Shirey, 2006; Sirratt, 2001; Sundin et al., 2006; Van der Doef & Maes, 1999). Ces recherches sont menées dans des contextes précis, c'est-à-dire sur une unité ou sur un service spécifique. Aucune recherche n'a été menée sur la clientèle en périnatalité avec les

jeunes parents ou dans un contexte de soins et de services intégrés, ou encore dans un secteur comme la périnatalité.

Les principales manifestations de stress relié au rôle professionnel et à l'environnement de travail documentées sont divisées en trois catégories : physiques, psychologiques et comportementales. Les symptômes majeurs de stress sont la sensation de dépression, la culpabilité et la peine, les conflits avec le personnel, les conflits maritaux et avec la famille, l'irritabilité, la frustration, l'insécurité, le surinvestissement ou le sous-investissement, l'hypertension, la maladie de Crohn, les symptômes cardiaques, les migraines, les ulcères, l'anorexie, les maux de tête sévères et le burnout. Les manifestations comportementales sont associées à l'anxiété et à l'insécurité à l'égard du processus de décision, aux conflits avec les collègues, à la tendance à blâmer les autres collègues, au développement de cliques, aux rivalités et aux tensions, aux erreurs de jugement (Akerboom & Maes, 2006; Curran, 2005; Jenkins & Calhoun, 1991; Pegel, 2002; Sundin et al., 2006; Thompson, McNamara, & Hoyle, 1997; Vachon, 1987; Van der Doef & Maes, 1999).

### **Les stratégies d'adaptation et le soutien de l'environnement de travail**

**Les stratégies personnelles.** Il existe une quantité phénoménale d'études sur l'adaptation. Selon Lazarus et Folkman (1984), l'adaptation réfère à des efforts cognitifs et comportementaux pour aider à gérer, tolérer ou réduire les demandes internes et externes et les conflits sous-jacents. Les efforts d'adaptation servent à gérer la relation

entre la personne et l'environnement qui induit la source de stress ou à aider à réguler les émotions suscitées. Les principales stratégies recensées sont les techniques d'approche par résolution de problèmes, la philosophie d'équipe, les sentiments de compétence, de contrôle et de plaisir au travail, la maîtrise des aspects de sa pratique, la gestion du style de vie, une philosophie personnelle sur la santé, sur son rôle professionnel et le sens de l'humour (Akerboom & Maes, 2006; Allison, 2004; Hays et al., 2006; Jansen et al., 1996; Kissner, 1999; Lindholm, 2006; Lloyd & King, 2001; McCarthy, 2000; Moore, Höfer, McGee, & Ring, 2005; Patenaude & Brabant, 2006; Pegel, 2002; Shirey, 2006; Sundin et al., 2006; Van der Doef & Maes, 1999).

**Le soutien de l'environnement de travail.** Les principales sources de soutien recensées, provenant du milieu de travail, résident dans une philosophie d'équipe construite et soutenante, la sélection du personnel et les politiques de sélection, les règles administratives, les collègues au travail, le processus de prise de décision lors de situations critiques, les programmes d'orientation et d'éducation, la flexibilité, le soutien du groupe et favoriser la collaboration entre chercheurs, cliniciens et décideurs cliniques et reconnaître que c'est nécessaire pour produire des changements systémiques. (Akerboom & Maes, 2006; Hays et al., 2006; INSPQ, 2010; Jansen et al., 1996; Lindholm, 2006; Shirey, 2006; Sundin et al., 2006, Van der Doef & Maes, 1999).

L'adaptation des personnes et le soutien de l'environnement de travail dans le domaine de la santé et des services sociaux sont documentés depuis la fin des années

1970. Les principaux agents stressants sont regroupés en deux catégories : ceux qui sont liés au rôle professionnel et ceux qui relèvent plutôt de l'environnement de travail. Différentes recherches ont documenté les stratégies personnelles et les moyens de soutien offerts par le milieu. Aucune de ces recherches n'a été menée auprès des groupes d'intervenantes en périnatalité. Pourtant, dans leur pratique au quotidien, elles vivent des situations de stress touchant l'environnement de travail. C'est l'angle d'exploration qui sera privilégié afin de documenter la situation des intervenantes qui œuvrent dans les milieux de soins et de services de santé et sociaux.

### **Le stress**

Le concept de stress est probablement l'un des plus étudiés dans la littérature des sciences de la vie et des sciences humaines. Différents termes sont utilisés par les chercheurs pour discuter du processus de stress. Pratt et Barling (1988) décrivent les agents stressants comme un stimulus ou un événement vécu par les individus. Par ailleurs, le stress est subjectif; il s'agit d'une expérience consciente d'un environnement stressant qui suscite une tension, une réponse à un agent stressant inadaptée psychologiquement, physiquement et sur le plan comportemental. Cette terminologie est adoptée et l'agent stressant correspond à la demande du travail.

Plusieurs théories du stress semblent pertinentes. Ces théories correspondent à différents courants en psychologie : « coping » d'adaptation (Lazarus & Folkman, 1984), pensée constructive (Epstein & Meier, 1989), habiletés politiques



(Ferris, Perrewé, Anthony, & Gilmore, 2000), empowerment (Spreitzer, 1995), intelligence et succès (Sternberg, 1997, 1999), initiative personnelle (Fay & Frese, 2001), résolution de problèmes (Sinnott, 1989), « Person-Environment Fit » (French, Caplan, & Van Harrison, 1982). Ces modèles présentent différents points communs (Kahana, 1982) :

- a) présence d'un dommage associé à un stimulus;
- b) déclenchement d'un ensemble de réponses psychologiques par le stimulus;
- c) un certain nombre de conséquences qui affectent le bien-être de l'individu.

Les travaux sur le stress et l'adaptation ont entre autres ciblé les caractéristiques de la personnalité pour établir la relation entre l'agent stressant et la tension (Cooper, Dewe, & O'Driscoll, 2001). Ces caractéristiques peuvent affecter la perception de la population ou l'appréciation des stimuli (Cohen & Edwards, 1989). Si le stimulus est perçu comme une atteinte à l'état de bien-être, il peut provoquer des expériences négatives (Cooper et al., 2001). Alternativement, les facteurs prédisposants peuvent aussi influencer le choix de la personne et favoriser le développement d'un mécanisme d'adaptation efficace utilisé pour contrer l'impact négatif des agents stressants (Bolger & Zuckerman, 1995). Les études ont démontré des effets modérés des caractéristiques de la personnalité sur la relation entre le stress et le milieu de travail.

Ces dernières années, l'attention s'est dirigée sur la façon qu'ont les personnes de s'adapter émotionnellement sur leurs comportements à l'égard de leur environnement de

travail. Cette attention est souvent mise en relation avec le fait que la nature du travail est changeante et que la vitesse des changements est croissante. Nouvelles technologies, restructurations organisationnelles, globalisation, rôles flexibles, perte de la position d'autorité, obligation de composer plus souvent avec les organisations politiques sont quelques exemples de manifestations de l'évolution du monde du travail (Cooper & Richardson, 1986; Howard, 1995; Schabracq, 2003).

Une théorie sur le stress souvent utilisée repose sur le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984). Ce modèle permet d'observer et d'analyser le stress sous les angles physiologique, psychologique et comportemental. Il met l'accent sur les mécanismes psychologiques et cognitifs et sur l'adaptation aux événements stressants (Cooper et al., 2001). Folkman et Lazarus (1980) parlent d'un processus secondaire. Ils distinguent deux fonctions d'adaptation : résolution du problème et émotions. Dans une perspective de résolution du problème, la personne tend à rectifier le déséquilibre entre l'environnement en agissant directement sur le stressor. Dans une perspective plus émotive, la personne tente de réguler ses émotions qui résultent du stressor pour changer la réalité de la situation stressante. L'individu est donc constamment en réponse et doit agir avec l'environnement. Le stress sera bénéfique ou non à l'individu selon la perception qu'il en a et selon le processus d'adaptation subséquent. Cette théorie fait appel à des concepts qui visent à traduire les manifestations et les mécanismes d'adaptation.

Finalement, les agents stressants, le stress et les mécanismes d'adaptation peuvent être vus dans une perspective systémique qui met la personne en relation avec son environnement (Antonovsky, 1979; Lumsden, 1981). Connaître l'environnement peut aider à bien comprendre les réactions de la personne.

### **Le modèle théorique retenu**

Auparavant, Lewin (1935) reconnaissait que l'interaction entre la personne et l'environnement était considérée comme un facteur critique pour obtenir une compréhension complète de l'individu. À peu près en même temps, les behavioristes ont examiné les facteurs environnementaux pour expliquer les comportements individuels. Ils argumentaient en disant que les comportements peuvent être expliqués, prédits et modifiés si les mécanismes environnementaux et les mécanismes sous-jacents aux influences environnementales sont connus (Conyne & Clack, 1981). Leurs efforts ont permis de découvrir que l'environnement peut affecter les comportements. Ces principes sont éprouvés et adoptés dans l'élaboration de divers modèles conceptuels des relations entre la personne et son environnement. Cette interaction entre les humains et leur environnement socioculturel a donc pris place dans différentes disciplines en psychologie : environnement, développement, facteurs humains, industrie, organisation et société et même sciences sociales (anthropologie, travail social et sociologie).

Le modèle Person-Environment Fit (PEF) est souvent utilisé pour décrire l'interaction entre les demandes du travail et les différences individuelles. Il est donc

raisonnable de croire que ce modèle peut être utile pour conceptualiser les notions de stress et d'adaptation au travail. Il fait appel à différents concepts, dont ceux de la théorie de Folkman et Lazarus (1980) sur les mécanismes de « coping » pour surmonter le stress.

Schneider (2001), un des leaders en recherche sur le modèle PEF, a observé que ce modèle constitue un concept de plus en plus répandu en psychologie. Ce modèle se trouve à la croisée de plusieurs théories en psychologie, soit la théorie de l'interaction (Lewin, 1951), la théorie de l'attraction-sélection-attribution (Schneider, 1987) et la théorie du comportement professionnel (Holland, 1973, 1997).

Il existe une grande variété de sous-modèles issus du PEF. Ils sont caractérisés par l'existence de deux grandes classes de correspondance entre la personne et le travail (Edwards, 1991; Kristof, 1996; Rounds & Tracey, 1990). Une première classe concerne le désir des employés et la prestation de travail. Les désirs des employés sont caractérisés par des buts, des besoins, des valeurs, des intérêts et des préférences. Ces concepts peuvent être distingués sur le plan théorique parce qu'ils réfèrent aux attraits des variations dans les attributs du travail.

La deuxième classe de correspondance entre la personne et le travail concerne la relation entre les habiletés des personnes et les demandes du travail. Les habiletés peuvent être opérationnalisées par l'éducation, l'expérience et les aptitudes. Les

demandes de l'environnement réfèrent au climat de travail, à la charge de travail, aux habiletés requises et aux besoins de la tâche.

Plusieurs sous-modèles reprennent les portions de la théorie de l'ajustement au travail (Brousseau, 1983; Gati, 1998; Warr, 1994). Bien que le modèle PEF implique un processus de développement, plusieurs modèles mettent l'accent sur les aspects relativement stables de la personne et de l'environnement pour déterminer l'ajustement. Rounds et Tracey (1990) décrivent un processus dynamique qui évolue avec le temps. Plus récemment, la théorie de Holland (1996, 1997) a inspiré un large éventail de sous-modèles. Robitschek, Smith et Goldstein (2000) ont reconnu des limitations au potentiel du modèle de Holland de refléter le processus d'interaction entre la personne et l'environnement. La théorie de Holland propose que les personnes entrent dans un environnement parce qu'elles ont une personnalité et des intérêts similaires à ceux des autres et parce que l'environnement est satisfaisant. Si la congruence entre la personne et l'environnement n'existe pas, il est préférable que la personne change d'environnement. Essentiellement, les travaux de Holland ont misé sur une meilleure compréhension des différents aspects de la personnalité de l'individu et les environnements de travail. Ses travaux ont apporté une contribution notable sur la congruence ou le « fit » entre la personne et l'environnement.

Plusieurs études ont ciblé la relation entre les désirs des individus et l'offre de l'employeur. Seulement quelques études ont abordé les habiletés des personnes et les

demandes de l'environnement. La satisfaction au travail est plus souvent étudiée comme un résultat, et le stress des personnes est souvent relégué au second rang. La théorie de l'ajustement au travail a fourni des indices qui peuvent aider à mieux connaître la satisfaction au travail et les différents attributs. Camp et Chartrand (1992) ont recensé treize variations de catégories utilisées avec la théorie de Holland; ils réfèrent à des indices de congruence. Subséquemment à Camp et Chartrand, l'analyse de Brown et Gore (1994) a permis de développer un index de congruence supplémentaire. Cependant, la teneur de ces indices donne des renseignements directs. Ces indices peuvent toutefois ne pas tenir compte de tous les renseignements. Ainsi, on constate qu'il existe une longue histoire derrière la notion de PEF. Schneider (2001) note que peu de recherches soutiennent le lien entre le PEF et les résultats attendus. L'un des problèmes avec le PEF réside dans le fait que la plupart des recherches reconnaissent peu l'interface dynamique entre la personne et l'environnement. Dans cette ligne de pensée, le PEF représente une limitation inhérente à la théorie de Holland pour l'incapacité à refléter le processus complexe des interactions.

Plusieurs courants de pensée sont fondés sur l'interaction entre les humains et l'environnement socioculturel. Selon Rasmussen et al. (2003) et Wright et Lopez (2002), les derniers courants en psychologie indiquent le besoin de s'appuyer sur un modèle d'interaction personne-environnement pour rendre compte des forces et des ressources environnementales.

Moos et Scheafer (1986) a développé un modèle conceptuel intégré et relate la procédure pour comprendre la dynamique de l'environnement. Il s'agit d'un modèle socio écologique de l'adaptation des humains. Dans cette perspective, le système environnemental est composé d'agents stressants et de ressources sociales dans des environnements de vie différents, incluant l'école, la famille et le travail. Le système personnel est composé des caractéristiques démographiques de la personne et des ressources personnelles qui correspondent à l'estime de soi, à l'habileté cognitive et à l'habileté à résoudre des problèmes. Les crises de la vie, les transitions et les facteurs personnels et environnementaux peuvent affecter l'appréciation cognitive et les réponses d'adaptation.

Le modèle de Moos est bidirectionnel. Il se compose de trois dimensions de l'environnement : la dimension de rapport, la croissance personnelle ou la dimension des buts ainsi que l'orientation et le système de maintenance. Les résultats dépendent de l'accent mis sur les trois dimensions.

Wright et Lopez (2002), quant à eux, postulent que l'environnement est un ensemble de caractéristiques auxquelles la personne est exposée, une toile de fond sur laquelle elle évolue. Cette conceptualisation met peu en lumière la réflexion de la personne. Alors que la théorie de Moos amplifie la notion statique de « fit », Wright et Lopez, eux, l'incorporent dans une dynamique de l'environnement. Leur modèle est positionné dans une approche positive de la psychologie et met effectivement en lumière le

besoin de considérer les forces de la personne et les ressources de l'environnement. Pour offrir une solide fondation au modèle d'interaction « personne-environnement », l'environnement est conceptualisé avec un ensemble de variables physiques et sociales. Neufel et al. (2006) proposent une alternative au modèle de Wright et Lopez (Figure 1). Ils ajoutent le concept d'engagement comme force médiatrice à l'unité personne-environnement et les résultats provenant de l'interaction. L'engagement est la qualité de la relation entre la personne et son environnement de travail s'appuyant sur des processus de négociation, de participation et d'évaluation durant l'interaction. Les travaux de Gallup Organization conduits par Buckingham et Coffman (1999) ainsi que par Harter, Schmidt et Hayes (2002) confirment empiriquement ce modèle.

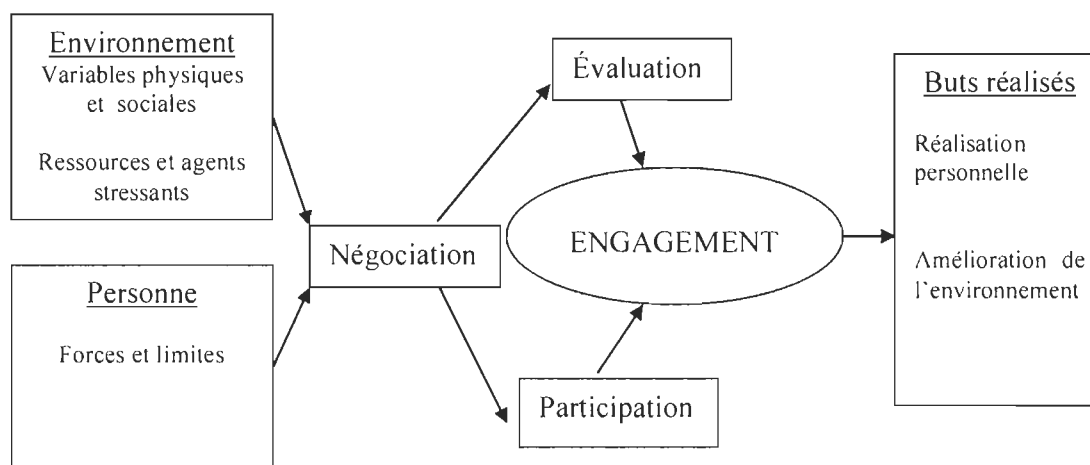


Figure 1. Modèle d'engagement et interaction personne-environnement (Neufel et al., 2006).

Ainsi, les composantes du concept d'engagement de la personne à l'égard de son environnement de travail sont la négociation, la participation et l'évaluation. La négociation intervient dans l'interaction entre la personne et l'environnement pour que



les individus s'adaptent entre eux. Il s'agit du concept le plus près du modèle traditionnel PEF. Les occasions sont multiples pour faire valoir les forces de l'individu et les ressources de l'environnement qui agissent en interaction (Snyder & Lopez, 2002).

La participation correspond au degré d'interaction positive entre une personne et son environnement dans les domaines physique et psychologique. La gratitude et les autres signes reflètent la participation de l'environnement. Sur le plan physique, la participation de la personne se traduit par la connaissance de l'environnement.

L'évaluation constitue le point final de l'interaction. Elle correspond à l'appréciation bidirectionnelle de soi et des autres dans l'unité. Elle peut représenter le degré d'atteinte de l'ajustement entre la personne et son environnement (négociation) aussi bien que la qualité de la participation de l'individu.

L'atteinte des buts réfère d'abord aux résultats positifs associés à l'interaction entre la personne et son environnement de travail. Ce modèle précise que le degré d'engagement et l'interaction sont influencés directement par l'atteinte des buts individuels, comme l'avancement personnel et la capacité de réaliser un travail, et par le contexte qui correspond à l'amélioration de l'environnement reconnu et à l'engagement de la communauté.

L'application de ce modèle permet de conceptualiser la personne dans son environnement, d'investiguer les construits psychologiques qui entrent en jeu dans cette interaction et, par conséquent, contribue à une meilleure compréhension des personnes et de leur environnement.

### **Bilan du contexte théorique**

Le champ de la périnatalité est un système organisé d'intervenantes préoccupées par la réponse aux besoins des mères et des pères et des enfants auxquels ils donnent naissance. Ces intervenantes sont exposées à différentes conditions reliées au champ social de la périnatalité. Elles sont confrontées à des agents stressants liés à leur rôle professionnel et à leur environnement de travail. Devant ces stressors, elles développent des mécanismes d'adaptation personnels, tandis que leur milieu de travail offre en général des moyens de soutien.

Au début, les travaux sur le stress et l'adaptation ont surtout ciblé les caractéristiques de la personnalité (Cooper et al., 2001). Plus tard, l'attention s'est dirigée sur l'adaptation émotionnelle et comportementale des personnes. Une des théories sur le stress les plus souvent utilisées repose sur le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984). Ce modèle met l'accent sur les mécanismes psychologiques et cognitifs et sur l'adaptation aux événements stressants (Cooper et al.).

L'interaction entre la personne et l'environnement est de plus en plus reconnue comme un facteur critique pour obtenir une compréhension plus complète de l'individu. Des chercheurs issus de différentes disciplines considèrent de plus en plus les facteurs environnementaux pour expliquer les comportements individuels. Ils soutiennent que les comportements peuvent être expliqués, prédits et modifiés si les mécanismes environnementaux et les mécanismes sous-jacents aux influences environnementales sont connus (Conyne & Clack, 1981). Ces travaux ont permis de découvrir que l'environnement peut affecter les comportements. Ces principes ont été prouvés et ont été adoptés dans les conceptualisations des relations entre la personne et l'environnement.

Le modèle théorique qui apparaît le plus actuel est le modèle de l'engagement et de l'interaction entre la personne et son environnement de Neufel et al. (2006). Ce modèle permet de cibler les forces et les limites aussi bien que les capacités des intervenants et de leur environnement tout en considérant la perspective du processus d'engagement. À ce jour, il semble que ce modèle n'ait jamais été utilisé pour comprendre l'expérience des intervenantes dans le contexte de la santé et des services sociaux, et en particulier en ce qui concerne les soins et les services auprès des jeunes parents lors de la période périnatale.

### **Bref rappel de la problématique**

Dans le champ de la périnatalité, les nouvelles politiques, l'organisation des soins et des services, la complexité des situations de santé et les pressions économiques incitent les intervenantes à questionner leurs pratiques. Actuellement, elles ont à résoudre des problèmes plus complexes et ne disposent pas de tous les moyens pour apporter des réponses scientifiquement, techniquement et légitimement valables. Ces acteurs institutionnels agissent déjà en interdépendance, ils doivent maintenir l'offre de soins et de services et ainsi répondre à des conditions de globalité et de continuité de soins dans le cadre de programmes de soins et services intégrés (SIPPE, par exemple). Sur le plan individuel, cette situation suscite souvent une expérience de choc, accompagnée d'un affrontement des systèmes de valeurs et d'une perte des points de repère parce que ces personnes sont exposées à des circonstances, des expériences familiales, des façons d'être et d'agir parfois éloignées de leur propre expérience. Elles composent avec des stress personnels et environnementaux qui se traduisent par des manifestations physiques, psychologiques et comportementales. Elles tentent de développer des stratégies d'adaptation personnelles. L'environnement de travail leur offre aussi des moyens de soutien. À la lumière de la question initiale, du bilan du contexte théorique, cette situation amène un questionnement pertinent sur la réalisation d'une démarche de recherche.

### **But de la recherche**

Cette recherche vise à décrire et à analyser l'expérience d'engagement perçue des professionnelles avec la clientèle de jeunes parents dans le contexte de la périnatalité.

### **Questions de recherche**

La question générale de recherche consiste à comprendre la façon dont les professionnelles se représentent leur engagement auprès des jeunes parents dans le contexte de soins et de services intégrés en périnatalité.

Cette question générale peut se décliner en deux questions spécifiques :

1. Comment les processus de négociation, de participation et d'évaluation entre les professionnelles sont-ils perçus?
2. Quelles ressources personnelles et environnementales les professionnelles estiment-elles avoir à leur disposition pour jouer leur rôle adéquatement auprès des jeunes parents qu'elles côtoient?

Pour répondre à ces questions de recherche, pour permettre de comprendre le contexte actuel de l'organisation des soins et des services en périnatalité, la présente étude repose sur une démarche de recherche-action. Cette démarche permet d'analyser les situations dans leur contexte naturel, un contexte à l'intérieur duquel la chercheuse est engagée avec des équipes. En outre, cette recherche vise à découvrir et à comprendre les diverses facettes de l'expérience des intervenantes auprès des jeunes parents. Le

phénomène est considéré dans sa globalité. Le contexte de travail ainsi que les significations individuelles que ces personnes accordent à leur expérience se trouvent au centre de cette démarche.

Le modèle d'engagement de Neufel et al. (2006) sert de cadre heuristique pour explorer les représentations que les intervenantes ont de leurs expériences de travail, que ce soit en équipe ou auprès des jeunes parents.

### **La pertinence de cette recherche**

Pourquoi développer de nouvelles connaissances sur l'engagement des professionnelles en périnatalité dans le cadre de leur travail? Ces connaissances permettront de mieux comprendre ce que les intervenantes vivent dans le contexte de la périnatalité, les principales difficultés auxquelles elles sont confrontées, les différentes stratégies d'adaptation qu'elles utilisent et les moyens de soutien offerts par leur milieu de travail.

En d'autres mots, cette recherche-action permet de saisir la dynamique du travail professionnel de ces intervenantes et contribue à les soutenir à travers la démarche de recherche. En plus, une meilleure compréhension aide à sensibiliser les décideurs à leur dynamique de travail, au rôle des différents groupes et à leurs exigences particulières. Elle facilite ainsi le processus de prise de décision dans l'organisation des soins et des services.

## **Méthodologie**

## **La stratégie**

Ce chapitre présente les choix méthodologiques sur lesquels s'appuie cette étude et est divisé en deux grandes sections : la justification de l'approche théorique retenue et la description de la démarche et des méthodes empiriques retenues.

L'intérêt de décrire et d'expliquer comment les participants réfléchissent sur leur pratique et leur vécu et d'en rendre compte mène à une approche de recherche-action (Anderson & Herr, 2005). La recherche-action se situe au centre de l'approche naturaliste en recherche qualitative, comme l'est le « besoin de comprendre comment les gens vivent et font sens des événements et des phénomènes » (Stringer & Genat, 2004). Il s'agit d'une activité cyclique, dynamique, collaborative et d'un processus au cours duquel les gens abordent les problèmes sociaux qui affectent leur vie. Elle implique un nombre de cycles qui présentent la séquence « observation, réflexion et action ».

Pour les besoins de cette étude et pour des raisons pragmatiques, le terme recherche-action est retenu tel qu'il est généralement utilisé dans toutes les disciplines.

L'action est au centre de la démarche (Stringer, 2007). Pendant le cycle de l'observation, le chercheur prend une variété de sources d'information et construit une



image pour clarifier la nature du problème de recherche. Le chercheur participe aussi aux observations.

La deuxième phase du cycle, soit la pensée ou le stade de réflexion, a lieu quand le chercheur analyse une quantité importante de données. Pour l'analyse des données, les expériences significatives sont identifiées, catégorisées et codées. La troisième phase du cycle est l'agir ou le stade de l'action. Elle est divisée en deux processus : le premier consiste à informer les participants du fait que les données sont bien analysées et que des résultats peuvent en être dégagés. La deuxième partie du processus réside dans l'issue investiguée et la création de solutions pour aborder le problème. Tous les participants contribuent au processus de résolution de problèmes (Stringer & Genat, 2004).

Quoi qu'il en soit, la manière dont le problème est posé, la formulation de la question de recherche et la volonté de tenir compte de la perspective des personnes conduisent à une stratégie de recherche qui s'inscrit dans une approche constructiviste où la collecte des données et l'analyse seront menées avec des méthodes qualitatives.

Le savoir peut être perçu comme un cadre dans lequel il faut soumettre la situation, les participants ou le rapport entre les deux, où le savoir érudit passe au deuxième plan, laissant place aux participants qui s'engagent dans une action. L'action se structure en fonction des intentions des partenaires, tout en déterminant un cadre de recherche visant à établir, dans une situation particulière, la pertinence ici et maintenant (Stringer, 2007).

Les efforts sont concentrés dans le but d'améliorer la qualité de vie des participants ou l'efficacité des organisations. La recherche-action est l'émergence d'une recherche pratique (Anderson & Jones, 2000), un nouveau paradigme de recherche (Reason, 1988) et même l'enseignement de la recherche (Kincheloe, 1991). C'est une suite logique de cadres méthodologiques de quatre générations d'évaluation de programmes (Guba & Lincoln, 1989). Selon Patton (2002), la recherche-action est la dernière venue sur le continuum de la recherche après la recherche de base ou fondamentale, la recherche appliquée, la recherche évaluative et la recherche formative.

En recherche-action, les chercheurs font le sacrifice de la rigueur méthodologique et technique en échange de gains sur le plan de la validité. Le produit de la recherche n'est pas seulement un rapport écrit, il est aussi pratique (par exemple, il jette les bases pour formuler une nouvelle pratique pour les personnes qui œuvrent au sein d'un programme). La recherche est davantage pertinente si elle est menée en collaboration avec les autres qui participent à l'investigation du problème.

L'observation et l'analyse du vécu des participants à une recherche-action se matérialisent de différentes façons. À la base se trouve une perspective narrative. Différents enjeux sont liés à l'utilisation d'une telle perspective. Elle constitue un processus d'autant plus complexe que le chercheur fait partie du processus à titre de chercheur.

Par ailleurs, les méthodes découlant d'une perspective narrative supposent que les observations proviennent de participants impliqués dans les lieux de pratique et qu'ils partagent les données sous forme de récits. Ces récits narratifs révèlent des idées qui précèdent l'action et montrent ce qui arrive lorsqu'on suit telle ou telle idée (Burrell & Hauerwas, 1977).

Quand les personnes ne peuvent exprimer ou traduire en propositions leurs théories pratiques et les images qui les guident, elles peuvent raconter ce qu'elles ont fait et ce qui en résulte pour elles et les autres. Dire de ces narrations qu'elles se rapportent à l'acte, ce n'est pas uniquement affirmer qu'elles sont des comptes rendus dynamiques où des gens agissent, c'est aussi affirmer qu'on se concentre sur les intentions et les motifs d'acteurs particuliers.

Avec les intervenantes de la santé et des services sociaux, on observe deux niveaux de discours. Elles peuvent s'en tenir au langage qui tourne autour du diagnostic ou du problème : c'est le niveau clinique communément appelé « langage de papier ». C'est un discours qui tourne autour du diagnostic plutôt que des personnes à qui il est attribué. Il est souvent plus difficile pour des professionnelles d'aborder une situation avec leurs propres sentiments et sous l'angle de leurs propres difficultés. Cette façon de faire correspond davantage au deuxième niveau de langage et aborde plutôt l'expérience personnelle. L'expérience d'apprentissage en narration réflexive réalisée par Mattingly (1996) aborde le deuxième niveau de langage. Presque tous les narrateurs

racontent des histoires qui captent l'attention des autres et soulèvent des questions déjà abordées lors du premier récit avec le premier niveau de langage. Au début, les personnes adoptent le premier niveau de langage. Par la suite, elles ont tendance à glisser vers le deuxième niveau, celui de l'expérience personnelle, plus en profondeur.

Dire des narrations qu'elles portent sur des expériences, c'est laisser entendre qu'elles présentent les événements sous un angle particulier : elles nous racontent la vie pressentie intérieurement, comme le dit Bettelheim (1977). Les événements sont interprétés comme un passage, un mouvement allant d'une situation initiale à une situation finale, après plusieurs circonvolutions et détours (Mattingly, 1996). Cependant, dire des narrations qu'elles se rapportent à l'acte, ce n'est pas uniquement affirmer qu'on se concentre sur les intentions et les motifs de personnes en particulier; les expériences de narration provoquent la réflexion et stimulent sur le plan intellectuel.

La narration ne fournit pas de rapports psychologiques compliqués sur les intentions de leurs personnages. Par contre, elle renseigne sur les desseins et les buts des acteurs en montrant comment les choses en sont arrivées là. En ce sens, l'enjeu rattaché à la narration est le fait qu'elle constitue un discours moins contrôlé et peut comporter un danger en fonction des responsabilités. Pour quelqu'un qui occupe un poste de responsabilité, l'expérience de partage peut comporter des risques; on ne divulgue pas toujours facilement ses intentions (Mattingly, 1996).

Dans cette recherche, le problème pratique et ce qui sert de cadre pour la narration sont donc une professionnelle et la représentation qu'elle se fait de son vécu. Nous sommes en présence d'une construction décrivant le vécu associé au rôle professionnel à partir de la réflexion de chacune. L'entrevue semi-dirigée auprès des personnes est une variante de la crédibilité accordée à la réflexion dans l'action. Les thèmes ne sont pas communiqués au répondant, ils sont déterminés par l'objectif de la recherche et la problématique à l'étude. Ce cadre peut faciliter la narration tout en permettant l'expression d'anecdotes. Pour chacune des questions et sous-questions, un questionnement spécifique est proposé et permet de cerner les éléments pertinents pour la collecte de données. Ce questionnement se retrouve dans un guide d'entretien; le canevas d'entretien élaboré dans le cadre de la présente étude est décrit plus loin.

L'approche réflexive permet une généralisation pour assurer une compréhension, non pas seulement du vécu individuel, mais du contexte de travail. La réflexion dans l'action en situation dans une dynamique d'équipe peut-elle favoriser une compréhension crédible du vécu d'une équipe? La réflexion sur l'expérience vécue, qu'elle soit individuelle ou interpersonnelle dans le vécu d'une équipe, peut-elle construire une représentation d'un savoir? L'utilisation de la carte conceptuelle proposée par Buzan (1993, 1995) avec l'équipe de professionnelles complète la réflexion sur l'expérience interpersonnelle et le contexte. La carte conceptuelle est utilisée dans différents domaines d'activités, dont l'éducation et la gestion (Jonassen, Bessner, & Yacci, 1993; Lawson., 1994).

La technique de la carte conceptuelle comme moyen pour soutenir la narration réflexive peut prendre deux formes différentes : la première est la technique du « mind mapping » développée par Buzan (1993, 1995), en Grande-Bretagne, et la deuxième est la technique de la carte (« concept mapping ») qui a, pour sa part, été d'abord expérimentée par Novak et Goodwin (1984).

Cette technique peut être considérée comme une méthode permettant de se représenter des idées de façon visuelle et de favoriser, par le recours aux remue-ménages, le processus de l'association libre. C'est en quelque sorte une façon d'avoir accès, sous forme visuelle, à l'information que possède l'individu ou l'équipe pour en stimuler l'expression et l'analyse. Elle permet de susciter de nouvelles idées et de communiquer des idées complexes. Une fois les idées exprimées et reliées, il est alors possible de procéder à une analyse.

La carte conceptuelle s'inscrit dans le développement du courant de la reconnaissance de la pensée complexe (Morin & Pratelli, 1993) et prend en compte le fait que l'époque actuelle est peu adaptée aux schémas linéaires. Les méthodes et les procédés qui permettent de visualiser les connaissances ou les reconnaissances semblent plus appropriés, surtout si l'on reconnaît l'avantage d'adopter une approche systémique plutôt que linéaire. On peut définir cette technique comme un processus structuré, centré sur un thème lié aux intérêts des participants, impliquant une ou plusieurs personnes qui sont amenées à produire une représentation picturale de leurs idées ou concepts et de la

façon dont elles les relient les uns aux autres. Le sens à donner aux concepts ainsi mis de l'avant doit être approfondi ultérieurement par le recours à un axe réflexif.

Cette démarche tient compte du fait que les participants possèdent la capacité de se baser sur leur expérience pour se remémorer divers concepts et en construire de nouveaux par un effort d'analyse et de réflexion. Cette technique s'inscrit parfaitement dans le cadre d'un entretien de groupe. Les avantages de la carte conceptuelle sont de permettre d'accéder de façon plus efficace aux représentations mentales d'un groupe de personnes autour d'un concept-clé. Elle encourage les associations et les connexions entre les idées et les mots qui ne sont pas apparentes, du moins à première vue. Ce mode de fonctionnement capte l'attention de l'auditoire de façon rapide et respectueuse des rythmes de chacun. C'est une façon naturelle d'entrer en contact avec ses pensées et celles des autres quand l'exercice est fait en groupe. Un des inconvénients de la carte conceptuelle telle qu'elle est utilisée en général réside dans le fait qu'elle laisse peu de place aux affects. Elle s'élabore dans un contexte qui peut sembler artificiel et peu propice à l'introspection. Ces limites peuvent être dépassées en bonne partie si l'on prend soin de laisser une place à l'expression de sentiments, de ce qui est ressenti, et en donnant aux participants la possibilité de compléter leur carte de leur propre chef au moment où elles le jugent à propos, tel qu'il est proposé dans une perspective narrative.

Mento, Martinelli et Jones (1999) ont utilisé la carte conceptuelle avec un groupe d'étudiants en gestion et en éducation. Ils ont obtenu des résultats intéressants avec

l'utilisation de la carte conceptuelle développée par Buzan (1995). La représentation de l'affect s'est faite avec l'utilisation de marqueurs et de représentations imagées de différentes émotions au cours des échanges de groupe. Une bonne partie de la réussite repose sur la capacité du chercheur à susciter le rappel. Plusieurs des indications données par les experts dans le domaine portent sur la nécessité de bien cibler le thème central, d'établir un climat favorable auprès des participants, de laisser à chacun l'espace qui lui revient et de laisser aux participants le soin d'interpréter les données recueillies. Les principales limites de cette technique sont qu'elle ne permet pas d'accéder au ressenti profond des personnes, elle concerne surtout l'aspect cognitif de l'expérience. Quand elle se déroule en groupe, il est évident qu'elle couvre les aspects que les participants veulent bien explorer et partager, d'où l'importance de la combiner avec une autre source.

### **Les modalités utilisées dans la présente étude**

#### **Les participantes et les sites**

L'utilisation du terme « participante » correspond au statut et au rôle des personnes interrogées. Les participantes sont engagées activement dans la surveillance et dans le processus de collecte de données. Toutes les participantes affectées par la situation problématique et les issues peuvent s'engager dans la recherche.

Les principales participantes mises à contribution dans la réalisation de l'étude sont les différentes professionnelles de l'équipe locale de soins et de services rattachés au



centre de santé et de services sociaux et, plus particulièrement, dans le service SIPPE : une infirmière, une travailleuse sociale, une nutritionniste, une psychoéducatrice et une gestionnaire. La présente étude a été réalisée avec les professionnelles du service SIPPE, dans la région administrative Chaudière-Appalaches (Tableau 1).

Tableau 1  
*Description des participantes*

Groupe 1	Groupe 2
9 participantes	7 participantes
Deux infirmières	Deux infirmières
Deux travailleuses sociales	Une travailleuse sociale
Une nutritionniste	Une nutritionniste
Un psychoéducateur et une psychoéducatrice	Une psychoéducatrice
Deux gestionnaires	Deux gestionnaires

Les principales règles qui influencent ces intervenantes sont issues du Code des professions du Québec, des protocoles d'actes délégués, des actes médicaux, des protocoles de soins et de services, du code d'éthique des établissements, des règles du service SIPPE et des principales lois régissant les pratiques institutionnelles (Loi sur les services de santé et services sociaux, par exemple), tout en tenant compte des politiques et de l'organisation des soins et des services de périnatalité de la région sociosanitaire Chaudière-Appalaches.

**Le choix des sites.** Les deux sites choisis correspondent à des équipes œuvrant chacune sur un territoire couvert par un centre de santé et de services sociaux (groupe 1 et groupe 2). Ces sites ont été choisis parce qu'ils comptent chacun une équipe rattachée au programme SIPPE (Services intégrés périnatalité et petite enfance) dans la région administrative Chaudière-Appalaches. Ces équipes étaient représentées par différents groupes professionnels qui interviennent auprès des jeunes parents, et leurs membres ont accepté de participer volontairement après avoir été rencontrées et avoir pris connaissance des objectifs de la recherche. Les deux équipes existent depuis au moins cinq ans. Au moment de la période de collecte de données, neuf participantes étaient membres de l'équipe du groupe 1 et sept participantes, de l'équipe du groupe 2. Ces participantes ne travaillent pas nécessairement ensemble depuis la formation de l'équipe; elles se sont ajoutées à différents moments.

### **La collecte de données**

Deux modalités de collecte de l'information sont utilisées pour la cueillette et l'analyse des données : les entretiens individuels et les échanges entre les membres de l'équipe. De plus, un journal de bord a été élaboré tout au long de la démarche.

La première modalité est la conduite d'entretiens individuels avec les intervenantes engagées auprès de la clientèle des jeunes parents ainsi que de la gestionnaire responsable de l'équipe. Ces entretiens donnent de l'information sur la personne, ses forces, son environnement, son engagement en termes de négociation, de participation et

d'évaluation ainsi que sur les résultats attendus des services qu'elle rend (Argyris, 1980; Schön, 1991; Schön & Rein, 1994; St-Arnaud, 1992). Le canevas d'entretien individuel est présenté à l'Appendice A.

La deuxième modalité d'information provient de l'entretien de groupe avec l'élaboration de cartes conceptuelles individuelles et d'une carte conceptuelle collective. Le canevas d'entretien de groupe est présenté à l'Appendice A. Jusqu'à maintenant, l'entretien ouvert, le groupe de rencontre de même que le récit de vie sont les plus souvent utilisés dans le domaine psychosocial. Plusieurs chercheurs ont également recours au groupe nominal, aux techniques Delphi, à l'analyse de contenu et à de nombreuses autres méthodes. On connaît moins l'apport de la carte conceptuelle à l'analyse du vécu dans une perspective narrative.

La troisième modalité d'information repose sur un journal de bord que la chercheuse a tenu tout au long de la démarche avec les deux groupes de participantes. Ce journal consiste en des notes manuscrites souvent ajoutées lors de la transcription des enregistrements des entretiens.

### **Le déroulement de la recherche**

**Le choix des participantes de chaque site.** La première étape a permis d'établir un contact et de négocier avec les personnes clés externes à l'organisation et ainsi d'amorcer le projet de recherche. Il a donc fallu négocier l'entrée dans l'organisation,

puis cibler des participantes intéressées à en savoir plus sur les perspectives inhérentes au fait d'être incluses dans une telle démarche et de participer à une expérience de recherche.

Un premier contact s'est fait avec la responsable régionale du programme SIPPE. Par la suite, la chercheure a communiqué avec les neuf responsables de programmes de chaque centre de santé et de services sociaux de la région. Deux responsables ont accepté d'organiser une rencontre de sensibilisation avec leur équipe. Durant ces deux rencontres, un résumé du projet a été présenté aux professionnelles. Ce résumé mettait l'accent sur les occasions inhérentes à l'analyse de l'expérience professionnelle marquante des participantes, au partage de cette expérience et, ultimement, au développement d'une nouvelle connaissance (Stringer & Genat, 2004). Les commentaires des professionnelles lors de ces rencontres de sensibilisation ont indiqué leur intérêt particulier à l'égard de ces échanges, tout en leur permettant d'exprimer leurs réserves.

Par la suite, un contact a été établi avec une représentante par groupe de professionnelles. Ces représentantes œuvraient soit sur le plan de l'offre de soins ou occupaient des fonctions de coordination, de soutien professionnel ou de gestion. Les entretiens individuels et de groupe ainsi que la réalisation d'une carte conceptuelle individuelle et d'une carte conceptuelle collective ont d'abord été enregistrés sur support

audio. Par la suite, ce matériel a été transcrit sous forme de verbatim et a été codé à l'aide du logiciel N-Vivo.

Dix entretiens individuels d'une durée approximative de 45 minutes chacun pour le premier groupe ont été réalisés. Pour le second groupe, huit entretiens individuels ont été menés.

Les entretiens collectifs avec chaque groupe ont nécessité trois rencontres échelonnées sur une période de six à huit mois. La première rencontre visait à établir le contact et à clarifier les différents aspects de la recherche. Cette rencontre a également été consacrée à la réalisation des cartes conceptuelles individuelles et à l'amorce de la carte collective. Une autorisation écrite (sous forme de formulaire de consentement) a été signée par chacune des participantes à ce moment.

La deuxième rencontre s'est déroulée autour de la réalisation de la carte conceptuelle collective et de sa validation par l'équipe. L'implication de la chercheuse y a été plus grande, et les discussions entre les participantes, plus nombreuses. La troisième rencontre visait à présenter et à valider des thèmes découlant de l'analyse du matériel recueilli dans chaque groupe par la chercheuse et discuter de l'évaluation du processus par les participantes.

### **Le traitement et l'analyse des données**

Comment faire l'analyse et la synthèse des narrations recueillies? Afin de limiter l'aspect subjectif, il devient important de bien rapporter la situation réelle exprimée par les professionnelles concernées afin de rendre le plus explicite ce qu'elles ont vécu (Mucchielli, 1998). Pour s'assurer de bien comprendre la réalité, Legault (1999) et Yin (2003) suggèrent d'utiliser plusieurs sources d'information. Dans le cas de la présente étude, il s'agit des entretiens individuels et de groupe ainsi que du journal de bord de la chercheure.

Moustakas (1994) applique un processus interne qui comporte six phases : engagement initial, immersion, incubation, illumination, explication et production d'une synthèse. Mucchielli et Paillé (2005), quant à eux, parlent d'un exercice combiné de lecture, d'annotation et de reconstitution. Cet examen permet de mettre entre parenthèses les préconceptions et de se situer strictement sur le plan de ce qui se présente, tel qu'il se présente. Selon eux, le principal travail d'écriture est la transcription-traduction (c'est-à-dire l'inscription de l'entretien sous une forme discursive), la transposition-réarrangement (annotation, catégorisation des commentaires, soit le moment où les gestes sont soupesés et reconsidérés) et, finalement, le travail de reconstitution-narration. Le récit est alors articulé autour des catégories d'analyse, d'avenues de compréhension et de pistes d'interprétation.

Toute analyse qualitative passe par une certaine forme de thématisation. C'est le cas de la délimitation des thèmes dans l'analyse phénoménologique (Deschamps, 1993; Giorgi, 1997) ou de la codification initiale dans l'analyse par théorisation ancrée (Charmaz, 1983; Paillé, 1994). Pour ces deux formes d'analyse, la thématisation constitue toutefois une opération préliminaire, leur but ultime se situant au-delà de ce premier objectif. L'analyse thématique proprement dite consiste, quant à elle, à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et à l'examen discursif des thèmes abordés. Dans une analyse thématique, la thématisation, c'est-à-dire la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé en rapport avec la recherche, constitue l'opération centrale du travail de recherche. Elle consiste à procéder au repérage, au regroupement et à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'un verbatim d'entretiens, d'un document ou de notes d'observation (Negura, 2006). Cette recherche est basée sur ce mode d'analyse, car la thématisation sert en fait à permettre aux participantes de compléter leur réflexion avec leurs représentations, leurs conceptions et leur interprétation.

L'analyse thématique n'a pas pour fonction essentielle d'interpréter (contrairement à l'analyse herméneutique), ni de théoriser (contrairement à l'analyse de catégories), ni de dégager l'essence d'une expérience (contrairement à l'analyse phénoménologique). Elle est d'abord et avant tout une méthode servant au relevé et à la synthèse des thèmes présents dans un corpus. Les thèmes dégagés dans l'analyse thématique du matériau

présentent des niveaux d'inférences variables, ce qui peut conduire à se situer aux frontières de l'interprétation et de la théorisation.

L'analyse thématique comporte deux fonctions : une fonction de repérage et une fonction de documentation. La première concerne le travail de saisie de l'ensemble des thèmes d'un corpus. Elle consiste donc à relever tous les thèmes pertinents en lien avec les objectifs de la recherche à l'intérieur du matériau. La deuxième fonction permet de documenter l'importance de certains thèmes au sein de l'ensemble thématique, donc de relever des récurrences et de faire des regroupements.

Dans la présente étude, la démarche de thématisation a été réalisée en deux temps. Un échantillon du corpus est tiré au hasard et analysé dans le but de constituer une fiche thématique ou une liste de thèmes hiérarchisés ou non auxquelles correspondent des définitions qui en permettent l'identification. Ces thèmes sont reliés aux conceptions théoriques présentées dans la problématique. Dans le cas de la présente étude, il a été prévu d'ajouter des thèmes en cours d'analyse de façon limitée; on parle ici de thématisation séquencée.

La constitution de l'arbre thématique concerne le regroupement des thèmes principaux et des sous-thèmes. Il s'agit de documenter les récurrences thématiques et ainsi de dégager les thèmes communs. En d'autres mots, cette démarche consiste à cerner les ressemblances d'un sujet à l'autre, à faire ressortir les points communs des expériences ou des événements



analysés. L'utilisation de rubriques peut se faire par la suite selon une méthode ascendante (des thèmes vers les rubriques). Cette façon de faire assure une plus grande validité, puisque l'accent est mis sur la dénomination plutôt que sur la classification. Par la suite, on peut procéder à la triangulation des données. La validation avec les membres de chaque équipe s'effectue à ce moment.

Dès lors, on passe d'une logique thématique à une logique interprétative : examiner les thèmes, les interroger, les confronter les uns aux autres pour en arriver à l'exercice de discussion. On cherche à faire parler les résultats. Ils sont mis en lien avec des référents théoriques, puis comparés, relativisés ou corroborés avec les participantes à l'étude. Des projections sont effectuées quant aux retombées pratiques ou aux implications stratégiques, et permettent d'apporter des nuances.

Dans le cas du présent travail, les éléments qui sont particulièrement analysés sont l'intervenante et ses forces, l'environnement, l'engagement (négociation, participation et évaluation) et les résultats attendus par la clientèle de jeunes parents. La condensation et la juxtaposition de ces données permettent de regrouper et de dégager des pistes d'analyse des différents processus d'engagement de ces professionnelles dans le contexte des services en périnatalité.

L'utilisation d'un logiciel de type N-Vivo est intéressante pour réaliser une analyse thématique, car ce logiciel comporte des fonctions de repérage et d'extraction. De plus, il permet l'utilisation de thèmes préalablement définis et facilite la thématisation séquencée.

Il faut supposer une grande quantité et une grande diversité de renseignements. La triangulation proposée par Huberman et Miles (1994), par Stake (1995, 2000) et par Yin (2003) est utilisée pour valider les données. Avec l'utilisation du logiciel N-Vivo, les sept entretiens individuels enregistrés pour le groupe 1, les neuf entretiens individuels enregistrés pour le groupe 2 et les trois entretiens de groupes enregistrés pour chaque site sont d'abord transcrits sous forme de textes. Ces textes sont ensuite intégrés dans le logiciel par type d'entretien et par site en prévision de l'organisation des données. Par la suite, différents thèmes ont été dégagés à partir de ce contenu en prévision de leur analyse.

La description est présentée afin de corriger les erreurs ou de cibler les aspects qui auraient été négligés à la fin du premier niveau d'analyse et lors de l'étape de la corroboration, au moment de l'interprétation. La figure 2 présente le plan suivi pour réaliser l'analyse des données.

Les données ont d'abord été analysées en fonction du positionnement individuel des intervenantes selon une approche réflexive. Ce positionnement est établi à partir de questions reliées à une expérience professionnelle marquante. Les entretiens individuels et collectifs permettent l'expression d'une diversité de besoins et de valeurs reliés à

l'expérience. La production du matériel se fait avec trois groupes de besoins : le besoin de dire des mots significatifs, le besoin de silence et le besoin d'écrire ces mots. Denborough (2008) explore cette méthodologie depuis 2005. Cette méthode aide à décrire les besoins, les valeurs et les connaissances que les personnes engagent individuellement pour négocier en période difficile.

Faire appel à une expérience marquante avec les personnes permet de reconnaître que chacune peut vivre une expérience et trouver des forces semblables qu'elle peut partager avec les autres. L'exercice individuel encourage la réflexion personnelle où chacune exprime son vécu, aide à développer un degré de conscience différent et à se positionner dans son rôle professionnel. Laisser à chacune la possibilité de reconnaître les besoins, les valeurs et les connaissances permet d'approfondir ce qui est ressenti et de reconnaître ses propres forces. Cette démarche peut aider à contrer un éventuel sentiment d'isolement (Denborough, 2008).

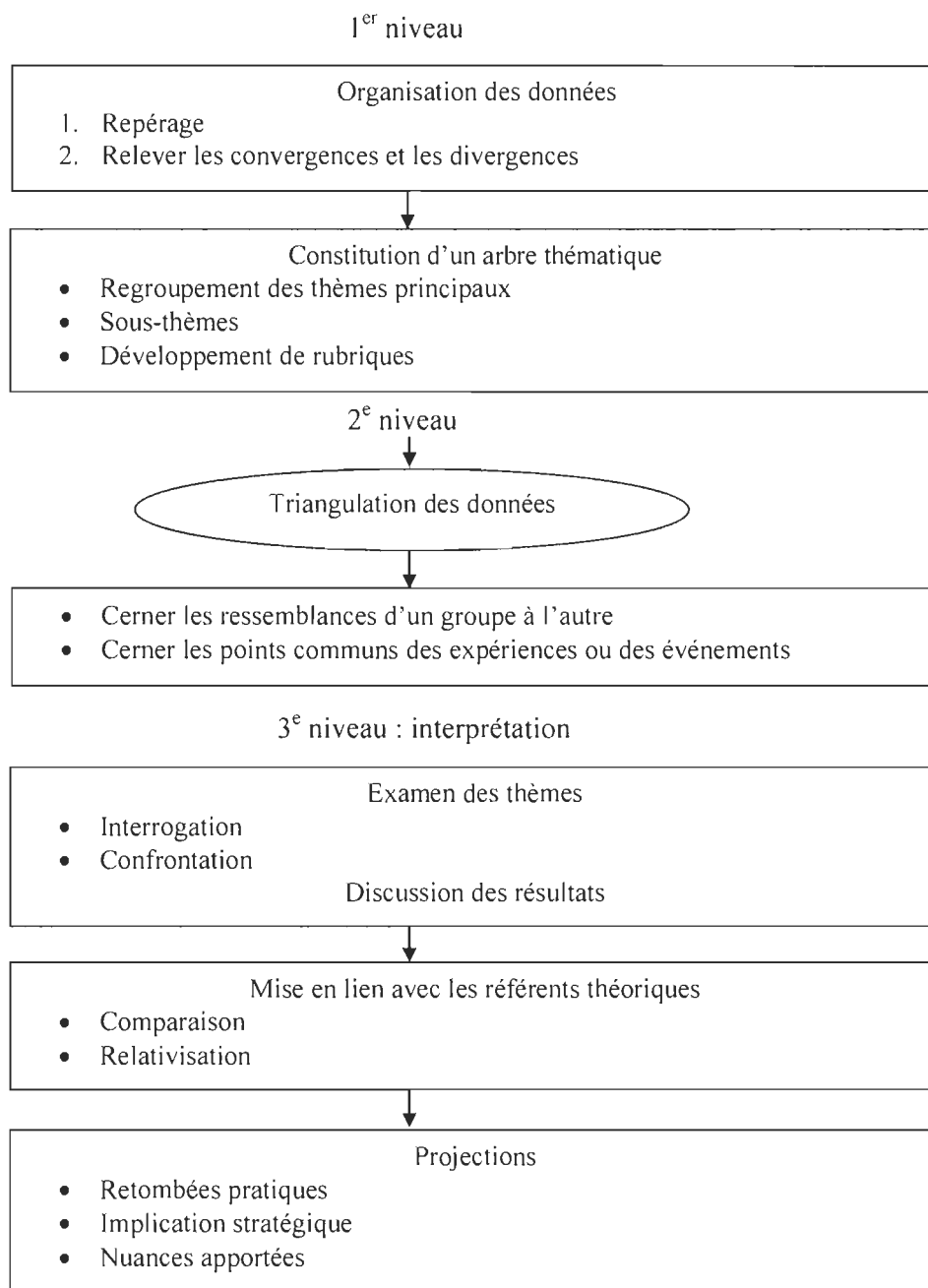


Figure 2. Plan d'analyse des données.

À partir des questions de recherche et des thèmes dégagés lors des entretiens individuels, lesquels thèmes correspondent aux besoins, aux valeurs et à l'histoire individuelle, l'exercice collectif de production d'une carte conceptuelle se déroule en incluant les éléments suivants : un paragraphe d'introduction, un mélange de positions individuelles et de voix collective, l'utilisation de thèmes ou de besoins ciblés par le groupe ou relevés par une ou par plusieurs intervenantes, les histoires racontées, la diversité des expériences, la considération du langage, la vérification, la revérification, les changements apportés et l'appréciation. Ces aspects ont été décrits avec l'utilisation de la narration collective par Denborough (2008) et largement inspirés par des travaux de White (2006).

L'utilisation de la carte conceptuelle collective (Appendices C et D pour une illustration du résultat final des groupes 1 et 2) permet de stimuler l'expression des idées, de susciter de nouvelles idées et de communiquer des idées complexes. Elle permet de faire une représentation picturale des idées des participantes ou des concepts qui relient ces idées les unes aux autres. Encourager les associations, les regroupements entre les mots et les idées est une façon naturelle d'entrer en contact les uns avec les autres. Les témoignages d'affection et les sentiments sont exprimés tout au long des entretiens de groupe. Chacune s'exprime, se sent reconnue et devient plus consciente de son apport au sein de l'équipe. Le matériau produit permet d'évoquer les difficultés, les limites et, en même temps, est riche de la reconnaissance des besoins, des valeurs et des connaissances.

Quand le document est finalisé, on passe du processus d'écriture au rituel oral. Selon Myerhoff (1982) et White (1999), il s'agit d'une occasion de produire « la cérémonie » pouvant avoir un impact sur l'identité professionnelle des participantes. Ce cérémonial est différent d'un contexte à l'autre. En reconnaissant les besoins et les moyens de gérer les situations difficiles, ce cérémonial de « re-telling » de l'exercice collectif peut donner un sens de communauté. Ce rituel, qui provient de chacun, peut donner un sens de continuation (Bellah, Madsen, Sullivan, Swidler, & Tipton, 1985). White (2006) décrit la signification que les individus donnent au fait de développer une mémoire des situations marquantes incluant les moyens mis en œuvre. Une demi-mémoire permet seulement de raconter les événements et leurs effets et non de décrire les moyens déployés. Ce rituel peut aussi contribuer à restaurer une pratique locale de connaissance et devient un antidote à l'imposition des connaissances externes.

### **La validité des données**

Le premier critère de scientificité en recherche-action réfère à la validité du processus, qui demande que l'extension du problème soit encadrée et réglée de telle sorte qu'elle permette d'apprendre quelque chose sur les participantes et sur le système. La validité des résultats dépend d'un processus; si le processus est superficiel, les résultats le reflètent. Jacobson (1997) emploie le terme « intégrité ». L'intégrité est la qualité de l'action qui émerge de la qualité des données sur lesquelles l'action est basée. Devant la question de savoir ce qui constitue une preuve pour soutenir les propos et au sujet de la qualité de la relation avec les participantes, la notion de triangulation ou

l'inclusion de multiples méthodes est privilégiée. Dans cette recherche, les entretiens individuels et collectifs, les cartes conceptuelles individuelles et collectives et le journal de bord de la chercheure représentent plus d'une source de données.

Le deuxième critère correspond à la validité des résultats. Le test de la mesure dans laquelle l'action se déroule mène à une résolution du problème qui conduit à l'étude. La chercheure doit utiliser des compétences, tant sur le plan des procédures de recherche que sur celui du déplacement des participantes, vers l'action et les résultats. Cette recherche conduit à la résolution d'un problème qui concerne l'engagement des professionnelles dans le contexte de la périnatalité.

Le troisième critère est la validité démocratique qui renvoie à la mesure dans laquelle la recherche est faite en collaboration avec toutes les parties qui ont un intérêt à l'égard du problème à l'étude. Cette recherche est réalisée en collaboration et les multiples points de vue et les intérêts matériels sont pris en compte.

La validité catalytique est le degré auquel le processus de recherche se concentre et dynamise les participantes vers la connaissance de la réalité afin de la transformer. Les recherches les plus porteuses d'action sont celles dans lesquelles le chercheur observe une spirale de changements dans ses propres conceptions et dans celles des participants. Dans le cas de la présente étude, des conceptions nouvelles ont émergé des deux groupes et des pistes de changements ont été abordées.

Dans la recherche universitaire, la validité de dialogue est suivie à travers une forme d'examen par les pairs. D'autres chercheurs suggèrent simplement que l'action de participer au dialogue critique et réfléchi avec des chercheurs ou un comité de doctorat contribue à la validité (Martin, 1987). Pour cette recherche, les membres d'un comité doctoral ont participé à l'examen de synthèse et le directeur de recherche a participé activement à cette démarche, du début à la fin.

D'autres aspects, tels que l'importance de l'écoute initiale de la personne, le fait d'assurer une distinction opérationnelle entre thème, catégorie et rubrique, les conditions associées à l'inférence et la rigueur du travail d'analyse traversent l'ensemble du projet, comme le proposent Mucchielli et Paillé (2005).

D'autres critères de rigueur, utilisés pour cette recherche-action, résident dans l'engagement prolongé tout au long du processus, les entrevues individuelles et de groupe avec les participantes, le temps à consacrer et le prolongement de l'engagement suffisant pour l'exploration de toutes les issues, la persistance des observations et l'observation des interactions lors de la réalisation de la carte conceptuelle, la revue de la littérature et de tous les autres documents.

Reason (1988) décrit une approche qu'il nomme « subjectivité critique » pour valider la psychologie humaniste. Il la distingue de la nature subjective du processus primaire et de l'objectivité unique du processus secondaire, plus consciencieux. En



d'autres mots, un chercheur qui veut connaître et entrer dans la recherche avec une perspective tracée d'une expérience unique et utiliser le meilleur de son habileté dans cette perspective peut biaiser la recherche et construire une réflexivité critique dans le processus de recherche. L'utilisation de notes pour développer les habitudes de réflexion est nécessaire pour un chercheur en recherche-action. Evans, Morris et Theodore (1994) parlent de travaux de mémoire en vue d'aider le gain de distance pour prendre en compte la compréhension de leur pratique.

Les biais et la subjectivité sont naturels et acceptables dans cette recherche-action aussi longtemps qu'il y a un examen critique, et les autres mécanismes sont mis en place pour s'assurer qu'il n'y ait pas d'effet de distorsion sur les données.

### **Considérations éthiques**

Les considérations éthiques ont consisté à maintenir les principes d'éthique de l'Agence régionale et des centres de santé et de services sociaux pour l'obtention des différentes autorisations de la part des participantes et des représentants des organismes publics, à maintenir la confidentialité des interactions avec les participantes, particulièrement dans le respect de tous les commentaires individuels et de ceux de l'équipe, et à assurer un lieu approprié de rangement des renseignements confidentiels. Un certificat d'éthique a été obtenu du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ce certificat porte le numéro CER-08-135-04.08.

## Résultats

Ce chapitre présente d'abord les convergences et les divergences entre les expériences ressenties et notées dans les propos ou les expressions des deux groupes de participantes. Ensuite, il recense quinze sous-thèmes regroupés en cinq thèmes dégagés à la suite de l'analyse par la chercheure. Finalement, il fait état de l'interprétation des expériences des participantes, lesquelles expériences correspondent aux difficultés vécues et aux solutions envisagées pour maintenir le processus d'engagement envers la clientèle de jeunes parents.

Toutes les participantes ont noté les difficultés à décrire une seule expérience parmi plusieurs. Les discussions ont souvent commencé avec l'expression d'une diversité de besoins, de valeurs et de connaissances. Il convient d'analyser les convergences et les divergences dans les expressions adoptées par les intervenantes des deux équipes, et d'étudier les distinctions ou les similitudes qui permettent de préciser le niveau d'engagement. Les tableaux 2 et 3 présentent les résultats de cette analyse de premier niveau qui correspond à l'organisation des données, comme proposé dans le plan d'analyse des données. La liste des convergences inclut des réflexions plus détaillées tandis que la liste des divergences présente des expressions courtes et des images spontanées utilisées par les participantes.

Tableau 2

*Les convergences dans les expressions adoptées par les participantes  
dans le groupe 1 et le groupe 2*

- 
1. C'est une situation réussie, car elle accepte l'aide et l'accompagnement, elle est ouverte à être guidée, la confiance est une démarche qui est longue.
  2. L'expérience des intervenantes, l'ouverture aux autres, la créativité, l'ouverture à collaborer, l'autonomie professionnelle et le respect mutuel.
  3. Des difficultés vécues avec la clientèle, l'incapacité à voir les lacunes, l'essoufflement au travail et la frustration.
  4. Les types d'intervention, le degré de directivité à offrir et accompagner plutôt que diriger.
  5. Le plaisir quand la cliente vit des réussites, c'est difficile de continuer de les aider quand ils se mettent dans l'embarras, ils viennent chercher nos valeurs, c'est plaisant d'avoir l'impression d'être la personne la plus importante pour eux, d'être comme leur mère, l'équilibre entre le rôle de mère et de professionnelle.
  6. La culpabilité et le signalement, la frustration, le soutien de l'équipe.
  7. L'expérience de se détacher d'une situation clinique, des situations qui me fâchent.
  8. Les problèmes croissants, diminution de la constance des suivis, essoufflement, petits pas à petits pas.
  9. Le questionnement sur la confidentialité, c'est agréable de voir combien le lien est significatif et je ne suis pas laissée seule.
-

Tableau 3

*Les divergences dans les expressions adoptées par les participantes  
dans le groupe 1 et le groupe 2*

- 
1. Le moi, la mère et le travail à effectuer sont prioritaires. (*Groupe 2*)
  2. La douceur, le peu d'enracinement, la spiritualité, l'espérance, la lucidité, la clairvoyance et la réflexion. (*Groupe 2*)
  3. L'action, l'espoir, l'amour, l'héritage familial. (*Groupe 2*)
  4. Les exigences professionnelles très sévères, l'espérance et l'espoir, la peau du bébé, les crises de colère, la solitude, le soleil et la chaleur. (*Groupe 1*)
  5. Une vague, une plage et un bateau. (*Groupe 2*)
  6. L'équipe, les différents professionnels, les contraintes, les frustrations et l'adaptation. (*Groupe 1*)
  7. La liberté, la tristesse des enfants et des parents, l'absence de collaboration des parents, la réussite des enfants. (*Groupe 1*)
- 

Quinze sous-thèmes sont ciblés et relèvent du processus d'analyse. Ils sont regroupés sous cinq thèmes majeurs. Ces thèmes sont présentés au tableau 4. Une attention particulière est portée pour retenir tous les thèmes dégagés lors de l'investigation.

Tableau 4

*Liste des thèmes et sous-thèmes identifiés par la chercheure pour les deux groupes*

- 
- A. La participation à la démarche de recherche-action*
1. Activité reconnue et endossée par les gestionnaires
  2. Importance des frustrations
- B. Les professionnelles et les gestionnaires apprennent à reconnaître leurs ressources personnelles et environnementales pour jouer leur rôle adéquatement*
3. La différence entre les philosophies de soins et de traitement
  4. Identité personnelle et professionnelle et fonctionnement de l'équipe
  5. Le développement de l'équipe
  6. La confiance des membres de l'équipe
- C. Les moyens déployés pour maximiser les ressources individuelles et celles de l'environnement*
7. Le travail d'équipe
  8. Les discussions sur les besoins de la clientèle
  9. Les rituels dans l'équipe
  10. Les liens avec les autres services ou les autres organisations
  11. L'évolution du leadership
- D. Le processus d'engagement et les changements perçus*
12. Les changements perçus par l'équipe
  13. Les changements perçus chez la clientèle
- E. Contradictions*
14. Entre les principes directeurs du programme et les responsabilités d'un gestionnaire
  15. La position d'expert
-

Les résultats sont rapportés en accord avec le sens donné par la chercheuse. Les plus importants sont ceux qui permettent de décrire l'évolution du processus d'engagement et qui permettent de reconnaître la façon dont les intervenantes et les gestionnaires interagissent dans un processus d'engagement et travaillent ensemble pour appliquer le programme de services intégrés.

Ces thèmes ont émergé des entretiens individuels, des entretiens collectifs, lors de la réalisation des cartes conceptuelles de chaque participante et du schéma collectif des deux groupes. Les catégories soumisees sont soutenues par les sources de données. Ici, le travail en est un de réflexion qui porte davantage sur les sources de données que sur la validité des données. Ces thèmes sont ressortis à la suite de la constitution de l'arbre thématique et de la mise en relation avec les éléments théoriques du modèle de Neufel et al. (2006).

### **Participation à la démarche de recherche-action**

En s'exprimant lors des premières discussions de groupe, les participantes des deux groupes étaient centrées sur les frustrations qu'elles ressentaient sur le plan personnel, entre elles et dans leur relation avec les jeunes parents.

*« J'ai peu d'expérience avec la clientèle, je suis souvent en attente d'expertise, frustration de ne pas pouvoir les suivre, insécurité d'explorer. » (Intervenante du groupe 1)*

Au-delà des frustrations, ces interventions ont permis de déployer des efforts intentionnels pour que les intervenantes s'impliquent dans l'expérience des jeunes et développent de nouvelles ressources.

*« Ce qui est important, c'est de les voir explorer des nouvelles façons de faire. »*

*(Intervenante du groupe 1)*

*« Il y a des coups difficiles, mais il y a les bons coups. » (Intervenante du groupe 1)*

Les difficultés et les solutions mises de l'avant, les apprentissages faits pour maintenir le processus d'engagement et les changements perçus lors du processus d'engagement avec les jeunes du service SIPPE se traduisent de différentes façons.

Le résultat des entretiens individuels, de groupe et les résultats obtenus lors de la réalisation de la carte collective portent entre autres sur les moyens qui permettent aux intervenantes de jouer leur rôle.

### **Différence entre les philosophies de soins et de traitements**

L'approche de ces deux équipes est basée sur une philosophie significativement différente par rapport à celle des approches traditionnelles. On pourrait dire qu'elle se situe entre une approche médicale et une approche davantage biopsychosociale. La philosophie de l'équipe consiste à essayer de maintenir les enfants et les parents dans leur milieu de vie, dans leur environnement et de les soutenir dans leur nouveau rôle.



*« On est d'accord pour dire que travailler avec cette clientèle nécessite une intervention plus personnalisée, elle apporte ses valeurs, leur personnalité, c'est particulier au programme SIPPE. » (Intervenante du groupe 1)*

Le nouveau modèle de services demande aux intervenantes d'orienter les services vers des chemins différents. Établir un nouveau type de relation n'est pas toujours facile pour les personnes qui ont développé leur pratique dans le cadre des services traditionnels.

*« Avec la clientèle du service SIPPE, cela demande une grande adaptation; aller jouer au soccer, les accompagner lors des visites médicales. » (Intervenante du groupe 2)*

Il s'agit d'un changement d'attitude centré sur les personnes qui reçoivent les services. Ce ne sont plus des patientes ou des clientes, mais des jeunes qui peuvent exiger des services différents de ceux habituellement offerts par des experts. Cette évolution implique donc un changement de vision.

*« On a des appartenances professionnelles, des normes de pratique, un code de déontologie, mais c'est souvent la cliente qui décide. » (Intervenante du groupe 2)*

Cette vision, qui consiste à privilégier le travail en collaboration, apporte des bénéfices à l'équipe. La contribution de chaque intervenante est moins visible que celle qui se réalise dans le cadre des services traditionnels. Souvent, les professionnelles développent une forte identité avec leur profession. Quand leur rôle est différent de celui

du professionnel normal, particulièrement si leur activité n'est pas incluse dans le cadre professionnel, les personnes peuvent avoir l'impression de perdre leur identité.

*« J'ai l'impression des fois de jouer à la travailleuse sociale. »*

*(Intervenante du groupe 2)*

### **Reconnaissance de l'identité personnelle et professionnelle et de l'apport respectif pour le fonctionnement de l'équipe**

La préservation de l'identité est l'un des défis de ces équipes parce que les professionnelles ressentent une certaine confusion lorsque de nouveaux repères sont à construire. Comment se reconnaître dans une équipe de services intégrés? Chaque membre devient une professionnelle générale, qui touche à tout. La perte d'identité professionnelle, les besoins exprimés et les habiletés nécessaires pour être reconnue dans sa profession peuvent engendrer de l'anxiété. *(Intervenantes des groupes 1 et 2)*

*« Le défi est de rester habile à ce que l'on demande à faire pour être un travailleur social, une infirmière ou éducateur ou nutritionniste et, en même temps, répondre aux besoins de l'équipe, c'est un défi quotidien, surtout quand il y a manque de ressources.*

*C'est un défi d'équipe et comment ils diffèrent des autres équipes parce qu'ils sont multidisciplinaires. » (Intervenante du groupe 1)*

*« On est des personnages, on est une équipe multi, on a des cadres professionnels, on négocie. Les infirmières se font étiqueter parce que souvent, on a un rôle plus spécifique tel que la vaccination; des fois je me sens comme une infirmière biopsychosociale. »*

*(Intervenante du groupe 2)*

Dans les équipes constituées de professionnelles issues de différentes disciplines et dont l'éducation et l'expérience varient, chaque personne doit apprendre à travailler avec l'équipe, ce qui peut causer des difficultés. Les responsables de l'équipe ne sont plus seulement des membres expérimentés du personnel; ils assument souvent des responsabilités à l'égard du développement de l'équipe.

### **Développement de l'équipe**

Superviser des professionnelles formées et qualifiées pour les amener à travailler de façon autonome avec un cadre précis constitue un défi. Les membres de l'équipe apprennent à se soutenir mutuellement parce qu'elles reconnaissent qu'elles n'ont pas toutes les qualifications. Elles doivent composer avec le regard des jeunes parents, ce qui change leur perspective. Les membres d'une équipe deviennent habiles et comprennent leur rôle dans l'équipe. En même temps, elles reconnaissent la valeur des autres. Cette dynamique est comparable à celle d'un match joué en équipe. Il faut reconnaître que le rôle de chacun est important pour approfondir les connaissances et répondre adéquatement aux besoins. L'objectif ultime demeure toujours d'offrir une bonne qualité de service.

*« Je pense qu'on a acquis beaucoup de caractère, de sagesse, de force. Au début, on se sentait souvent déstabilisées, on s'est ajustées. » (Intervenante du groupe 2)*

### **La confiance des membres de l'équipe**

Le degré de complexité des situations, les risques et les demandes des membres de l'équipe nécessitent qu'une relation de confiance s'installe entre chacune. Les membres développent un degré de confiance entre elles en fonction de leur rôle et de leurs qualifications.

*« On développe des processus différents, tout le monde le reconnaît dans l'équipe. Le côté émotion ressort dans l'équipe, avec ces dossiers, cela demande une adaptation et c'est accepté dans l'équipe. » (Intervenante du groupe 1)*

Les membres de l'équipe évoquent souvent l'importance du modèle d'intervention dans ce service.

### **Travail d'équipe**

Avec les différentes politiques du programme SIPPE, on s'attend à l'adoption d'une approche plus adaptée. Habituellement, les intervenantes travaillent avec un nombre établi de cas (c'est ce qu'on appelle « la charge de cas »). Si l'intervenante est malade, une autre intervenante (de la même profession) la remplace. Dans cette équipe du groupe 2, toutes les catégories d'intervenantes peuvent remplacer ou poursuivre l'intervention, parce qu'il est reconnu théoriquement que toutes les intervenantes de l'équipe détiennent un niveau de connaissance de la situation et ont établi une certaine relation avec la mère.

*« J'aimerais voir ajouter l'aspect équipe « multi » dans notre dessin; ça ne ressort pas, on a misé beaucoup sur le travail d'équipe. Je ne sais pas comment le visualiser, il y a une évolution. On est parties moins organisées, on est très fières de ce que l'on fait. »*

*(Intervenante du groupe 2)*

*« Ce que j'ai vu de la réaction des autres intervenantes, c'est quand je leur dis, là j'appelle l'infirmière, les autres disent : "Pourquoi tu appelles l'infirmière? C'est super social." » (Intervenante du groupe 2)*

*« Le soutien de l'équipe est important pour être solide. » (Intervenante du groupe 2)*

### **Discussions sur les besoins de la clientèle**

L'équipe du groupe 2 met l'accent sur les discussions ou sur la façon de répondre aux besoins des jeunes parents.

*« Il y en a qui pensent pareil, d'autres différemment, et cela amène de la négociation.*

*On a une belle équipe pour les discussions de cas, il y a une autonomie. »*

*(Intervenante du groupe 2)*

### **Rituels dans l'équipe**

L'approche de l'équipe du groupe 1 à l'égard de l'offre de services se base sur le fait que le jeune parent est aussi un individu. La fin d'une relation peut évoquer des émotions du personnel en réponse aux besoins du parent. La nature du service et le

nombre de jeunes parents peuvent conduire à des situations de détresse et peuvent influencer un membre de l'équipe. Ainsi, cette équipe se donne des rituels.

*« Nous organisons des rencontres informelles, au besoin, dans nos bureaux, au téléphone. Je parle à mes collègues et ça fait du bien. C'est une façon de s'offrir un soutien émotionnel. » (Intervenante du groupe 1)*

### **Les liens avec les autres services ou les autres organisations**

Les difficultés de collaboration avec les autres services de l'établissement et les établissements extérieurs semblent préoccuper particulièrement les membres de l'équipe du groupe 1.

*« Les autres personnes peuvent porter des jugements sur notre équipe et nous avons des conflits avec les autres équipes. Nous avons besoin de réinventer le regard des autres. Nous avons un lot de vision et nous avons besoin de penser quelle est notre vision et comment elle "fritte" avec les autres visions. » (Intervenante du groupe 1)*

*« Accès facile à l'accueil, hiérarchie difficile avec l'hôpital. »*

*(Intervenante du groupe 1)*

*« Lien avec DPJ plus difficile à certains moments. » (Intervenante du groupe 1)*

*« Éloignement des ressources dans la région. » (Intervenante du groupe 1)*

*« Normes hiérarchiques de certains établissements. » (Intervenante du groupe 1)*

*« Collaboration difficile avec certains départements psychiatriques. »*

*(Intervenante du groupe 1)*

Le degré de collaboration avec les autres services de l'établissement et les établissements extérieurs semble toutefois satisfaisant pour les membres de l'équipe du groupe 2.

*« Une excellente collaboration avec le service de pédiatrie de l'hôpital. Les collaborations ne sont pas plus faciles ou plus difficiles. Des fois, il y a des médecins qui savent qu'on est là, on a l'impression qu'ils retiennent moins le monde. Les partenaires avec qui on fait affaire, ils ont évolué avec nous, quand on a un bébé qui ne va pas bien, on a une excellente collaboration avec le service de pédiatrie. »*

*(Intervenante du groupe 2)*

### **Perception à l'égard du leadership**

De bons leaders offrent un encadrement adapté en fonction des besoins des intervenantes. Il est peu étonnant que la vision de l'équipe et des responsables soit alignée sur la pratique.

*« Elle renforce [la gestionnaire] notre engagement, elle soutient la dynamique d'équipe, elle reconnaît la façon de faire de chacun. » (Intervenante du groupe 1)*

*« Moi, je les vois qui nous entourent, nous aident à trouver des solutions; c'est vital, le travail qu'ils font. C'est comme un placenta, on en a besoin. »*

*(Intervenante du groupe 2)*

*« Nous aide à nous recadrer, je déplore qu'il soit dans deux CLSC, ils sont très occupés, ça nous enlève du temps. » (Intervenante du groupe 2)*

### **Les changements à la suite du processus d'engagement**

Finally, le processus d'engagement a conduit à des changements.

#### **Les changements perçus par l'équipe**

Les méthodes de travail des participantes et les changements qu'elles proposent en vue d'établir de nouvelles façons d'intervenir sont souvent comparés à ceux des modèles traditionnels.

*« Ce que les autres pensent, ça peut nous influencer, ça génère de la frustration, mais on sait que cela marche. C'est comme un défi, mettre plus de moyens en place, même s'ils ne sont pas toujours justifiés scientifiquement. » (Intervenante du groupe 1)*

*« À l'hôpital, tu travailles dans l'immédiat. Ici, tu les vois dans leur milieu. Il faut s'adapter, cela demande beaucoup de souplesse. Cette clientèle m'a conduite à innover, je travaille beaucoup avec la stimulation, on ne peut pas intervenir avec les enfants et les parents pendant cinq ans sans changer nos interventions. C'est quelque chose que tu construis avec le temps parce que souvent, je n'ai pas d'instruments ou d'autres outils. »*

*(Intervenante du groupe 2)*

*« On est fières de notre équipe. » (Intervenante du groupe 2)*



Les membres de l'équipe montrent des résistances au changement dans leur pratique. Ils expriment facilement les émotions et les moyens de les gérer individuellement ou en équipe.

*« C'est insécurisant d'explorer de nouvelles pratiques, avec notre cadre professionnel habituel, on a un code d'éthique et de déontologie. Comme professionnelle, je me demande si j'ai appliqué le protocole. Habituellement, si ce n'est pas inscrit dans le cadre habituel, on doit le justifier. On ressent de la culpabilité et, si le signalement est omis à la première visite, ce n'est pas habituel et je ressens du stress. Il faut s'engager émotionnellement avec cette clientèle, on voit la misère, on n'est pas juste des professionnelles, ce n'est pas toujours évident. » (Intervenante du groupe 1)*

*« Frustration entre l'idéal et la réalité. » (Intervenante du groupe 1)*

*« Doute intermittent. » (Intervenante du groupe 1)*

*« Un chemin très étroit avec une lumière au bout du tunnel, le tunnel s'agrandit. Je suis dans l'équipe depuis un an, il y a mes vulnérabilités que j'ai transformées. Au début, j'arrivais en beau maudit, en colère; avec les expériences positives, ça m'a donné confiance. On se sentait souvent déstabilisées, au début, par les valeurs et les attitudes différentes. » (Intervenante du groupe 2)*

Les changements qui sont perçus chez les jeunes parents.

*« Pourquoi la clientèle ne change pas, ne reconnaît pas ses besoins? De quoi ont-ils besoin? On veut les amener en haut, sur la montagne, mais ils ne veulent pas faire un petit bout. Ça devient exigeant, on se dit qu'ils ne sont pas mobilisés. Avec cette clientèle, on se remet souvent en question, le sentiment d'impuissance, je le vis souvent avant, je disais "incompétente", on se ramène à notre cadre de référence, notre vision commune, on est toujours en ajustement. » (Intervenante du groupe 1)*

Les participantes reconnaissent que la résistance au changement est souvent associée à une reconnaissance partielle du besoin de changer et du besoin de reprendre un certain pouvoir.

*« Moi, je n'ai pas assez vu de résultats. On ne peut intervenir avec les enfants pendant cinq ans sans changer nos interventions. Au début, on se sentait déstabilisées, mais cela donne des résultats. Évolution dans le temps, dans son monde avec le mien. »  
(Intervenante du groupe 2)*

*« Il faut leur donner une chance de nous rappeler qu'ils ne sont pas différents de nous. On développe des approches novatrices, on leur reconnaît un pouvoir et ça marche. Les expériences à succès font que cela nous accroche. » (Intervenante du groupe 2)*

*« Pour le travail avec cette clientèle, il faut se mettre au niveau de l'autre; ils apportent leurs valeurs, leurs personnalités. » (Intervenante du groupe 2)*

### **Le processus d'engagement et les contradictions**

Compatible avec l'idée que la recherche-action englobe un processus graduel de réussites et d'échecs, l'engagement des participantes a connu un certain nombre de revers. Ces revers avaient tendance à associer des séquences qui contredisent les principes directeurs du programme et les besoins des parents et servent à illustrer les pièges éventuels à éviter.

La première difficulté vécue a eu lieu durant les efforts de planification pour inviter les jeunes parents et leur famille à participer à une clinique conçue pour recruter des participants pour la mise en œuvre d'activités. Alors qu'un certain nombre de questions ont été discutées et résolues, un faux pas s'est produit lorsque la gestionnaire, préoccupée par les difficultés logistiques, a renversé une décision de l'intervenante entre les rencontres et a transmis des renseignements sans obtenir son accord.

Un deuxième obstacle est survenu un peu après la phase de démarrage du programme de rencontres. Lorsqu'une formation a commencé, un ajustement s'est montré nécessaire parce que ceux qui donnaient la formation se positionnaient comme experts. Les premiers formateurs fonctionnaient souvent de façon indépendante, sans favoriser un partage des idées entre les intervenantes et la clientèle. Ils ont ensuite travaillé à faciliter l'appui des autres intervenantes et à les encourager à s'engager dans un dialogue.

En conclusion, l'utilisation de l'analyse des convergences et divergences a facilité l'organisation des données qui constituent la première étape du plan d'analyse.

Le regroupement des thèmes et sous-thèmes et la constitution de l'arbre thématique et leur mise en relation avec le milieu théorique sont l'étape cruciale qui a contribué à décrire les changements perçus par l'équipe, que ce soit sur les méthodes de travail, les façons d'intervenir et la comparaison avec les modèles traditionnels et les changements perçus chez les jeunes parents par les intervenants tels que la résistance au changement. Cette résistance chez les intervenants et les jeunes parents peut être associée à une reconnaissance partielle du besoin de changer et de reprendre un certain pouvoir.

La réussite de cette recherche-action a été possible grâce à plusieurs rappels, à un thème central bien ciblé, à un climat favorable établi auprès des participantes, en laissant à chacune l'espace nécessaire pour reconnaître les besoins, les valeurs et les connaissances. En outre, elles ont eu l'occasion d'interpréter les données recueillies. L'exercice individuel a permis d'approfondir le ressenti. En groupe, on explore bien ce que les personnes souhaitent partager, d'où l'importance de combiner les données obtenues dans ce cadre avec celles de d'autres sources.

## Discussion

Ce chapitre présente les apprentissages perçus, l'apport d'un modèle théorique et la conception de l'engagement, les implications pratiques et les considérations pour l'avenir.

Dans le contexte du service SIPPE, l'engagement des intervenantes envers les jeunes parents, qui constituent le groupe cible du programme, met l'accent sur les ressources utilisées et les moyens déployés qui interfèrent dans la relation entre les intervenantes et leur environnement de travail.

Cette recherche-action s'articule autour d'une question générale qui consiste à comprendre la façon dont les professionnelles se représentent leur engagement auprès des jeunes parents dans le contexte de soins et de services intégrés en périnatalité. Elle se base sur deux questions spécifiques :

- Comment les processus de négociation, de participation et d'évaluation entre les professionnelles sont-ils perçus?
- Quelles ressources personnelles et environnementales les professionnelles estiment-elles avoir à leur disposition pour jouer leur rôle adéquatement auprès des jeunes parents qu'elles côtoient?

Voici les principaux apprentissages constatés par les professionnelles, les gestionnaires et la chercheure lors de cette étude et inspirés des travaux de Mendenhall et Doherty (2003-2005) :

- Ce travail de recherche-action implique une transformation d'identité pour la chercheure, soit de professionnelle à partenaire, cela implique des changements de valeur;
- Les initiatives des différentes participantes peuvent être lentes et malhabiles pendant la période de préparation de ce type de recherche;
- Dans la culture d'organisation, ces initiatives deviennent fragiles lors de changements organisationnels;
- Le financement pour ce type de service au début peut constituer un piège à cause des délais nécessaires pour obtenir des résultats. Cependant, le financement ou la consolidation peut être utile pour développer la capacité d'apprendre une nouvelle façon de faire et pour étendre la portée de ces programmes lorsqu'ils sont développés;
- Le modèle de professionnel fournisseur/consommateur traditionnel est très fortement ancré; la prise de décision démocratique exige une vigilance continuelle;
- On ne peut maîtriser cette approche d'intervention dans un tel programme sans le soutien d'un mentor. En plus, il est important que l'intérêt des participantes se synchronise entre elles, avec les jeunes parents et avec l'organisation;

- L'organisation de services et les administrateurs offrent leur soutien lorsque la frustration de l'intervenante est liée à un problème de santé complexe chez la clientèle cible qui engendre des coûts et qui continue de croître, sans que d'autres approches puissent être envisagées;
- Le travail de recherche-action consiste à accompagner les participantes à exprimer les expériences vécues dans l'ensemble et non à traiter des événements spécifiques.

Les résultats obtenus et les apprentissages perçus indiquent que tout changement dans une organisation de services suppose forcément que les intervenantes changent sur le plan individuel. Parmi les enjeux relatifs aux pratiques des deux groupes de professionnelles qui ont participé à cette étude, on observe l'acquisition par les intervenantes de nouveaux modes de raisonnement associés au changement de rôle et cela implique de nouveaux engagements, l'apprentissage de nouvelles façons d'agir collectivement et des changements dans les relations que les intervenantes établissent entre elles.

### **L'apport d'un modèle théorique et la conception de l'engagement**

L'utilisation d'un modèle théorique dans cette recherche-action permet de décrire les professionnelles dans leur environnement, de considérer le processus d'engagement et de favoriser une meilleure compréhension des personnes, de l'environnement et du potentiel utilisé pour atteindre les buts visés.



Les données servent à documenter le vécu tel qu'il est exprimé par les participantes et à rendre compte d'un phénomène avec plus de proximité. Le cadre théorique choisi pour cette recherche aborde plus spécifiquement les aspects du potentiel utilisé, les forces et les limites de la personne et de l'environnement. L'engagement est conçu comme une force médiatrice entre les personnes et leur environnement de travail.

Cette recherche permet de documenter le modèle d'engagement avec l'utilisation d'une approche de type recherche-action. Le modèle d'engagement qui demande à être précisé selon Morin (2005) permet de préciser que les données portent sur les conditions d'engagement en lien avec les interventions en périnatalité telles que les enjeux de collaboration, l'ajustement de rôle, les changements de pratique et des collaborations avec les partenaires.

À ce jour, le modèle théorique de Neufel et al. (2006) a été plus souvent utilisé avec des méthodes quantitatives. L'utilisation de ce modèle dans le contexte d'une recherche qualitative pour comprendre l'expérience des intervenantes apporte une perspective différente. Ce modèle permet en effet de représenter l'expérience d'engagement dans un contexte de soins et de services. Le focus porte sur les enjeux de collaboration dans les deux équipes, les mutations, les changements de rôle, la mouvance des pratiques et les collaborations entre partenaires. Ce travail permet de légitimer une démarche différente avec l'utilisation d'un modèle théorique qui facilite le regroupement des données à partir

d'une démarche de collaboration des participantes et, ainsi, de répondre aux questions de recherche.

L'utilisation de ce modèle permet de décortiquer un phénomène complexe, avec une description plus parcimonieuse, comme le suggèrent Reason et Bradbury (2007). Comme le suggère Gustaven (2001), ce modèle théorique peut influencer les pratiques ou informer à leur sujet, c'est-à-dire que le lien entre le discours, les idées, les notions et les différents éléments de ce modèle théorique peuvent être considérés dans le développement des connaissances. Un modèle théorique n'est pas toujours applicable automatiquement.

Dans le cas de cette recherche, il faut plutôt considérer que le modèle théorique informe sur un processus ou un alignement et permet de faire émerger de nouvelles connaissances et de nouveaux apprentissages. L'utilisation d'un modèle théorique ne permet pas toujours de donner un sens à tout le monde. On ne peut mener un processus de recherche-action sans s'appuyer sur un modèle théorique. Aussi, l'utilisation de ce modèle permet d'informer et de clarifier la nature du processus de recherche-action. Il faut se rappeler que le modèle de Neufel permet de représenter à la fois les subtilités et les complexités de la perception des personnes et de leur environnement.

Plus souvent, les modèles théoriques qui présentent le lien entre les personnes et leur environnement sont subjectivement comparés pour leur rendement. Des auteurs

s'entendent pour dire que cette comparaison est considérée comme simple (Cable & DeRue, 2002). Pourtant, c'est tout le contraire puisque les résultats indiquent que le phénomène de l'ajustement entre la personne et l'environnement est subtil et complexe. Ces modèles théoriques doivent intégrer un mécanisme liant la personne et l'environnement. L'ajustement perçu et la recherche devraient permettre de connaître ces mécanismes et les conditions qui les influencent, comme le fait cette recherche (Cable & DeRue).

Les questions étudiées dans cette recherche constituent une occasion, pour un chercheur qui adopte un modèle théorique liant la personne et son environnement, de découvrir ce qui se trouve au sein du phénomène de l'ajustement de ces personnes (Edwards, 1991).

Le modèle théorique de Neufel aborde la relation entre la personne et son environnement en tenant compte de l'engagement. Toutefois, des recherches récentes ont mis en évidence plusieurs questions importantes qui compromettent la compréhension de cette relation. Certains des auteurs présentent en effet un modèle élargi de la relation entre les personnes et leur environnement et accordent un rôle plus important à différentes dimensions telles que les humeurs, les émotions et les attitudes affectives vécues au travail (Yu, 2009).

Des recherches sur les mécanismes qui stimulent cette relation ont été réalisées par Kristof-Brown, Zimmerman et Johnson (2005). Ils ont également souligné la nécessité d'explicitier des niveaux subjectifs (Kristof-Brown et al.; Ostroff & Schulte, 2007).

L'engagement perçu dans cette recherche indique que l'engagement au travail est associé à une plus grande satisfaction. Par conséquent, les intervenantes dont les compétences sont pleinement utilisées en milieu de travail (et qui, par le fait même, s'engagent de façon plus marquée) sont susceptibles de réinvestir ces compétences dans le travail en réalisant leurs tâches avec une rigueur exceptionnelle (Halbeslen & Wheeler, 2008).

D'autres recherches indiquent que l'engagement au travail est associé à des résultats positifs, une satisfaction accrue et un sentiment d'appartenance plus fort envers l'organisation. En revanche, selon d'autres recherches, l'engagement peut également être associé à des conséquences plus négatives. Les personnes peuvent devenir si engagées dans leur rôle au travail qu'elles disposent de moins de ressources (temps, énergie) à consacrer à d'autres; cela peut éventuellement conduire au burnout (Gorgievski & Hobfoll, 2008).

### **Implications sur les politiques publiques et les pratiques dans un contexte de programme de soins et de services**

On sait que les politiques influencent les pratiques professionnelles. D'abord, une des premières implications concernent la reconnaissance de la place des jeunes parents dans l'élaboration des politiques.

En tenant compte du fait que les problèmes cliniques et administratifs tels que la complexité des situations de santé, les pressions économiques et l'opinion publique exigent un point de vue plus large et plus global, les politiques doivent miser sur l'intégration clinique à la fois avec les professionnels du domaine biomédical que le domaine psycho-social. Donc, cibler les professionnels à l'intérieur du système de soins et favoriser le réaménagement des pratiques et ainsi influencer l'organisation de services.

Beaucoup de participantes ont tiré profit de leur implication dans ce projet de recherche. Les participantes, qui avaient depuis longtemps perdu espoir que des changements surviennent avec leur clientèle, ont noté des modifications considérables à la suite des discussions. Elles attribuent avec enthousiasme ces changements au fait qu'elles ont eu l'occasion de parler de leur situation entre elles, ce qui a favorisé la découverte d'expériences vécues et des acquis issus de ces expériences, ce qui n'est pas toujours accessible pour l'intervenante. Les participantes ont implicitement déduit que cette façon de faire peut être pertinente pour œuvrer auprès des jeunes parents. Pour

elles, le fait de vivre des difficultés favorise une réflexion sur le quotidien et les activités professionnelles.

Au même titre que l'expérience menée par Cortez et al. (2011) avec une clientèle ayant vécu un traumatisme et un groupe d'intervenants, les personnes concernées doivent être considérées comme des experts capables de prévenir le problème, de développer des modèles communautaires de guérison et de s'assurer que le caractère central de l'écoute et la relation des intervenantes font partie de la guérison. Cortez et al. mentionnent que le déroulement de la recherche-action sur la scène locale conduit à des données plus pertinentes et témoigne de l'engagement des personnes.

L'approche narrative, utilisée dans cette recherche, permet de reconnaître les initiatives significatives, de faire en sorte que les personnes soient en mesure de reconnaître leurs propres initiatives, de faire une description riche de leurs besoins et de leurs connaissances de façon à les rendre visibles pour chacun et pour l'ensemble des membres de l'équipe, comme le suggèrent Denborough et al. (2006).

L'utilisation de l'expérience pratique constitue un point d'ancrage pour réfléchir et connaître. Toutefois, il faut éviter le piège de réduire ce mode de recherche à l'expérience subjective individuelle de chacun. Le vécu des deux groupes a permis de s'attarder à la médiation de l'expérience qu'apporte la présence de l'autre pour saisir

pleinement le processus à l'œuvre dans la constitution de la pensée et de l'agir à travers l'expérience, comme le suggère Roelens (1989).

L'expérience et l'interprétation qui en est faite s'inscrivent dans un ensemble de relations avec d'autres intervenants, eux aussi engagés dans une action commune, avec ce que cela signifie d'interprétation subjective de l'expérience et des apprentissages qu'on en tire. Si on accepte que la connaissance résulte de l'activité humaine, qu'elle ne soit pas simple pensée, on doit alors reconnaître, comme le faisait Dewey (dans Boisvert, 1995), l'apport central de la communauté à toute initiative de recherche-action. La réflexion individuelle ne peut échapper à celle des autres.

Ce contexte de travail est un système organisé de différents groupes et de gestionnaires préoccupés par la réponse aux besoins des jeunes parents qui vivent des situations complexes. Enfin, les pratiques de recherche-action pourraient être intégrées à l'évaluation du futur programme comme un moyen d'améliorer la collecte des données, de mettre en valeur les compétences et les talents, ce que proposent plusieurs auteurs dont Braun et Tsark (2008) et Cortez et al. (2011).

Cette recherche n'informe toutefois pas les organisations qui doivent créer un environnement de soutien en mettant l'accent sur l'importance du travail d'équipe et établir des valeurs de sécurité susceptibles d'influencer l'engagement des personnes.

Quelques recherches-actions ont été réalisées en sciences de la santé et dans le domaine des services sociaux pour remédier à des conditions de santé et de pratique problématiques vécues dans un groupe spécifique. Stringer et Genat (2004) se sont appuyés sur une étude de cas. Hart et Bond (1995), Koch et Kralich (2006) et Morton-Cooper (2000) ont produit des guides de pratique clinique. Stringer et Dwyer (2005) ont présenté les processus de recherche-action relevant des travailleurs sociaux et des autres professionnels. Les principes et stratégies du projet de recherche-action *Citizen Health Care Model* (Doherty & Carroll, 2002; Mendenhall & Doherty, 2003-2005) recourent les principes du modèle de Neufel et al. (2006). Ce modèle permet d'accéder à des ressources inexplorées : les connaissances, les expériences de vie, l'énergie des individus, des familles et de la communauté qui sont confrontées à des changements dans leur vie quotidienne.

Cette recherche-action permet à des intervenantes ainsi qu'à leur gestionnaire de cibler leurs forces, leurs limites, les ressources et les moyens mis de l'avant, en considérant la clientèle de jeunes parents dans le contexte d'un programme de soins et de services.

Cette recherche-action peut soutenir le développement d'initiatives et répondre aux questions concrètes des personnes et contribuer au développement théorique de d'autres recherches. Dans le contexte de la périnatalité, comme Cortez et al. (2011) le proposent,



le partenariat bénéficie pour les deux groupes et permet d'élargir, d'enrichir et d'accélérer le travail (Cortez et al.).

Comment trouver sa sécurité et définir son identité professionnelle ou son identité de chercheur? Dans cette recherche, la chercheuse se positionne davantage sur le plan du savoir-faire que sur le plan du savoir. Elle se présente comme une spécialiste du processus avant d'être une spécialiste du contenu, c'est-à-dire qu'elle est capable d'établir un partenariat avec ses collaborateurs, quels qu'ils soient, et d'être soutenue dans la réflexion.

Le rôle du chercheur n'est pas celui de l'expert, mais plutôt celui d'une personne-ressource. Dans ce contexte, la chercheuse facilite, agit et guide les participantes dans la définition claire de leur situation et les soutient dans leur recherche de solutions. Son rôle ne consiste pas à imposer, mais à accompagner les personnes à travers le changement. Ce rôle touche les enjeux actuels inhérents au problème vécu maintenant. L'essence du travail consiste donc en un processus centré sur les gestes les plus appropriés à réaliser plutôt que sur l'atteinte des résultats. La clé est de rendre les personnes capables de réaliser leur propre analyse. Comme le disent Kickett, McCauley et Stringer (1986), la recherche s'amorce à l'endroit où se trouvent les personnes dans leur cheminement et les aide à analyser leur situation.

Travailler en partenariat avec des professionnels permet de s'assurer que des objectifs concrets soient atteints. Ces personnes ne perdent pas leur temps. Par ailleurs, en tant que chercheure, la question est de savoir comment garantir la qualité du travail. La chercheure doit se positionner entre les deux groupes : les professionnels qui agissent sur le terrain et la communauté de chercheurs scientifiques.

Cortez et al. (2011) indiquent que l'écoute n'est pas un moyen visant à atteindre une fin. Il s'agit plutôt d'une étape pour conduire à un résultat souhaité. Il s'agit, en quelque sorte, d'un premier apprentissage. Il faut orienter tous les professionnels vers un langage technique. Il est convenu de limiter considérablement le jargon et les acronymes de recherche. Un autre apprentissage est motivé par la façon d'améliorer les connaissances des spécialistes. Un troisième autre apprentissage est, quant à lui, associé au fait que la communication d'un chercheur se fait avec l'aide d'un support écrit exclusivement; les professionnels ne se sentent pas nécessairement concernés par la première ébauche d'un écrit provenant d'un chercheur. La communication avec les professionnels sera dictée par les attentes professionnelles ou culturelles du professionnel. En règle générale, les professionnels sont plus facilement engagés par l'histoire et en fonction des rapports multimédias auxquels leur réaction peut être entendue. Habituellement, on doit communiquer avec les professionnels d'abord et utiliser cette étape pour valider et diffuser l'apprentissage local.

Pour éviter de consacrer du temps souvent très coûteux, il est suggéré de s'assurer que les participants ne s'attardent pas à des questions non significatives, mais il faut plutôt veiller à s'engager sur les questions qui sont plus significatives ou, comme le dit Reason et al. (2009), sur « l'épanouissement des personnes, de leur communauté ». Le travail consiste donc à rechercher une valeur plus neutre, ce qui n'est pas toujours une action souhaitée.

Il y a aussi de la frustration lors d'un processus de recherche lorsque vient le temps d'affiner les données. Parfois, il y a tellement d'éléments à prendre en compte. C'est souvent frustrant de se centrer sur la minutie de chaque mot.

En résumé, les implications pratiques correspondent aux éléments clés : les personnes peuvent résoudre les problèmes en étudiant l'approche entre elles. Le mode de publication privilégié se situe entre les personnes, sur le plan des interactions entre les participantes. Le sacrifice de la rigueur méthodologique et technique entraîne des gains à l'égard de la validité. Cette démarche se réalise parfois au détriment de la finesse méthodologique, pour produire immédiatement des résultats qui peuvent être utilisés en temps réel dans le processus de transformation des pratiques.

### **Les limites de cette recherche**

La majorité des notes ont d'abord été enregistrées, transcrites et lues attentivement. Elles ont été révisées par d'autres participantes, tout cela afin de minimiser les biais

personnels. Cependant, les entretiens conduits par la chercheuse auprès de chaque groupe n'ont pas différé sensiblement, tant en ce qui a trait au ton adopté qu'aux façons de faire. Les discussions ouvertes entre les participantes sur les thèmes choisis lors des premières étapes de la codification et de l'analyse permettent de donner une consistance à ces thèmes.

En sus des limites de généralisation, d'autres limitations sont inhérentes à cette étude. Il n'est pas habituellement possible d'inclure toutes les personnes qui pourraient participer, faute de disponibilité ou en raison de toute autre contrainte, ce qui explique le fait que les jeunes parents ou d'autres catégories de professionnels, tels que les médecins en clinique privée, n'ont pas participé à la démarche. Le fait que les mères et leur conjoint n'aient pas participé directement aux discussions lors des entretiens peut limiter la teneur des retombées. On peut penser que l'angle de prise est influencé par l'effet de réseau intégré dans les équipes de travail dans leur confrontation quotidienne.

Les initiatives tirées de différentes recherches-actions ont souvent été citées pour la limitation de généralisation des résultats. En même temps qu'elles comportent l'avantage de créer une pertinence immédiate pour un groupe particulier, les apprentissages peuvent être utiles pour orienter les efforts futurs et éviter des pièges potentiels.

L'engagement de ces intervenantes démontré par cette recherche met l'accent sur les ressources et les forces de leur groupe respectif. Chaque groupe a son propre fonctionnement. Les résultats de cette étude pourraient être utilisés pour étudier la situation de d'autres groupes qui travaillent dans des programmes similaires, avec d'autres types de clientèles, en fournissant des pistes de réflexion permettant de comprendre leur propre dynamique.

## **Conclusion**

À partir de ses commentaires encourageants en ce qui concerne l'efficacité et le potentiel de ce service ainsi qu'en ce qui a trait à son utilité sur le plan de l'engagement des intervenantes, cette recherche peut servir de point de référence pour donner une crédibilité au type de programme étudié. Les recherches qui se basent sur des données qualitatives peuvent contribuer à l'analyse des effets d'un programme et justifier son expansion, et ce, en complémentarité avec des données quantitatives. Les administrateurs de programmes et de services sont souvent exposés à des impératifs complexes sur le plan organisationnel et doivent composer avec des clients récalcitrants, la réalité complexe des contextes sociaux, les besoins personnels des intervenants et leur désir d'avancement professionnel. De plus, il est difficile d'évaluer les comportements humains avec rigueur et précision à partir de procédures de nature quantitative, au même titre qu'il peut être complexe d'analyser la contribution du contexte social.

La recherche-action vise ultimement à comprendre les problèmes et à formuler de nouvelles voies pour aborder la situation. Chaque participante tente d'adopter un point de vue pour composer avec les règles, les pratiques, les procédures et les différentes politiques qui régissent leur milieu. Cette recherche-action contribue à la discussion sur une variété d'orientations et de méthodes. Elle ne permet pas de dire que les méthodes utilisées et les apprentissages faits sont applicables à tout groupe professionnel ou à toute clientèle adulte, mais elle fournit des pistes pour un engagement. La puissance du

changement peut être reliée au processus de recherche (Liegghio, Nelson, & Evans, 2010).

En accord avec la littérature existante faisant état d'études sur l'efficacité d'interventions individuellement orientées et d'interventions sur la famille, une recherche-action pourrait être menée en partenariat avec les personnes concernées, par exemple avec les jeunes parents ou les personnes âgées aux prises avec des situations de vie complexes. De plus, on pourrait tenter de comprendre l'influence de la famille, par exemple, les perceptions de copropriété de maladie (professionnel/personne), l'assistance et le soutien, parce que des relations existent entre ces caractéristiques systémiques et la gestion d'une situation de santé complexe.

Finalement, une recherche-action permet d'adopter une vision plus large, notamment en créant un modèle de services et de soins avec toutes les parties prenantes, incluant des jeunes, leur famille, des médecins, des professionnels et d'autres ressources contribuant activement. Pour l'avenir, ce type de service et d'autres initiatives pourraient passer par cette vision qui vise à transformer les soins et les services, qui servira de catalyseur et qui permettra de maintenir l'engagement à l'égard de tâches complexes, mais aussi inspirantes.



Ces aspects représentent les éléments théoriques tirés de l'engagement d'équipes d'intervenantes et de gestionnaires dans un contexte de soins et de services intégrés en périnatalité.

Cette recherche-action a permis de décrire et d'analyser l'expérience d'engagement perçue des intervenantes auprès de la clientèle de jeunes parents dans le contexte de la périnatalité. De plus, elle permet de mieux comprendre la façon dont les intervenantes se représentent leur engagement auprès des jeunes parents dans le contexte de soins et de services intégrés en présentant la perception des processus de négociation, de participation et d'évaluation entre les intervenantes, et les ressources personnelles et environnementales dont elles disposent pour jouer leur rôle adéquatement auprès des jeunes parents. Le modèle théorique de Neufel a permis d'aborder les aspects du potentiel utilisé, les forces et les limites de la personne et de l'environnement.

Cette recherche a permis de réaliser différents apprentissages qui ont amené des changements pour les intervenantes. Ces changements ont conduit à de nouveaux engagements, à l'apprentissage de nouvelles capacités collectives et à des changements dans les relations entre les personnes.

Cette recherche contribue aux connaissances psychologiques actuelles sur les agents stressants reliés au rôle professionnel et l'environnement de travail, les stratégies d'adaptation et le soutien de l'environnement de travail. L'utilisation du modèle de

Neufel et al. (2006) permet de renchérir le modèle de Wright et Lopez (2002), qui aborde le concept d'engagement comme une force médiatrice, en abordant les agents stressants, le stress et les mécanismes d'adaptation dans une perspective systémique qui met la personne en relation avec son environnement et rend compte des forces et des ressources environnementales.

Avec cette recherche, le rôle de la chercheuse n'est pas celui d'une experte, mais plutôt celui d'une personne-ressource. Ce rôle a permis de guider les participantes dans la définition claire d'une situation et de les soutenir dans leur travail en vue de trouver des solutions.

Finalement, cette recherche-action a permis l'utilisation d'un cadre théorique, l'utilisation d'une approche individuelle et collective et a contribué au développement de nouveaux apprentissages pour ces professionnels.

## Références

- Akerboom, S., & Maes, S. (2006). Beyond demand and control: The contribution of organizational risk factors in assessing the psychological well-being of health care employees. *Work & Stress*, 20(1), 21-36.
- Allison, G. (2004). *Perceived and reported occupational stressors and coping strategies of selected community college business faculty members in Texas* (Thèse de doctorat inédite). University of Texas, USA. *Dissertation*, AAT 3141384.
- Alvarado, I. A. (2000). *Psychological well-being in pediatric professionals* (Thèse de doctorat inédite). University of Alabama, Birmingham, USA. *Dissertation*, AAT 9982642.
- Anderson, G. L., & Herr, K. (2005). *The action research dissertation*. Los Angeles: Sage Publications, 157 p.
- Anderson, G. L., & Jones, F. (2000) Knowledge generation in educational administration from the inside-out. The promise and perils of site-based administrator research. *Educational Administration Quarterly*, 36(3), 428-464.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Argyris, C. (1980). *Inner Contradictions of Rigorous Research*. New York: Academic Press.
- Barber, B. (1983). *The logic and limits of trust*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Beehr, T. A., & Bhagat, R. S. (1995). Introduction to human stress and cognition in organizations. Dans T. Beehr, & R. Bhagat (Éds). *Human Stress and Cognition in Organizations* (pp. 3-19). New York: John Wiley & Sons.
- Bellah, R. M., Madsen, R., Sullivan, W. W., Swidler, A., & Tipton, S. M. (1985). *Habits of the heart: Individualism and commitment in American life*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Bettelheim, B. (1977). *The uses of enchantment: The meaning and importance of fairy tales*. New York: Vintage.

- Boisvert, R. D. (1995). John Dewey: an « Old Fashioned» reformer. *Studies in Philosophy in education* 13(3-4), 325-341.
- Bolger, N., & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 890-902.
- Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. Paris : Éditions du Seuil.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (1992). *Réponses*. Paris : Éditions du Seuil, 13-42.
- Boyer, G., Brodeur, J. M., Théorêt, B., Séguin, L., Perreault, M., Collin, C., ... Deblois, S. (2001). *Étude des effets de la phase prénatale du programme Naitre égaux - Grandir en santé*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.
- Braun, K., & Tsark, J. (2008). Community-Based Research Should Be Based in the Community, Progress in Community Health Partnerships. *Research, Education, and Action*, 2(4), 271-273. Baltimore, Maryland: The John Hopkins University Press.
- Brousseau, K. R. (1983). Toward a dynamic model of job-person relationships: Findings, research questions and implications for work system design. *Academy of Management Review*, 8, 33-45.
- Brown, S. D., & Gore, P. A., Jr. (1994). An evaluation of interest congruence indices: Distribution characteristics and measurement properties. *Journal of Vocational Behavior*, 45, 310-327.
- Buckingham, M., & Coffman, C. (1999). *First, break all the rules: What the world's greatest managers do differently*. New York: Simon & Schuster.
- Buono, A. F., & Bowditch, J. L. (1989). *The Human Side of Mergers and Acquisitions*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Burrell, D., & Hauerwas, S. (1977). From system to story: An alternative pattern for rationality in ethics. Dans T. Engelhardt, & D. Callahan (Éds), *Knowledge, value and belief* (pp. 11-152). NY: The Hastings Center.
- Buzan, T. (1993). *Une tête bien faite : exploitez vos ressources intellectuelles*, traduit de l'anglais par H. Trocme et Paul Sager, titre original *Use your head*. Paris : Les Éditions de l'organisation.
- Buzan, T. (1995). *The Mind Map book* (2<sup>e</sup> éd.). London, UK: BBC Books.

- Cable, D. M., & DeRue, D. S. (2002). The convergent and discriminant validity of subjective fit perceptions. *Journal of Applied Psychology*, 87, 875-884.
- Camp, C. C., & Chartrand, J. M. (1992). A comparison and evaluation of interest congruence indices. *Journal of Vocational Behavior*, 41, 162-182.
- Cardinal, R. (1999). *Grossesse à l'adolescence*. Guide d'intervention pour un choix éclairé. Québec : Éditions MultiMondes.
- Charmaz, K. (1983). The grounded theory method: an explication and interpretation. Dans R. M. Emerson (Ed.), *Contemporary field research: a collection of readings* (pp. 109-126). Boston: Little Brown.
- Cohen, S., & Edwards, J. R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. Dans W. J. Neufeld (Éd.), *Advances in the Investigation of Psychological* (pp. 235-283). Toronto, Canada: John Wiley & Sons.
- Coleman, J. S. (1990). *Foundations of social theory*. Cambridge, MA: Belknap Press.
- Contandriopoulos, A. P. (2001). *Mutation des systèmes de santé*. Département d'administration de la santé, Université de Montréal.
- Conyne, R. K., & Clack, J. R. (1981). *Environmental assessment and design: A new tool for the applied behavioural scientist*. New York: Praeger.
- Cooper, C. L., Dewe, P. J., & O'Driscoll, M. P. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cooper, W., & Richardson, A. (1986). Unfair comparaisons. *Journal of applied Psychology*, 71, 179-184.
- Cortez, P., Dumas, T., Jeneka, J., Olson, D., Peters, S., Todah J., ... Wilde, R. (2011). Survivor Voices: Co-learning, Re-connection and Healing through Community Action—research and engagement (Care), *Prog Community Health Partnersh*, 2, 133-142.
- Curran, A. (2005). *A descriptive study of perceived occupational stressors and burnout among registered nurses*. (Dissertation). Southern Connecticut State University, USA.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec* (Thèse de doctorat inédite), Université de Montréal, Qc.

- Denborough, D. (2008). *Collective Narrative Practice, responding to individuals, groups and communities who have experienced trauma*. Adelaïde: Dulwich Centre Publications.
- Denborough, D., Koolmatrie, C., Mununggirtj, D., Marika, D., Dhurrkay, W., & Yunupingu, M. (2006). Linking stories and initiatives: a narrative approach to working with the skills and knowledge of communities. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2, 19-57.
- Denis, J. L., Lamothe, L., Langley, A., & Valette, A. (1999). The struggle to redefine boundaries in health care systems. Dans M. David, M. J. P. Brock, & C. R. Hinings (Éds), *Restructuring the professional organization* (pp. 105-130). Routledge Ed. London & New York.
- Deschamps, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche*. Montréal : Guérin Universitaire.
- Des Rosiers-Lampe, M., & Frappier, J. Y. (1981). La grossesse à l'adolescence, *L'union médicale au Canada*, 110, 190-195. Dans Cardinal Remete, France (1999). *Grossesse à l'adolescence : Guide d'intervention pour un choix éclairé*. Québec : Éditions MultiMondes.
- Doherty, W. J., & Carroll, J. S. (2002). The families and democracy project. *Family Process*, 41, 579-589.
- Dutton, J. E., Worline, M., Frost, P. J., & Lilius, J. (2006). Explaining compassion organizing. *Administrative Science Quarterly*, 51, 59-96.
- Edwards, J. R. (1991). Person-Job fit: A conceptual integration, literature review, and methodological critique. Dans C. L. Cooper, & I. T. Robertson (Éds), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 6, (pp. 282-357). New York: John Wiley and Sons Ltd.
- Elliot, G. R., & Eisdorfer, C. (Éds). (1982). *Stress and human health: Analysis and implications of research*. New York: Springer.
- Epstein, S., & Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 332-350.
- Evans, R. G., Barbr, M. L., & Marmor, T. R. (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé : Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

- Evans, R. G., Morris L. B., & Theodore, R. M. (1994). *Why are some people healthy and another not? The determinants of health populations*. New York: Aldine de Gruyter.
- Fay, D., & Frese, M. (2001). The concept of personal initiative. *Human Performance*, 14, 97-124.
- Ferris, G. R., Perrewé, P. L., Anthony, W. P., & Gilmore, D. C. (2000). Political skill at work. *Organizational Dynamics*, 28, 25-37.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping behaviour in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- French, J. R. P. Jr., Caplan, R. D., & Van Harrison, R. (1982). *The mechanisms of job stress and strain*. Chichester, England: Wiley.
- Gati, I. (1998). Using career-related aspects to elicit preferences and characterize occupations for a better person-environment fit. *Journal of Vocational Behavior*, 52, 343-356.
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Eds), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 341-364). Boucherville : G. Morin.
- Gorgievski, M. J., & Hobfoll, S. E. (2008). Work can burn us out or fire us up: Conservation of resources in burnout and engagement. Dans J. R. B. Halbesleben (Éd.), *Handbook of stress and burnout in health care* (pp. 7-22). Hauppauge, NY: Nova Science.
- Gouvernement du Québec. (1997). Direction de la santé publique. *Naître égaux et grandir en santé*, Programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité, 187 p.
- Gouvernement du Québec. (2002). Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme de soutien aux jeunes parents*. Document initial pour la phase d'implantation.
- Gouvernement du Québec. (2003). Conseil de la santé et du bien être. *L'organisation locale et la régionalisation des services de santé et sociaux*. Repéré à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Avis/20031101\\_avis\\_cfr.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Avis/20031101_avis_cfr.pdf).



- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Gustaven, B. (2001). Theory and practice: The mediating discourse. Dans P. Reason, & H. Bradbury (Éds), *Handbook of action research* (pp. 17-26). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Halbeslen, J. R. B., & Wheeler, A. R. (2008). The relative roles of engagement and embeddedness in predicting job performance and intention to leave. *Work & Stress*, 22, 242-256.
- Hart, E., & Bond, M. (1995). *Action research for health and social care: A guide to practice*. London: Open University Press.
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Hayes, T. L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: meta-analysis. *Journal of Applied Psychologist*, 87, 268-279.
- Haspelagh, P. C., & Jemison, D. B. (1991). *Managing Acquisitions*. New York: Free Press.
- Hays, M., All, A., Mannahan, C., Cuaderes, E., & Wallace, D. (2006). Reported Stressors and Ways of Coping Utilized by Intensive Care Unit Nurses. Dimension of critical care nursing. *Sage Publications*, 25(4), 185-193.
- Holland, J. L. (1973). *Making vocational choices: A theory of career*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Holland, J. L. (1996). Exploring careers with a typology: What we have learned and some new directions. *American Psychologist*, 51, 397-406.
- Holland, J. L. (1997). *Making vocational choices: A theory of vocational personalities and work environments* (3<sup>e</sup> éd.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Howard, A. H. (1995). *The changing nature of work*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1994). Data management and analysis methods. Dans N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds), *Handbook of qualitative research* (pp. 428-444). Thousands Oaks (CA): Sage Publications.
- INSPQ. (2010). Qu'est-ce qui constitue une donnée probante, Une perspective philosophique. Centre de collaboration nationale en santé publique 'tout éclaircir'

- Jacobson, N. S. (1997). Can contextualism help? *Behavior Therapy*, 28, 435-443.
- Jansen, P., Kerkstra, A., Abu-Saad, H., & Van der Zee, J. (1996). The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International Journal Nursing Studies*, 33(4), 407-421.
- Jenkins, S., & Calhoun, J. (1991). Teacher Stress: Issues and Intervention. *Psychology in the Schools*, 28, 60-70.
- Jonassen, D. H., Beissner, K., & Yacci, M. A. (1993). *Structural knowledge: Techniques for conveying, assessing, and acquiring structural knowledge*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kahana, E. (1982). A congruence model of person-environment interaction. Dans M. P. Lawton., P. Windley, & T. O. Byerts. (Éds), *Aging and the environment: Theoretical approaches* (pp. 97-121). New York: Springer Publishing Company inc.
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., & Snoek, J. D. (1981). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley (reprinted.)
- Kernaghan, K. (1993). Partnership and Public Administration: Conceptual and Practical Considerations. *Administration publique du Canada*, 36(1), 57-76.
- Kickett, D., McCauley, D., & Stringer, E. (1986). *Community development processes: An introductory handbook*. Perth, Western Australia: Curtin University of Technology.
- Kincheloe, J. (1991). *Teachers as researchers: Qualitative inquiry as a path to empowerment*. London: Falmer.
- Kissner, R. (1999). *Job demand and occupational stressors in social work : main effects and interactions* (Dissertation). Faculty of the School of Social Services Administration, University of Chicago, USA.
- Koch, T., & Kralich, D. (2006). *Participatory action research in healthcare*. London: Blackwell.
- Kristof, A. L. (1996). Person-organization fit: An integrative review of its conceptualizations, measurement, and implications. *Personnel Psychology*, 49, 1-49.
- Kristof-Brown, A. L., Zimmerman, R. D., & Johnson, E. C. (2005). Consequences of individuals fit at work: A meta-analysis of person-job, person-organization, person-group, and person-supervisor fit. *Personel Psychology*, 58, 281-342

- Lallement, M., Marry, C., Loriaol, M., Molinier, P., Gollac, M., Marichalar, P., & Martin, E. (2011) *Maux de travail: dégradation, recomposition ou illusion*, 53, January-March 2011, 3-36.
- Lawson, M. J. (1994), Concept Mapping. Dans T. Husen, & T. N. Postlethwaite (Éds), *The International Encyclopedia of Education*, 2, (2<sup>e</sup> éd., pp. 1026-1031). Oxford: Elsevier Science.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Co.
- Legault, G. A. (1999). *L'intervention : analyses et enjeux méthodologiques. Analyse des pratiques professionnelles*. Sherbrooke : Éditions GGC.
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. New York: Harper.
- Lieghio, M., Nelson, G., & Evans, S. (2010). Partnering with children diagnosed with mental health issues: Contributions of a sociology of childhood perspective to participatory action research. *American Journal of Community Psychology*, 46(1-2), 84-99. doi:10.1007/s10464-010-9323-z.
- Lindholm, M. (2006). Working conditions, psychosocial resources and work stress in nurses and physicians in chief managers' positions. *Journal of Nursing Management*, 14, 300-309.
- Lloyd, C., & King, R. (2001). Work-related stress and occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 8(4), 227-243.
- Loignon, C. (1996). L'adolescence bousculée, prévention et soutien de la grossesse et de la maternité/paternité à l'adolescence : État de la situation pour la région de Montréal. *Rapport de recherche menée dans le cadre du programme projet placement carrière*.
- Luhmann, N. (1979). *Trust and Power*. Chichester, England: Wiley.
- Lumsden, D. P. (1981). Is the concept of stress of any use anymore? Dans D. Randolph (Éd.), *Contributions to primary prevention in mental health*. Toronto: Canadian Mental Health Association (National Office).
- Lyall, W. A. L., Vachon, M. L. S., & Rogers, J. (1976). Professional stress in the care of the dying. Dans *Palliative care service report* (pp. 457-464). Montréal: Royal Victoria Hospital.

- Marshall, R. E., Kasman, C., & Cape, L. S. (1982). *Coping with caring for sick newborns*. Philadelphia: Saunders.
- Martin, N. (1987). On the move: Teachers researches. Dans D. Gosmani, & P. Stillman (Éds), *Reclaiming the classroom. Teacher research as an agency for change* (pp. 20-28). Upper Montclair: Boynton Cook.
- Mattingly, C. (1996). *Réflexions narratives sur l'agir professionnel : deux expériences d'apprentissage en narration réflexive*. Dans D. A. Schön (Ed.), *Le tournant réflexif*. Montréal : Les Éditions Logiques.
- McCarthy, M. A. (2000). Occupational stressors, social support, empowerment and well-being among case managers for the severely mentally ill (Thèse de doctorat inédite). Ohio State University, USA, *Dissertation*, AAT 9941381.
- Mendenhall, T., & Doherty, W., (2003-2005). Partners in Diabetes: Action research in a primary care setting, *Action Research*, Los Angeles: Sage Publications.
- Mento, A. J., Martinelli, P., & Jones, R. (1999). Mind mapping in executive education: Applications and outcomes. *Journal of Management*, 18(4), 390-416.
- Meyerson, D. E. (1994). Interpretations of stress in institutions: The cultural production of ambiguity and burnout. *Administrative Science Quarterly*, 39, 628-653.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Résumé du cadre de référence*. Québec : MSSS, p. 10.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *La Politique de périnatalité 2008-2018, un projet porteur de vie*. Québec ISBN 978-2-55053105-0.
- Moore, M., Höfer, S., McGee, A., & Ring, L. (2005). Can the concepts of depression and quality of life be integrated using a time perspective? *Health Qual Life Outcomes*, 3(1). doi:10.1186/1477-7525-3-1.
- Moos, R., & Scheafer, J. A. (1986). *Coping with life crisis: An integrated approach*. New York: Plenum Press, 3-29.
- Morin, E. (1999). *La tête bien faite*. Paris : Seuil.
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Editions Seuil, 158 p.

- Morin, E., & Pratelli, M. (1993). L'unité de l'homme comme fondement et approche interdisciplinaire. Dans A. Postel et al. (Eds), *Interdisciplinarité et sc. Humaines* (pp. 191-215). Unesco, France : Presses Universitaires de France.
- Morton-Cooper, A. (2000). *Action research in health care*. Oxford: Blackwell Publications.
- Moustakas, C. E. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Mucchielli, R. (1998). *L'observation psychologique et psychosociologique*. Paris : ESF.
- Mucchielli, A., & Paillé, P. (2005). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin Éditeur.
- Mumby, D., & Putnam, L. (1992). Bounded rationality and organizing; A feminist critique. *Academy of Management Review*, 17, 465-486.
- Myerhoff, B. (1982). *The ethic of care for the self as a practice of freedom*. Dans J. Bernauer, & D. Rasmussen (Éds), *The final Foucault*. Cambridge: MIT Press.
- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *Sociologies, Théories et recherches*. Repéré à <http://sociologies.revues.org/993>.
- Neufel, J. E., Rasmussen, H., Lopez, S., Ryder, J. A., Magyar-Moe, J. L., Ford, A. I., ... Bouwkamp, J. C. (2006). The engagement Model of Person-Environment Interaction. *The Counseling psychologist*, 34(2), 245-259.
- Novak, J. D., & Godwin, D. B. (1984). *Learning, How to learn*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Ostrof, C., & Schulte, M. (2007). Multiple perspectives of fit in organizations across levels of analysis. Dans C. Ostroff, & T. A. Judge (Éds), *Perspectives on organizational fit* (pp. 3-69). New York: Erlbaum.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, p.147-181.
- Patenaude, H., & Brabant, L. H. (2006). Humour in the nurse-patient relation: a review of literature. *Recherche en soins infirmiers, janvier*, 85, 36-45.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. California: Sage Publications.

- Pegel, R. (2002). *The experience of Three Female Mental Health Clinicians Coping with Work Related Stress in Treating Traumatized Children* (Dissertation), Oregon State University, USA.
- Pottage, D. (1996). Stress and mental health social work: A developmental perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 124-131.
- Pratt, L. I., & Barling, J. (1988). Differentiating between daily events, acute and chronic stressors: A framework and its implications. Dans J. J. Hurrell, L. R. Murphy, S. L. Sauter, & C. L. Cooper (Éds), *Occupational Stress: Issues and Developments in Research* (pp. 410-53). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Rasmussen, H. N., Neufeld, J. E., Bouwkamp, J. C., Edwards, L. M., Ito, A., Magyar-Moe, J. L., ... Lopez, S. J. (2003). Environmental assessment Examining influences on optimal human functioning. Dans S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Éds), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 443-458). Washington, DC: American Psychological Association.
- Reason, P. (1988). *Human inquiry in action: Developments in new paradigm research*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Reason, P., & Bradbury, H. (Éds). (2007). *Handbook of action research* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Reason, P., Coleman, G., Ballard, D., Williams, M., Gearty, M., Bond, C., ... McLachlan, E. (2009). *Insider Voices: Human dimensions of low carbon technology*. Bath: Centre for Action Research in Professional Practice, University of Bath.
- Ring, P. S., & Van de Ven, A. H. (1994). Developmental processes of cooperative inter organizational relationships. *Academy of Management Review*, 19, 841-856.
- Robitschek, C., Smith, D. B., & Goldstein, H. W. (2000). Attraction-selection-attrition: Toward a person-environment psychology of organizations. Dans W. B. Walsh, K. H. Craik, & R. H. Price (Éds), *Person-environment psychology : New directions and perspectives* (2<sup>e</sup> éd., pp. 61-85). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Roelens, N. (1989). La quête, l'épreuve et l'œuvre : la constitution du penser et de l'agir à travers l'expérience. *Éducation permanente*, 100/101, 67-77.
- Romalear, P. (2001). *Notes sur l'entretien semi-directif centré*, préparé pour le séminaire du CEFAG.

- Rounds, J. B., & Tracey, T. J. (1990). From trait-and-factor to person-environment fit counselling: Theory and process. Dans W. B. Walsh, & S.H. Osipow (Éds), *Career counselling: Contemporary topics in vocational psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sandberg, J. (2000). Understanding human competence at work: An interpretative approach. *Academy of Management Journal*, 43, 9-25.
- Schabracq, M. J. (2003). Everyday well-being and stress in work and organizations. Dans M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Éds), *The handbook of work and health psychology* (pp. 9-36). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Schneider, B. (1987). The people make the place. *Personal Psychology*, 40(1), 437-453.
- Schneider, B. (2001). Fits about fit. *Applied Psychology: An International Review*, 50(1), 141-152.
- Schön, D. A. (1991). *The Reflective Turn, Case Studies in and on Educational Practice*. New York and London: Teachers College Press.
- Schön, D. A., & Rein, N. M. (1994). *Frame Reflection*. New York: Basic Books.
- Shirey, M. R. (2006). Stress and Coping in Nurse Managers: Two Decades of research. *Nursing Economics, July-August*, 24(4), 193-203.
- Shortell, S., Gillies, R., & Anderson, D. (1994). The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems. *Health Affairs*, 13(5), 46-64.
- Sinnott, J. D. (1989). *Everyday problem solving: Theory and applications*. New York, NY: Praeger.
- Sirratt, D. (2001). The relationship of occupational stressors and burnout on PTSD symptoms of emergency personnel. *Dissertation*, AAT 3017975, University of Memphis, Tennessee, USA.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2002). *The handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Spreitzer, G. M. (1995). An empirical test of a comprehensive model of intrapersonal empowerment in the workplace. *American Journal of Community Psychology. Special Empowerment theory, research, and application*, 23, 601-629.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Stake, R. E. (2000). Case studies. Dans N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Éds), *Handbook of qualitative research* (2<sup>e</sup> éd., pp. 435-454). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- St-Arnaud, Y. (1992). *Connaître par l'action*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Statistique Canada. (2009). Direction des études et analyses, MSSS.
- Sternberg, R. J. (1997). The concept of intelligence and its role in lifelong learning and success. *American Psychologist*, 52, 1030-1037.
- Sternberg, R. J. (1999). The theory of successful intelligence. *Review of General Psychology*, 3, 292-316.
- Stringer, E. (2007). *Action Research* (3<sup>e</sup> éd.). Los Angeles: Sage Publications.
- Stringer, E., & Dwyer, R. (2005). *Action research in human services*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Stringer, E., & Genat, W. (2004). *Action research in health*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Sundin, L., Bildt, C., Lisspers, J., Hochwalder, J., & Setterlind, S. (2006). Organisational factors, individual characteristics and social support: What determines the level of social support? *Work*, 27, 45-55.
- Tasto, D. L. (1977). *The health consequences of shift work*. *Conference on Occupational Stress*. Los Angeles, CA, 37-41.
- Thompson, D. P., McNamara, J. F., & Hoyle, J. R. (1997). Job satisfaction in educational organizations: A synthesis of research findings. *Educational Administration Quarterly*, 33(1), 7-37.
- Tipper, J. (1997). Les déterminants de la santé et du bien-être des fillettes et des jeunes filles. *Institut canadien de la santé infantile*, 7.
- Tremblay, M. (2006). Intervention intensive à domicile, intervention en groupe, les deux faces d'une même main. *Comment SIPPE'rendre?*
- Vachon, M. (1987). *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying, and the bereaved*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.



- Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13(2), 87-114.
- Warr, P. (1994). Age and employment. Dans H. C. Triandis, M. D. Dunnette, & L. M. Hough (Éds.), *Handbook of industrial and organizational psychology*, (4, 2<sup>e</sup> éd., pp. 485-550). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Weber, M. (1981). *General Economic History*. New Brunswick, N.J.: Transaction Books, 401 p.
- White, M. (1999). Reflecting-team work as definitional ceremony revisited. *Gecko*, 2 (reprinted as chapter 4 in this book).
- White, M. (2006). Responding to children who have experienced significant trauma: A narrative perspective. Dans M. White, & A. Morgan (Eds), *Narrative therapy with children and their families* (pp. 85-97). Adelaïde: Dulwitch Centre Publications.
- Wright, B. A., & Lopez, S. J. (2002). Widening the diagnostic focus : A case for including human strengths and environmental resources. Dans C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Éds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 26-44). New York: Oxford University Press.
- Yin, R. (2003). *Case Study Research Design, and Methods*, Third Edition, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, p. 160.
- Yu, K Y. T. (2009). Affectives influences. Dans Per-Environment Theory: Exploring the Role of Affect as Both Cause and Outcome of P-E fit. *Journal of Applied Psychology*, 94(5), 1210-1226.

**Appendice A**  
Guide d'entretien semi-directif centré

### *Guide d'entretien pour les entretiens individuels et de groupe*

Dans le cadre d'une recherche-action qui porte sur l'engagement et la relation entre la personne et l'environnement de travail, je souhaite décrire et expliquer l'expérience d'engagement des intervenants avec la clientèle de jeunes parents.

Les objectifs de la recherche sont :

- Décrire la perception que les intervenants d'une équipe multidisciplinaire ont des processus de négociation, de participation et d'évaluation à l'intérieur d'une équipe de travail;
- Décrire l'estimation des ressources disponibles pour jouer leur rôle;
- Décrire la représentation par l'équipe de travail des moyens visant à maximiser les atouts individuels et les ressources de leur milieu de travail.

### ATTENTES ET MOTIVATIONS ASSOCIÉES À LA DÉMARCHE

Les entretiens individuels et de groupe permettront de décrire et d'expliquer le vécu des personnes.

Le choix du type d'entretien individuel s'est arrêté sur l'entretien semi-directif centré (Romalear, 2001). C'est un compromis entre la liberté d'expression et la structure de la recherche. Le répondant s'exprime dans son propre langage, mais le chercheur

oriente par des reformulations et des relances déterminées préalablement. Les thèmes ne sont pas communiqués au répondant, ils sont déterminés par l'objectif de la recherche et la problématique à l'étude. Ces thèmes sont décrits ci-dessous.

Pour chacune des dimensions, je propose un questionnaire spécifique que l'on retrouve dans le guide d'entretien et qui permet de cerner les éléments pertinents pour la collecte de données.

L'utilisation de la carte conceptuelle (mind mapping) de Buzan (1993, 1995) sera utilisée pour les entretiens de groupe. Cette technique peut être considérée comme une méthode permettant de se représenter de façon visuelle des idées et de favoriser, par le recours au « brainstorming », le processus de l'association libre. C'est une façon d'avoir accès, sous forme picturale, à l'information que possède l'individu pour en stimuler l'expression et l'analyse. Elle permet de communiquer des idées complexes. La carte conceptuelle s'inscrit dans le développement du courant de la reconnaissance de la pensée complexe (Morin, 1999). Pour chacune des dimensions, les questions spécifiques du guide d'entretien individuel seront utilisées.

*Guide d'entretien semi-directif centré*

*Rappel de consignes : (Daunais, 1992)<sup>1</sup>*

Présentation, dire son nom, expliquer son rôle, le but de la recherche;

Respecter l'horaire;

Ententes concrètes, autorisation à l'enregistrement;

Conditions déontologiques;

Réactions de l'interviewé;

Échange neutre et savoir écouter.

Question de démarrage :

1. À partir de votre expérience avec la clientèle de jeunes parents, décrire une situation? Toute situation réussie ou problématique, pourvu qu'elle soit précise, située dans un contexte défini, cadrée dans un temps court, qu'elle s'appuie sur des faits précis et qu'elle représente un stress important.
2. Quels sont les jugements favorables : aspects qui sont évalués de façon positive?
3. Quels sont les jugements défavorables, les ambages, les difficultés de mener à bien le processus d'intervention?
4. Quels sont les éléments de sens qui ont trait aux rapports à l'environnement : (horaire, organisation du travail, les règles)?
5. Quelles sont les caractéristiques des clientèles? (principaux problèmes, situations difficiles)?
6. Quels sont les éléments de sens qui concernent la dimension émotive?  
Satisfaction insatisfaction, plaisir- déplaisir, communication)
7. Quels sont les éléments de sens qui ont trait au travail d'équipe?

L'utilisation de reformulations et de relances peut aider à répondre aux objectifs de la recherche.

---

<sup>1</sup> Daunais, J.-P (1992). « L'entretien non directif ». Dans : B. Gauthier (sous la direction de), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Sillery (Québec) : Presses de l'Université du Québec, 584 pages, chapitre 11, pp.273-293.

**Appendice B**  
Certificat d'éthique de la recherche



Université du Québec à Trois-Rivières

## CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

### RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

**Titre du projet :** Un groupe de professionnels et leur engagement avec les jeunes parents

**Chercheurs :** France Tanguay  
Département de psychologie

**Organismes :** Aucun

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

### PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 08 août 2011

Date de fin : 26 août 2012

### COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique;
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

### SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

Hélène-Marie Thérien  
Présidente du comité

Amélie Germain  
Secrétaire du comité

Date d'émission : 08 août 2011

N° du certificat : CER-08-135-04.08

DECSR



Université du Québec à Trois-Rivières

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

**ANNEXE**

Votre projet de recherche «**Un groupe de professionnels et leur engagement avec les jeunes parents**» se termine le **26 août 2012**, votre certificat portant le numéro **CER-08-135-04.08** est valable pour 12 mois.

En acceptant ce certificat d'éthique vous vous engagez à :

1. Informer le CER par écrit de tout changement qui doit être apporté à la présente recherche ou aux documents destinés aux participants, tels que publicité pour le recrutement, lettre d'information et formulaire de consentement, avant leur entrée en vigueur.
2. Demander annuellement le renouvellement de ce certificat en utilisant le formulaire prévu à cet effet au moins un mois avant la fin de la période de validité du présent certificat (**26 août 2012**).
3. Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de ce projet de recherche.
4. Faire parvenir au CER un rapport final en utilisant le formulaire prévu à cette fin au plus tard 1 mois après la fin de la recherche.



**Appendice C**  
Schéma du groupe 1

PERCEPTION  
EXTÉRIEURE

PETITS PAS

FORCE DES BESOINS

DIFF.  
DE PERCEPTION  
- DES BESOINS

APPRÉHENS  
NOUVEAUX

EXPERIENCE  
INNOVATION  
PROFESSIONNELLE  
ÉQUIPE

**Appendice D**  
Schéma du groupe 2



for 2-3 years  
2000-2002