

## Perceptions des professionnels de leurs pratiques auprès des parents de jeunes enfants

Francine de Montigny and Carl Lacharité

Number 16, Spring 2012

L'éducation familiale visant à soutenir les parents et les enfants vivant dans des contextes de risque

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1012801ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1012801ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

INRS-UCS

ISSN

1708-6310 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

de Montigny, F. & Lacharité, C. (2012). Perceptions des professionnels de leurs pratiques auprès des parents de jeunes enfants. *Enfances, Familles, Générations*, (16), 53–73. <https://doi.org/10.7202/1012801ar>

Article abstract

This study is intended to describe professionals' beliefs and perceptions with regard to their help-giving practices towards parents of young children as well as to examine the nature of the relationships between these beliefs and perceptions, and the reality of such help-giving principles and practices. A descriptive, quantitative, correlational study was carried out with 203 professionals. A model of professionals' involvement in family care and services was unveiled. When professionals adopt empowerment principles, they tend to perceive parents more positively, and succeed in applying collaborative practice towards the parents of young children who experience vulnerable conditions such as poverty.

## ***Perceptions des professionnels de leurs pratiques auprès des parents de jeunes enfants***

### **Francine de Montigny**

Professeure en sciences infirmières, Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles, directrice du CERIF, Université du Québec en Outaouais  
francine.demontigny@uqo.ca

### **Carl Lacharité**

Professeur en psychologie, directeur du GRIN et du CEIDF,  
Université du Québec à Trois-Rivières  
Carl.lacharite@uqtr.ca

---

### **Résumé**

*Cette étude vise à décrire les croyances et les perceptions des intervenants de leurs pratiques professionnelles et à examiner la nature des relations entre leurs croyances, leurs perceptions des parents ainsi que les principes et les pratiques qu'ils adoptent. Une étude quantitative descriptive et corrélationnelle effectuée auprès de 203 intervenants révèle un modèle de l'engagement des professionnels dans les soins et les services à l'égard des parents de jeunes enfants. Lorsque les intervenants adoptent des principes d'empowerment, ils perçoivent les parents qu'ils côtoient plus positivement et réussissent à mettre en place des pratiques professionnelles collaboratives auprès des parents de jeunes enfants en contexte de vulnérabilité.*

**Mots clés :** valeurs, pratiques professionnelles, collaboration, soutien, parents, familles

### **Abstract**

*This study is intended to describe professionals' beliefs and perceptions with regard to their help-giving practices towards parents of young children as well as to examine the nature of the relationships between these beliefs and perceptions, and the reality of such help-giving principles and practices. A descriptive, quantitative, correlational study was carried out with 203 professionals. A model of professionals' involvement in family care and services was unveiled. When professionals adopt empowerment principles, they tend to perceive parents more positively, and succeed in applying collaborative practice towards the parents of young children who experience vulnerable conditions such as poverty.*

**Keywords:** beliefs, help-giving practices, collaboration, support, parents, families

---

## 1. Introduction<sup>1</sup>

Au cours des quinze dernières années, une augmentation constante est observée du nombre d'enfants et de familles exposés à des situations de risque psychosocial (pauvreté, chômage, isolement social, jeune âge des parents, etc.). Au cours de la même période, des modèles de soins et de services ont été développés, mettant l'accent sur la collaboration parents-professionnels ainsi que la collaboration interdisciplinaire et interinstitutionnelle.

Au moins quatre secteurs de services constituent actuellement l'environnement dans lequel évoluent les familles ayant de jeunes enfants et vivant des difficultés psychosociales : le secteur de la santé et des services sociaux, qui regroupe les services périnataux, les services à l'enfance, la jeunesse et la famille offerts par les centres de santé et de services sociaux, les centres jeunesse et les centres hospitaliers; le secteur de l'éducation, qui regroupe les centres de la petite enfance et les écoles et maternelles; le secteur communautaire que constituent les organismes communautaires; et le secteur de la réadaptation, qui regroupe les centres de réadaptation physique, intellectuelle et portant sur les dépendances et toxicomanies. Cet environnement de services représente un contexte important d'exercice des responsabilités et des compétences parentales pour les parents qui rencontrent des difficultés psychosociales et ceux dont l'enfant présente des difficultés précoces. À ce sujet, le « regard » que les professionnels (psychoéducateurs, travailleurs sociaux, infirmières, éducateurs, médecins, psychologues, agents de relation humaine, etc.) œuvrant dans ces secteurs de services posent sur les parents constitue un élément central (a) de l'interface entre les parents et l'environnement de soins et de services et (b) du développement de la parentalité au sein de la société contemporaine.

Depuis les quinze dernières années, plusieurs recherches ont tenté de décrire les différentes formes que peut prendre ce regard ou cette attitude des professionnels à l'endroit des parents vivant des difficultés psychosociales (Dunst *et al.*, 1994; de Montigny et Lacharité, 2008; Lacharité *et al.*, 1999, 2000, 2005; Miron, 1998; Tochon et Miron, 2000). Ces travaux semblent s'entendre pour montrer que les parents réagissent positivement (meilleure estime de soi, plus grand sentiment de contrôle, meilleure collaboration, etc.) à certaines attitudes professionnelles plutôt qu'à d'autres. Ces attitudes ont été articulées autour du cadre de référence de l'*empowerment*. Dunst *et al.* en 1988 avaient déjà décrit les principales facettes des pratiques d'aide d'*empowerment*. Dunst et Paget (1991) et Trivette *et al.* (1993) ont cependant décrit que les institutions de services auprès des familles variaient considérablement sur un continuum allant des services « professionnellement centrés » jusqu'aux services « centrés sur la famille ». Ils ont également mentionné que le discours professionnel peut considérablement différer des pratiques professionnelles envers les parents, bien que les perceptions des professionnels soient souvent liées aux pratiques elles-mêmes (Lacharité *et al.*, 2005).

---

<sup>1</sup> Les auteurs désirent souligner la contribution du Fonds d'actions concertées du FQRSC par l'octroi d'une subvention de recherche. Les auteurs remercient les intervenants et les assistantes de recherche ayant participé au projet, en sciences infirmières : Myriam Brin, Annie Fleurant, Suzanne Gagné, Isabelle Gauthier, Christine Gervais, Annie-Pier Groulx, Natacha Meilleur, Isabelle Landry, Andréanne Savoie, Carol Anne Langlois; en psychologie : Sylvie Desmet et Laurence Martin; en travail social : Marie Ève Fournier.

### 1.1 Cadre de référence

Un des principaux cadres de référence qui permet de problématiser les pratiques professionnelles dans une perspective expérientielle est le modèle de l'*empowerment* (Baldwin *et al.*, 1999; Devault, 1999; Dunlap, 1997; Gibson, 1995; Helfinger et Bickman, 1997; Le Bossé et Dufort, 2001; McCallum et Prilleltensky, 1996; Midmer, 1992; Ouellet *et al.*, 2000; St-Cyr Tribble *et al.*, 2001; Vincent, 1996)<sup>2</sup>. Dunst, Trivette et Lapointe (1994) soulignent que le modèle de l'*empowerment* s'articule autour de trois éléments fondamentaux. Premièrement, ce modèle propose une « idéologie » des rapports entre les individus et les systèmes sociaux dont ils font partie et auxquels ils participent en tant qu'acteurs. Un des premiers postulats derrière ce modèle met donc en relief la capacité des individus à définir les termes de leur propre vie, de leur propre identité et de leurs projets. Deuxièmement, le modèle de l'*empowerment* s'est également constitué en pratiques (d'aide ou de soutien) qui visent à renforcer le pouvoir d'agir des personnes et des groupes, comme les familles, et à mobiliser les ressources qui leur sont nécessaires pour répondre à leurs besoins et réaliser leurs projets (personnels, familiaux et collectifs) auxquels ils accordent de la valeur. Dunst, Trivette et Lapointe (1994) nomment ce deuxième élément les « activités participatives ». Le troisième et dernier élément central du modèle de l'*empowerment* s'articule autour des « indicateurs » du pouvoir d'agir. Ici, le pouvoir d'agir n'est plus seulement conçu comme un processus, mais également comme un résultat (*outcome*). Dunst, Trivette et Deal (1988, 1994) ont examiné l'application du modèle de l'*empowerment* dans le cadre concret de la relation de soutien entre un professionnel et un parent. Ils ont proposé un ensemble de 12 principes permettant d'opérationnaliser le modèle d'*empowerment* en ce qui a trait aux principaux éléments qui caractérisent une aide efficace, c'est-à-dire qui soutient l'exercice des compétences et du pouvoir d'agir des parents. Il serait juste de dire que ces principes constituent l'ensemble des *best practices* en matière d'*empowerment* des parents. Le Tableau 1 présente brièvement chacun de ces principes.

---

2 Nous préférons le terme « pouvoir d'agir » à tous les autres termes français (appropriation, autonomisation, habilitation, etc.) qui ont pu être proposés à ce jour en guise de traduction du terme « empowerment », mais par souci d'en conserver le sens, nous nous sommes permis d'utiliser le terme anglais original.

Tableau 1. Principes de soutien et d'aide efficace dans la relation parent-professionnel  
(adapté de Dunst *et al.*, 1988, 1994)

---

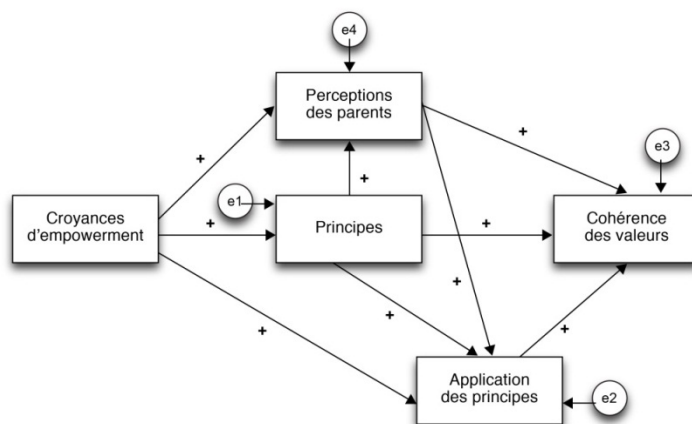
1.	Le soutien est plus efficace quand l'intervenant adopte une attitude positive et invitante (désir sincère de prendre soin de l'autre, de lui rendre service, chaleur, encouragement). Lorsque l'intervenant est perçu comme agissant par gentillesse ou par générosité, le soutien est considéré de manière plus favorable.
2.	Le soutien a plus de chances d'être reçu favorablement si l'intervenant offre du soutien plutôt que d'attendre qu'on le lui demande. La sensibilité de l'intervenant aux messages verbaux et non verbaux du parent est une qualité essentielle pour pouvoir agir de façon appropriée. Le soutien est perçu comme étant plus efficace lorsque l'intervenant offre un soutien qui correspond à un besoin ressenti par le parent.
3.	Le soutien est plus efficace quand l'intervenant permet que le processus de décision soit clairement contrôlé par le parent. Cela inclut les décisions à propos des besoins à satisfaire/buts à atteindre, des moyens utilisés et, au bout du compte, de l'acceptation ou du rejet du soutien. Le droit de refuser l'aide offerte doit être explicitement reconnu par l'intervenant, la décision de refuser doit être clairement validée (approuvée) et la possibilité d'échanges futurs doit être laissée ouverte. Moins l'aide implique une perte de liberté, plus elle est perçue comme favorable et efficace.
4.	Le soutien est plus efficace s'il permet d'éviter de laisser l'impression que le parent est anormal (comparé aux autres personnes dans la même situation). Le soutien non normatif peut entraîner des sentiments d'infériorité et d'incompétence.
5.	Le soutien est plus efficace lorsqu'il correspond au type d'évaluation et de compréhension que le parent a de son problème ou de son besoin. La perception qu'une personne a de ses problèmes et de ses besoins exerce une grande influence sur la direction de sa conduite.
6.	Le soutien a plus de chances d'être reçu favorablement si les « coûts » entraînés par sa recherche et son acceptation n'excèdent pas les « bénéfiques » que le parent en retire. Le soutien aura tendance à être considéré comme une « bonne affaire » s'il réduit les risques d'une baisse de l'estime de soi, s'il encourage l'exercice des libertés (processus de décision) et s'il favorise un sentiment de compétence et d'adéquité.
7.	Le soutien a plus de chances d'être reçu favorablement si le parent a la possibilité de « retourner la pareille » (réciprocité) et que cette possibilité est clairement approuvée par l'intervenant sans être formellement attendue. La réciprocité est un moyen efficace pour réduire le sentiment de dette envers l'intervenant, elle permet au parent d'avoir l'impression d'avoir autant à donner qu'à recevoir.
8.	Le soutien a plus de chances d'être bénéfique si le parent a l'impression de réussir immédiatement à régler son problème ou à combler son besoin (ou à vivre des réussites immédiates sur le trajet le menant à la résolution de son problème ou la satisfaction de son besoin). Cela peut être accompli principalement en encourageant l'utilisation des forces/capacités existantes de la personne pour résoudre des éléments du problème.
9.	Le soutien est plus efficace si l'intervenant encourage l'utilisation des réseaux naturels de soutien du parent et ne favorise pas leur remplacement par un réseau d'aide professionnelle. Le soutien permet de redonner du pouvoir au parent s'il sert à améliorer les échanges entre lui et les personnes de son réseau social naturel et à encourager le sentiment d'appartenir à une communauté (plutôt que d'en être aliéné ou exclu).
10.	Le soutien a plus de chances de promouvoir un fonctionnement positif si l'intervenant réussit à susciter chez le parent un sentiment de coopération et de responsabilité partagée (partenariat) dans la satisfaction d'un besoin ou la résolution d'un problème. La participation active du parent aux décisions qui le concerne, lui et son enfant, et le partage du fardeau des responsabilités entre lui et l'intervenant permet au parent de se sentir valorisé, important et égal.
11.	Le soutien a plus de chances d'être bénéfique si l'intervenant encourage l'aidé à acquérir des habiletés/stratégies permettant de réduire le besoin d'aide future. Si l'intervenant cherche activement à rendre l'aidé plus compétent et plus autonome, quel que soit le type de soutien fourni, ce soutien est perçu plus favorablement par l'aidé. Cela constitue l'une des caractéristiques les plus importantes de la relation de soutien entre l'aidé et l'intervenant.
12.	Le soutien a plus de chances d'être bénéfique si l'aidé peut percevoir les améliorations dans sa situation et se percevoir lui-même comme étant le responsable des changements (sentiment de contrôle/maîtrise). C'est surtout cet aspect qui permet aux changements de durer.

---

## 1.2 Objectifs

Cet article vise à décrire les perceptions des intervenants des parents qu'ils côtoient ainsi que les croyances et les principes sur lesquels ils appuient leurs pratiques, de sorte à répondre aux questions suivantes : 1) Quelles sont les perceptions des intervenants des parents qu'ils côtoient? 2) Sur quelles croyances et quels principes les intervenants de différents secteurs de soins et de services perçoivent-ils que leurs pratiques envers les parents reposent? 3) Quelle cohérence existe-t-il entre les croyances des intervenants, leurs perceptions des pères et des mères et leurs perceptions des pratiques qu'ils adoptent? L'objectif est ici d'examiner comment un modèle théorique de l'engagement des professionnels dans les soins et les services à l'égard des parents de jeunes enfants est expliqué à partir de données recueillies auprès d'un échantillon de 203 intervenants interdisciplinaires et intersectoriels. Les hypothèses à la base de cette étude, comme illustrées à la Figure 1, sont : 1) il existe un lien direct positif entre les croyances des intervenants à propos de l'*empowerment* et les perceptions des parents, les principes d'aide et leur application; 2) il existe un lien direct positif entre les principes d'aide et leur application, les perceptions des parents et la cohérence; 3) il existe une relation indirecte positive entre les principes d'aides et la cohérence des valeurs, de sorte que lorsque les perceptions des parents sont positives ou les principes sont applicables, l'intervenant ressent une cohérence des valeurs; 4) il existe une relation indirecte, positive, entre les croyances des intervenants et la cohérence des valeurs de manière telle que plus des croyances à l'égard de l'*empowerment* sont présentes, plus les principes d'aide sont élevés, plus une cohérence dans les valeurs est ressentie. Ces hypothèses ont été élaborées en se basant sur les écrits de Dunst *et al.* (1988, 1994) et sur les résultats d'études qualitatives réalisées auprès d'intervenants (Baker *et al.*, 2007; de Montigny *et al.*, 2011).

Figure 1. Modèle théorique de l'engagement des professionnels dans les soins et les services à l'égard des parents de jeunes enfants. Note : e = terme d'erreur



## 2. MÉTHODOLOGIE

Cet article présente les résultats d'une étude quantitative multicentrique, de type descriptif corrélationnel, réalisée dans quatre régions du Québec, soit l'Outaouais, l'Estrie, la Mauricie et le Centre-du-Québec. L'approbation éthique du projet fut accordée par trois universités, soit l'Université du Québec en Outaouais, l'Université du Québec à Trois-Rivières et l'Université de Sherbrooke, de même que par le CSSS de Gatineau et celui de la Mauricie-Centre-du-Québec. Le projet a aussi reçu l'aval des commissions scolaires concernées.

## 3. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

### 3.1 Milieux ciblés

Cette étude s'est effectuée auprès de 203 intervenants provenant de 23 établissements, dans quatre secteurs de soins et de services (santé et services sociaux, communautaire, éducation et réadaptation) dans quatre régions du Québec : Outaouais (ouest du Québec), Mauricie, Centre-du-Québec et Estrie (sud du Québec). Ces quatre secteurs de services ont été ciblés de manière à couvrir un ensemble significatif de besoins ressentis par les parents de la grossesse jusqu'à l'entrée à l'école de l'enfant : santé et services sociaux (centres hospitaliers et centres de services dans la communauté), éducation (centres préscolaires et scolaires, telles écoles), organismes communautaires familiaux et réadaptation (tels les centres de réadaptation et les centres de protection de l'enfant). Voir le Tableau 2 pour la répartition des établissements participants par régions et secteurs de services.

Tableau 2. Répartition des établissements participants par régions et secteurs de services

	Mauricie/Centre-du-Québec	Outaouais	Estrie
	11 établissements	8 établissements	4 établissements
Services communautaires	• 6	• 2	
8 établissements			
Services éducatifs	• 1 CPE	• 4 écoles	• 4 CPE
9 établissements			
Services sociaux et de santé	• 2 CLSC	• 1 CSSS	
4 établissements			
Services de réadaptation	• 1 Centre de réadaptation		
2 établissements	• 1 Centre de protection de l'enfant		

### 3.2 Sélection de l'échantillon

Un échantillon de convenance de type hétérogène est ciblé. Le projet ne visant pas l'évaluation d'un milieu spécifique, des efforts sont déployés pour diversifier la provenance des intervenants, de sorte à refléter différentes croyances à l'égard des pratiques auprès des parents, et différentes manières dont les milieux soutiennent la mise en œuvre de ces croyances.

Les critères d'inclusion sont : 1) être un intervenant auprès de parents ayant des enfants de moins de cinq ans; 2) être capable de lire et d'écrire le français. Pour recruter les participants, le projet leur est présenté, lors de rencontres formelles et/ou informelles, dans leur milieu de travail. Les intervenants qui le souhaitent peuvent répondre aux questionnaires à leur domicile ou au travail, à leur convenance et celle de l'employeur. La passation d'un ensemble de questionnaires validés auprès d'intervenants francophones est d'une durée de 30 à 45 minutes, le cahier-questionnaire étant remis à une personne contact du milieu dans une enveloppe scellée. Dans le milieu scolaire, une assistante de recherche est présente dans la classe pour suppléer le professeur pendant le temps nécessaire à la complétion du cahier questionnaire.

### 3.3 Caractéristiques des participants

L'échantillon (N = 203) est composé d'intervenants communautaires (N = 36, soit 19 %), d'éducateurs (par exemple enseignants et psychoéducateurs en milieu scolaire) (N = 78; 40 %), d'infirmières (N = 35; 18 %), d'intervenants sociaux (N = 18; 9 %), de gestionnaires (N = 11; 6 %) et de spécialistes (par exemple des psychologues) (N = 17; 9 %). Ces intervenants œuvrent dans les secteurs de l'éducation (32 %), communautaire (22 %), de la santé et des services sociaux (33 %) et de la réadaptation (13 %). Cinquante pour cent (N = 102) des répondants provenaient de la région de l'Outaouais et 24 % (N = 48) de la région de la Mauricie, 16 % du Centre-du-Québec (N = 32) et 10 % (N = 21) de l'Estrie. Le Tableau 3 présente une répartition des intervenants par secteur de soins et de services.

Tableau 3. Répartition des participants par secteurs de soins et de services

	<b>Professionnels</b>
Services sociaux et de santé	66
Services éducatifs	65
Services de réadaptation	27
Services communautaires	45
<b>TOTAL</b>	<b>203</b>

Le portrait des intervenants montre que près de 58 % d'entre eux sont âgés de moins de 40 ans. Il est intéressant de noter que le mode, soit un peu plus de 18 %, appartient à celui des 45 à 49 ans. Près de 90 % des répondants sont des femmes. Les hommes étant sous-représentés (N = 20 par rapport à 183 femmes), une seule échelle a été



examinée en distinguant le genre de l'intervenant, soit l'échelle des perceptions à l'égard des parents.

Au plan de la formation scolaire, dix-sept pour cent (17 %) des intervenants ne détiennent aucun diplôme, 39 % détiennent un diplôme d'études collégiales ou moindres, 30 %, un diplôme de premier cycle universitaire et 12 %, un diplôme de deuxième cycle. Cinquante-huit pour cent (N = 115) de tous les intervenants ont moins de 10 années d'expérience dans leur domaine de pratique et 20 % en comptent vingt ou plus. Vingt-neuf pour cent (29 %) ont rapporté poursuivre, au moment de la cueillette de données, une formation de « perfectionnement ».

### 3.4 Variables à l'étude et instruments de mesure

Les variables à l'étude sont les perceptions des intervenants à l'égard des parents et leurs perceptions à l'égard de leurs pratiques professionnelles à l'endroit des parents. Ces pratiques sont examinées sous quatre angles, soit 1) les croyances des intervenants à l'égard de l'*empowerment*; 2) leurs perceptions de la cohérence des valeurs envers le partenariat avec les parents; 3) leurs perceptions des principes d'interventions et 4) de l'application des principes.

#### 3.4.1 Les instruments de recherche

##### 3.4.1.1 Questionnaire des perceptions des intervenants à l'égard des parents.

Les « perceptions à l'égard des parents », c'est-à-dire jusqu'à quel point l'intervenant attribue des caractéristiques positives ou négatives aux pères et aux mères qu'il côtoie, sont mesurées par le questionnaire des perceptions des intervenants au sujet des parents de Lacharité (2000a). Ce questionnaire comporte une liste de 26 paires d'adjectifs positifs et négatifs. L'intervenant doit utiliser ces paires d'adjectifs pour décrire, selon une échelle de 10 (la personne possède cette qualité) à 0 (la personne est à l'opposé de cette qualité), ses perceptions des pères qui prennent contact avec son organisme. Il répète ensuite l'exercice en fonction de ses perceptions des mères qui prennent contact avec son organisme. Cette échelle obtient un alpha de Cronbach 0,978.

##### 3.4.1.2 Questionnaires des perceptions des pratiques professionnelles

Trois instruments permettent de mesurer les perceptions des intervenants de leurs pratiques professionnelles selon quatre angles : 1) le questionnaire d'orientations professionnelles (Lacharité et Gagnier, 1999); 2) les caractéristiques du partenariat entre les parents et les intervenants (Dunst *et al.*, 1994; Lacharité, 2000 b); et 3) le questionnaire sur les principes concernant le soutien aux parents, soit l'adhésion aux principes et leur applicabilité (Lacharité, 2002).

- **Questionnaire d'orientations professionnelles**

Ce questionnaire mesure les croyances à l'égard de l'*empowerment*, nommées ici « croyances d'*empowerment* », c'est-à-dire jusqu'à quel point l'intervenant endosse des croyances qui mettent en évidence la contribution des facteurs contextuels dans la production des problèmes et l'importance de soutenir le pouvoir d'agir des parents face à ces facteurs contextuels. Ce questionnaire a été construit en transposant en

32 items quantifiables le tri par cartes<sup>3</sup> sur les orientations professionnelles de Lacharité et Gagnier (1999). Mesuré sur une échelle de Likert de 1 à 5, où 1 correspond à tout à fait et 5 correspond à tout à fait à l'opposé, ce questionnaire est recodé pour des fins statistiques. Il permet à un *praticien* de décrire les croyances qu'il privilégie dans les services qu'il offre aux parents. Le tri par cartes est validé auprès d'un échantillon d'intervenants en réadaptation et de psychologues en formation. Le questionnaire d'orientations professionnelles face au soutien apporté aux parents obtient un alpha de 0,86, alors que l'alpha de chaque sous-échelle prise individuellement est de 0,88 pour l'échelle d'expertise, et de 0,69 pour l'échelle d'*empowerment*.

- **Caractéristiques du partenariat**

Ce questionnaire mesure la variable de « cohérence des valeurs » envers le partenariat avec les parents, c'est-à-dire jusqu'à quel point l'intervenant considère qu'il a la chance de mettre en pratique les valeurs qu'il considère comme étant prioritaires dans la relation avec les parents. Ce questionnaire mesurant les caractéristiques du partenariat entre les parents et les intervenants (Dunst, *et al.*, 1994; Lacharité, 2000 b) a aussi été construit en transposant 25 items d'un tri par cartes sur les caractéristiques du partenariat en 25 items. Ce questionnaire demande à l'intervenant de classer les 25 énoncés en ordre d'importance, du plus essentiel au moins essentiel. L'intervenant doit ensuite indiquer, pour les cinq principes essentiels, le pourcentage de parents avec lesquels il a réellement l'occasion de mettre en pratique ces principes.

- **Questionnaire sur les principes concernant le soutien aux parents**

Ce questionnaire mesure deux variables à l'étude. D'une part, il mesure les « principes » positifs d'interventions, c'est-à-dire jusqu'à quel point l'intervenant endosse les 12 principes qui définissent des pratiques d'aide efficace envers les parents. D'autre part, il mesure aussi l'« application des principes », c'est-à-dire jusqu'à quel point l'intervenant considère comme applicable, dans son contexte de travail, ces principes à la base des pratiques d'aide efficace. Ce questionnaire dresse une liste de 12 principes concernant le soutien et l'aide apportés aux parents, construite en se basant sur les principes de Dunst, Trivette et Deal (1994) décrits au Tableau 1. L'intervenant doit signifier son degré d'accord avec le principe sur une échelle de 1 à 5, où 1 signifie fortement d'accord et 5 signifie fortement en désaccord. Cette échelle obtient un alpha de 0,74. Dans un deuxième temps, l'intervenant doit évaluer dans quelle mesure chacun de ces principes est applicable aux interactions qu'il a avec les parents dans le cadre de son travail. Cette deuxième liste est aussi mesurée avec une échelle de 1 à 5, où 1 signifie fortement d'accord et 5 signifie fortement en désaccord. Son alpha est de ,80.

En plus de ces procédures, un questionnaire de renseignements généraux a permis de recueillir des informations sur les conditions de pratiques (types de milieux) et les caractéristiques personnelles des praticiens (sexe, âge, formation, nombre d'années d'expérience).

---

3 Méthode qui demande aux sujets de classer et regrouper des contenus qui leur sont présentés sur des cartes.

### 3.5 Analyses statistiques

SPSS 18.0 a été utilisé pour les analyses. Les données des questionnaires ont fait, en premier lieu, l'objet d'analyses descriptives mettant en relief les éléments les plus saillants des perceptions, des croyances et des pratiques professionnelles des intervenants provenant de différents secteurs de soins et de services (moyennes, écarts-types, fréquences, voir Tableau 4). Pour tester des corrélations, des tests-T et des analyses de corrélations ont été réalisées, avec un seuil de signification de  $p < 0,05$ , (voir Tableau 5).

Une stratégie de développement de modèle étant privilégiée (Jöreskog, 1993), le modèle théorique (Figure 1) a été soumis à des analyses d'équations structurelles à l'aide du logiciel AMOS (18.0) (Arbuckle, 2009). La modélisation par équations structurelles (Structural Equation Model, SEM) est privilégiée comme mode d'analyse des données, car cette approche permet la vérification d'hypothèses et procure des estimés explicites des paramètres d'erreurs de variances (Byrne, 2001). Les données absentes (moins de 5 % des données) ont été remplacées par la moyenne de chaque variable, selon le genre. L'évaluation du modèle s'est réalisée en deux étapes : 1) les analyses préliminaires ont permis d'établir que les données étaient distribuées normalement; 2) les analyses d'équations structurelles basées sur les matrices de covariance (voir Tableau 6) ont été réalisées en utilisant la méthode d'estimation maximale de la vraisemblance des paramètres (MLE).

Tableau 4  
Moyennes, scores minimum et maximum et écarts-types

	Minimum	Maximum	Moyennes	Écarts-types
Croyances <i>empowerment</i>	2,88	5,00	4,23	0,41
Principes positifs d'interventions	3,17	5,00	4,41	0,36
Perceptions des parents	3,73	9,96	7,02	1,26
Cohérence des valeurs	0,00	100	82,24	13,47
Application des principes	2,50	5,00	3,78	0,45

Tableau 5  
Tableau de corrélations

	Croyances <i>empowerment</i>	Principes positifs d'interventions	Perceptions des parents	Cohérence des valeurs	Application des principes
Croyances <i>empowerment</i>	1,000** ,000				
Principes positifs d'interventions	,302** ,000	1,000** ,000			
Perceptions des parents	,132 ,060	,202** ,004	1,000** ,000		
Cohérence des valeurs	,162* ,021	,290** ,000	,324** ,000	1,000** ,000	
Application des principes	,239** ,001	,602** ,000	,314** ,000	,294** ,000	1,000** ,000

\*\* La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

\* La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

#### 4. Résultats

Les résultats sont présentés selon quatre angles afin de répondre aux différentes questions à l'étude. En premier lieu, les perceptions des intervenants à l'égard des parents qu'ils côtoient sont présentées. En deuxième lieu, les croyances des professionnels à l'égard de l'*empowerment* sont examinées. En troisième lieu, les principes sur lesquels les intervenants de différents secteurs de soins et de services basent leurs pratiques et leur applicabilité sont décrits. En dernier lieu, la cohérence entre les croyances des intervenants, leurs perceptions des pères et des mères et leurs perceptions des pratiques qu'ils adoptent est examinée par la validation d'un modèle théorique de l'engagement des professionnels à l'égard des parents de jeunes enfants.

##### 4.1 Perceptions des intervenants à l'égard des parents

Une première analyse descriptive des données portant sur les perceptions des intervenants à l'égard des parents permet de constater que, somme toute, les intervenants ont une perception positive des parents qu'ils côtoient, leurs perceptions des mères (M = 7,2) étant significativement plus positives que leurs perceptions des pères (M = 6,8). Ainsi, un test T révèle que les intervenants perçoivent les mères comme étant plus chaleureuses, plus compétentes, plus gentilles, plus honnêtes, plus sages, plus sociables, plus courageuses, plus adroites, plus généreuses, plus propres, plus travaillantes, plus cohérentes, plus faciles, plus tranquilles, plus volubiles, plus actives (p<,0001). Les pères sont perçus comme étant plus drôles (p<,01) et plus calmes (p<,10). Les intervenants ne décrivent aucune différence entre les pères et les

mères quant à leur santé, leur bien-être, leur optimisme, leur simplicité, leur satisfaction et leur joie.

Les résultats indiquent que les professionnels masculins ne sont pas moins sévères dans leur perception des mères que sont les professionnelles féminines. Par contre, les professionnels masculins vont percevoir moins positivement les pères que le font les professionnelles féminines ( $p < ,01$ ). Le genre du professionnel semble donc être un facteur modérateur dans la perception des pères, mais non dans la perception des mères. À propos de ces derniers, il semble y avoir consensus : les pères sont moins « intéressants » que les mères. Des analyses de corrélations entre les perceptions des parents et l'âge de l'intervenant, sa formation, son expérience, son secteur d'activités sont effectuées afin de distinguer les liens entre ces variables. Le nombre d'années de scolarité des intervenants n'est pas corrélé significativement avec leurs perceptions des parents. Toutefois, l'âge, l'expérience, le secteur d'activité le sont. Ainsi, les intervenants ayant plus d'expérience perçoivent plus négativement les pères ( $p < ,01$ ) et les mères ( $p < ,05$ ), alors que les intervenants plus jeunes ont une perception plus positive des parents, particulièrement des pères ( $p < ,01$ ). On note des différences significatives dans les perceptions des mères et des pères selon les secteurs de services des intervenants. Ainsi, les intervenants des secteurs communautaire ( $p < ,001$ ), de la santé ( $p < ,0001$ ) et de l'éducation ( $p < ,0001$ ) ont une perception plus positive des mères que les intervenants des secteurs de réadaptation. Ces mêmes secteurs (communautaire  $p < ,01$ ; santé  $p < ,05$  et éducation,  $p < ,000$ ) ont une perception plus positive des pères que les intervenants des secteurs de réadaptation.

#### 4.2 Les croyances des professionnels à l'égard de l'empowerment

Le regard des chercheurs à propos des croyances des professionnels s'est intéressé particulièrement aux croyances à l'égard de l'empowerment. Le modèle de l'empowerment s'articule autour de croyances qui affirment que les problèmes rencontrés par les parents sont habituellement causés par la présence d'obstacles ou d'entraves à l'acquisition de compétences ou l'exercice de celles-ci.

Différentes analyses démontrent une grande cohérence intersectorielle et interprofessionnelle dans les croyances des intervenants à l'égard de l'empowerment, les principes et l'application de ces principes, faisant état d'une base commune de pratiques assez importante et de quelques nuances que nous décrirons brièvement. Ainsi, ni le sexe de l'intervenant, son expérience professionnelle ou son niveau de formation n'est corrélé avec les croyances qu'il adopte. L'âge nuance ce propos, les intervenants plus âgés adoptant plus régulièrement des croyances les orientant vers des pratiques où ils se posent en expert à propos des solutions que les parents devraient adopter afin de résoudre leurs problèmes.

#### 4.3 Les principes concernant le soutien aux parents : adoption et application

La proportion de professionnels étant « d'accord ou fortement d'accord » avec chacun des douze principes d'empowerment énoncés au Tableau 1 et la proportion des professionnels considérant « assez ou facilement applicable » chacun de ceux-ci ont ensuite été examinées. Chacun des 12 principes est endossé par une majorité de professionnels, certains sont même endossés par presque tous les professionnels : *Attitude positive et invitante* (96,5 %); *Susciter un sentiment de coopération et de responsabilité partagée* (97,5 %); *Soutenir l'acquisition d'habiletés permettant de réduire le besoin d'aide future* (95,1 %); *Attribuer la responsabilité des améliorations au*

parent (98,4 %). Le principe étant le moins endossé est Vivre ? une possibilité de réciprocité par le parent (60,5 %).

Les résultats quant à l'applicabilité des 12 principes découlant du modèle de l'*empowerment* perçue par les professionnels montrent que plusieurs principes semblent présenter des difficultés d'application notables. C'est ainsi que les professionnels rapportent pouvoir difficilement : *Encourager les parents dans l'utilisation des réseaux naturels* (41,3 %); *Utiliser les forces du parent pour produire des réussites immédiates* (49,2 %); et *Avoir une relation de réciprocité avec le parent* (33,7 %).

#### 4.4 Modèle de l'engagement des professionnels dans les soins et les services à l'égard des parents de jeunes enfants

Malgré les quelques nuances énoncées ci-haut, il existe une base commune de pratiques entre les secteurs de services et les différents professionnels. La nature des relations entre les perceptions à l'égard des parents, les croyances face aux besoins des parents, les principes d'*empowerment* adoptés, et ceux appliqués, est explorée à l'aide du logiciel AMOS 18.0. La matrice de covariance est la base des analyses (voir Tableau 6). Une variété d'indices peut être choisie afin d'évaluer la validité du modèle. Le chi-carré, le *goodness of fit* (GF1) et le RMSEA sont ici privilégiés, car ils sont reconnus comme étant les indices les plus informatifs (Byrne, 2001).

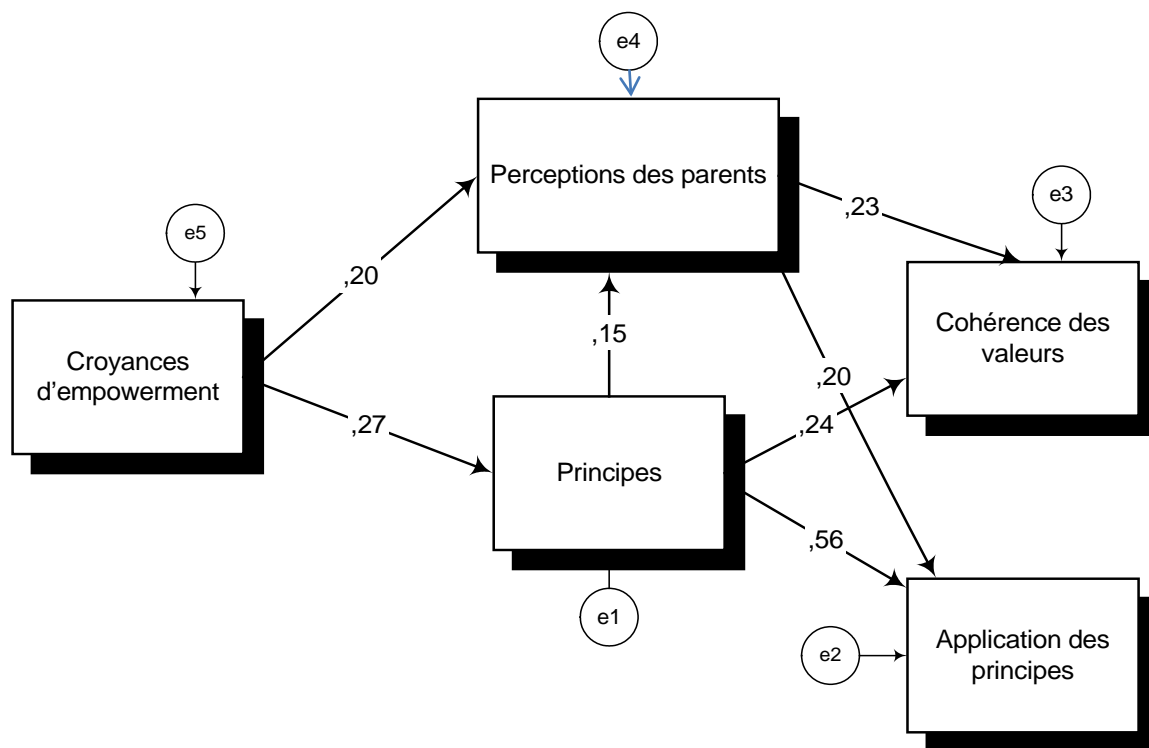
Tableau 6  
Matrice de covariance de l'échantillon

	Croyances <i>empowerment</i>	Principes positifs d'interventions	Perceptions des parents	Cohérence des valeurs	Application des principes
Croyances <i>empowerment</i>	0,173				
Principes positifs d'interventions	0,041	0,132			
Perceptions des parents	0,126	0,093	1,591		
Cohérence des valeurs	0,620	1,286	4,348	147,181	
Application des principes	0,038	0,098	0,178	1,203	0,202

Le modèle théorique tel qu'il est proposé à la Figure 1 n'est pas plausible, le chi-carré étant significatif ( $X^2(0, N = 203/203) = 0$ ). Le modèle théorique a été modifié, en se basant sur des rationnels théoriques et statistiques, c'est-à-dire que des liens directs entre des variables ont été retirés, car ils n'étaient pas significatifs (C.R. = ou <1,96), des liens indirects ont donc été proposés. La Figure 2 présente les estimations standardisées et indices d'ajustement du Modèle de l'engagement des professionnels dans les soins et les services à l'égard des parents de jeunes enfants. L'examen de ce modèle indique que le modèle de l'engagement des professionnels dans les soins et les

services à l'égard des parents de jeunes enfants représente un ajustement très adéquat aux données, en plus d'être pertinent sur le plan théorique,  $X^2 (4, N = 203) = 3,96$ ,  $p = 0,266$ ,  $CMIN/DF = 1,319$ ,  $GFI = 0,99$ ,  $RMSEA = 0,004$ ,  $TLI = 0,99$  et  $CFI = 0,98$  (Figure 2).

Figure 2. Le modèle de l'engagement des professionnels dans les soins et les services à l'égard des parents de jeunes enfants avec estimations standardisées



L'hypothèse 1 prédisait qu'il existait un lien direct positif entre les croyances des intervenants à propos de l'empowerment et les perceptions des parents, les principes d'aide et leur application. Cette hypothèse s'avère partiellement retenue. Il existe effectivement un lien direct et positif entre les croyances des intervenants et leurs perceptions des parents de sorte que lorsque les intervenants détiennent des croyances favorables à l'égard de l'empowerment, ils tendent à percevoir les parents plus positivement ( $B = ,20$ ;  $p < ,01$ ). De même, lorsque les intervenants détiennent de telles croyances, ils adhèrent à des principes positifs à l'égard de l'aide ( $B = ,27$ ;  $p < ,001$ ). Toutefois, le lien entre les croyances et l'application des principes est indirect, et plutôt médiatisé par les principes, de sorte que lorsque les intervenants détiennent des croyances à l'égard de l'empowerment, ils endossent les 12 principes qui définissent des pratiques d'aide efficace envers les parents et considèrent comme

applicables, dans leur contexte de travail, ces principes à la base des pratiques d'aide efficace ( $B = ,56$ ;  $p < ,001$ ).

L'hypothèse 2 prédisait qu'il existait un lien positif entre les principes d'aide et leur application ( $B = ,56$ ;  $p < ,001$ ), les perceptions des parents ( $B = ,15$ ;  $p < ,05$ ) et leur cohérence ( $B = ,24$ ;  $p < ,001$ ), hypothèse qui s'avère retenue. L'hypothèse 3 prédisait une relation indirecte positive entre les principes d'aide et la cohérence des valeurs, de sorte que lorsque les perceptions des parents sont positives ou les principes sont applicables, l'intervenant ressent une cohérence des valeurs. Cette hypothèse est partiellement retenue, il existe un lien indirect entre les principes et la cohérence des valeurs, médiatisé par les perceptions des parents ( $B = ,23$ ;  $p < ,001$ ). Toutefois, l'applicabilité des principes n'est pas liée à un plus grand sentiment de cohérence de l'intervenant dans ses valeurs. Enfin, l'hypothèse 4 prédisait une relation indirecte, positive, entre les croyances des intervenants et la cohérence des valeurs de manière telle que plus des croyances à l'égard de l'*empowerment* sont présentes, plus les principes d'aide sont élevés, plus une cohérence dans les valeurs est ressentie, hypothèse qui est retenue.

## 5. Discussion

Cette étude permet de mieux comprendre les perceptions des intervenants des parents qu'ils côtoient ainsi que les croyances et les principes qui guident les pratiques des professionnels de différents secteurs de soins et de services à l'égard des parents de jeunes enfants. De même, la cohérence entre les croyances des intervenants, leurs perceptions des parents, les principes auxquels ils adhèrent et ceux qu'ils appliquent a pu être modélisée de sorte à proposer un modèle de l'engagement des professionnels dans les soins et les services à l'égard des parents de jeunes enfants. Ce modèle et les défis majeurs que rencontrent les professionnels dans leurs interactions quotidiennes avec les parents et la cohérence interdisciplinaire sont discutés.

### 5.1 Un modèle de l'engagement des professionnels dans les soins et services à l'égard des parents de jeunes enfants

Ce modèle illustre que lorsque l'intervenant entretient des croyances favorables à l'égard de l'*empowerment*, il tend à percevoir les parents qu'il côtoie de manière plus positive et à ressentir une plus grande cohérence dans ses valeurs. De même, ces croyances sont directement liées aux principes auxquels l'intervenant adhère ainsi qu'à leur applicabilité. Ce modèle indique comment le professionnel construit ses pratiques professionnelles qui renforcent le pouvoir d'agir des familles. Il révèle ce que le professionnel fait quand il agit selon les différents principes découlant du modèle de l'*empowerment*, de sorte à s'inscrire dans la configuration sociale qui contribue directement au développement des compétences parentales (Lacharité *et al.*, 2005). Il souligne aussi les défis dans l'interaction avec les parents, comme décrits ci-après.

### 5.2 Les défis dans les interactions avec les parents

Les résultats suggèrent que le rapport entre le professionnel et le parent est influencé par le sexe de ce dernier. Aux yeux des professionnels (que ceux-ci soient masculins ou féminins), les pères ne semblent pas être des parents comme les autres! Entre autres, l'*application* des principes de soutien centrés sur l'*empowerment* est plus difficile avec



les pères qu'avec les mères. En fait, les résultats montrent que le lien entre, d'une part, la croyance de l'agent professionnel au regard des principes de soutien découlant de l'*empowerment* et, d'autre part, la possibilité de mettre ceux-ci en application est *médiatisé* par la perception qu'il a du parent. Le sexe du parent semble agir ici en tant que variable modératrice dans cette équation.

La question intéressante à poser est donc : qu'est-ce qui amène les professionnels à percevoir moins positivement les pères? Nos résultats pointent dans une direction : les *conditions de participation des pères* aux services que leur enfant ou leur famille reçoit. Dans les soins et services aux parents, il demeure difficile pour les professionnels de rejoindre et d'impliquer les pères (Ménard, 1999; De Montigny *et al.*, 2011). Tenir compte des formes de compétences parentales manifestées par les pères à l'intérieur des situations de soutien semble poser des défis moins faciles à relever (De Montigny *et al.*, 2009). Nous posons l'hypothèse que les professionnels ne savent pas trop ce que cela signifie que d'être un père et de recevoir du soutien en tant que tel.

L'âge de l'intervenant semble aussi un facteur d'influence du rapport entre le professionnel et le parent. Les intervenants plus âgés tendent à adopter des croyances et des pratiques où ils se positionnent en expert par rapport à l'expérience des parents, plutôt qu'en relation d'accompagnement du pouvoir d'agir de ces derniers. On peut penser que ces valeurs et pratiques sont le reflet des paradigmes de leur formation initiale. En fait, des études réalisées auprès d'étudiants de premier cycle font état des difficultés rencontrées par ceux-ci dans l'application concrète de pratiques qui soutiennent le pouvoir d'agir des pères, par exemple (De Montigny *et al.*, 2009, 2011).

### 5.3 La cohérence interdisciplinaire et intersectorielle

Un des faits marquants constatés dans cette étude est la grande cohérence entre les différents secteurs de services et les différents professionnels en ce qui concerne leurs croyances, les principes qu'ils adoptent et leurs capacités (possibilités) à appliquer ces principes.

Ici, un aspect qu'il faut souligner est le rôle central joué par les croyances des professionnels à propos des causes des différents problèmes que les parents peuvent rencontrer. Les résultats confirment que lorsqu'ils attribuent l'absence apparente de compétence chez un parent non pas à des déficits personnels, mais plutôt au fait que son contexte de développement et ses conditions de vie n'ont pu, à ce jour, créer suffisamment d'expériences lui permettant d'acquérir et d'exercer ces compétences, les professionnels vont développer des pratiques de soutien qualifiantes envers les parents. Ils vont éviter de désigner le parent lui-même comme étant le problème, ils vont se positionner en tant que partenaires dans les projets qui importent à ce dernier (et non pas seulement demander au parent de s'inscrire comme partenaire dans les projets qui importent aux professionnels), ils vont offrir de l'aide pour faire face aux obstacles qu'il rencontre, etc.

Un grand nombre d'intervenants éprouve toutefois des difficultés à établir une relation de réciprocité avec le parent, à utiliser ses forces et son réseau de soutien. Ces difficultés à utiliser les réseaux et l'expertise parentale mériteraient d'être étudiées plus profondément pour saisir leurs origines et développer un répertoire plus vaste de stratégies. Il y a lieu de se questionner à propos de la dichotomie entre les croyances véhiculées par les intervenants à propos des forces parentales et leurs difficultés à utiliser ces mêmes forces. Il est possible que le discours professionnel diffère des pratiques réellement mises en place, comme souligné par Dunst et Paget (1991) et Trivette *et al.* (1993). On peut aussi se demander comment l'environnement de

services dans lesquels œuvrent les intervenants valorise et favorise le développement d'un continuum de soins et de services « centrés sur la famille », comme décrit par ces auteurs.

#### 5.4 Limites

Un projet comme celui-ci comporte nécessairement des limites ayant des effets sur le caractère généralisable des principaux constats. Sur le plan méthodologique, au moins deux limites doivent être soulignées. D'une part, l'échantillonnage des établissements à l'intérieur des divers territoires s'est fait à partir de ce qui était commode (*convenient* en anglais) plutôt qu'à partir d'une démarche structurée. Un projet structuré différemment sur ce plan aurait pu susciter de plus grandes variations de réponses aux questionnaires. D'autre part, le même commentaire peut être émis à propos de l'échantillonnage des professionnels. Sur ce plan, les professionnels de certains secteurs de services sont surreprésentés par rapport aux autres dans nos différents échantillons. De même, l'échantillon féminin est de plus grande taille que celui des hommes. Un équilibre à ce sujet aurait probablement contribué à diversifier le contenu sur lequel nous nous sommes penchés.

Par ailleurs, les caractéristiques des structures organisationnelles n'ont pas été examinées comme variable pouvant influencer sur les représentations des pratiques des professionnels des 23 établissements participants. Pourtant, on peut penser que ces caractéristiques peuvent avoir une influence sur les pratiques qui n'a pas été considérée dans cette étude-ci.

### 6. Conclusion

Cette étude visait à répondre à différentes questions afin de mieux comprendre les perceptions des intervenants des parents qu'ils côtoient, les croyances et les principes sur lesquels s'appuient leurs pratiques envers les parents et la cohérence qui existe entre les croyances des intervenants, leurs perceptions des pères et des mères et leurs perceptions des pratiques qu'ils adoptent. Nous avons ainsi constaté que le modèle de *l'empowerment* a infiltré les croyances des intervenants, les principes auxquels ils adhèrent et leur application, de sorte à susciter une grande cohérence dans les croyances et les perceptions des professionnels de différentes disciplines et de différents milieux. L'examen de la nature des relations entre les croyances des intervenants, leurs perceptions à l'égard des parents, les principes et leur application permet de mettre en forme un modèle de la pratique interinstitutionnelle et interdisciplinaire auprès des parents de jeunes enfants, que nous avons nommé le modèle de l'engagement des professionnels dans les soins et services à l'égard des parents de jeunes enfants. Ce modèle, ainsi que les résultats novateurs de cette étude, offre des avenues intéressantes pour la pratique clinique auprès des parents, la formation et la recherche.

#### 6.1 Les retombées pour la pratique clinique auprès des parents vulnérables

Les résultats de cette étude invitent à la création d'espaces d'exploration et de définition mutuelle des compétences parentales des pères afin de permettre, d'une part, aux professionnels de percevoir plus positivement ces derniers et, par la suite, de trouver des manières adaptées d'appliquer les principes d'intervention auxquels ils

croient et, d'autre part, aux pères eux-mêmes de sentir qu'ils ont davantage de contrôle sur ce que cela signifie d'être soutenu en tant que pères et ainsi se sentir plus compétents.

La transformation des pratiques professionnelles axées sur le soutien aux compétences parentales peut se réaliser au sein de ces espaces de paroles où les contradictions peuvent être exprimées et les pratiques exemplaires analysées. L'identification de pratiques communes aux différents secteurs de services peut soutenir la mise en place d'un environnement cohérent de soins et de services pour les parents aux prises avec des difficultés psychosociales ou ayant un enfant présentant des difficultés.

## **6.2 Les retombées pour la formation des professionnels auprès des parents**

Ces résultats permettent d'identifier des zones spécifiques de besoins de formation professionnelle pour les intervenants et les étudiants en formation. La mise en évidence de l'association entre les croyances, les principes, l'application de ces principes et la cohérence ressentie interpelle tant les formateurs que les intervenants à former et être formés pour intervenir dans une perspective de collaboration et d'*empowerment* des familles. Il importe que ces formations ne soient pas uniquement théoriques, centrées sur les principes comme tels, mais portent aussi une attention à l'application de ces principes. L'intervenant apprend à coconstruire un sens à ses pratiques avec le parent. Outiller les professionnels et étudiants à développer un regard critique sur leurs pratiques permet l'évolution de celles-ci au fil de leur carrière.

Par ailleurs, les résultats portant sur les perceptions des intervenants envers les pères interpellent les formateurs à susciter des réflexions sur les pratiques auprès des hommes et des pères. Que ce soit par des contenus formels ou des activités ponctuelles de formation continue, ces partages d'informations à propos de l'expérience vécue par les différents acteurs permettent de construire un sens différent à ces pratiques avec les pères.

## **6.3 Les retombées pour la recherche concernant l'intervention auprès des parents et des familles**

La réalité des secteurs de services aux enfants et aux familles implique une collaboration interdisciplinaire et intersectorielle. Afin de soutenir cette forme d'organisation du travail, l'investigation des conditions qui favorisent ou interfèrent avec l'adoption de croyances et de pratiques collaboratives, tant au regard de la formation des professionnels que dans les structures organisationnelles, doit se poursuivre. Le regard des chercheurs doit être interdisciplinaire et intersectoriel, et porter, entre autres, sur le développement de mesures de soutien aux professionnels afin de disséminer davantage encore des pratiques collaboratives avec les jeunes familles.

La recherche doit aussi donner la parole aux parents afin de connaître leurs perceptions du soutien qu'ils reçoivent ainsi que leurs besoins et préoccupations.

## Bibliographie

- Arbuckle, J. (2009). *AMOS 18 Users' Guide*. Amos Development Corporation.
- Baker, M., J.M. Miron, F. de Montigny et H. Boilard (2007). « Rôle de la sage-femme dans le parcours des pères en période périnatale », *Revue Québécoise de psychologie*, vol. 28, n 3, p. 11-31.
- Baldwin, J. H., A. Rawlings, E.S Marshall, C.O. Conger et K.A. Abbott (1999). « Mom empowerment, too! (ME2) : A program for young mothers involved in substance abuse », *Public Health Nursing*, vol. 16, no 6, p. 376-383.
- Byrne, B. (2001). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. Mahwah, Lawrence Erlbaum.
- de Montigny, F., Lacharité, C., (2008). Modeling Parents and Nurses Relationships. *Western Journal of Nursing Research*. 30 (6): 743-58.
- Devault, A. (1999). « Empowerment, intervention et famille », Communication lors du colloque *Empowerment et travail social à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, UQAH, Hull, avril.
- Dunlap, K. M. (1997). « Family empowerment: one outcome of cooperative preschool education », *Child Welfare*, vol. 76, no 4, p. 501-518.
- Dunst, C. J., et K.D. Paget (1991). « Parent-Professional Partnerships and Family Empowerment », dans *Collaboration with Parents of Exceptional Children*, sous le dir. de M. J. Fine. Brandon, Clinical Psychology Publishing Co, p. 25-44.
- Dunst, C.J., C.M. Trivette et A.G. Deal (1988). *Enabling and Empowering Families*, Cambridge, Brookline.
- Dunst, C.J., C.M. Trivette et A.G. Deal, sous la dir. de (1994). *Supporting and Strengthening Families*, Cambridge, Brookline.
- Dunst, C.J., C.M. Trivette et N. Lapointe (1994). « Meaning and key characteristics of empowerment », dans *Supporting and Strengthening Families*, sous la dir. de C.J. Dunst, C.M. Trivette et A.G. Deal, Cambridge, Brookline, p. 12-28.
- Gibson, C. H. (1995). « The Process of Empowerment in Mothers of Chronically Ill Children », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 21, no 6, p. 1201-1210.
- Helfinger, C.A. et L. Bickman (1997). « A theory-driven intervention and evaluation to explore family caregiver empowerment », *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, no 5, p. 184-191.
- Jöreskog, K. G. (1993). « Testing Structural Equation Models », dans *Testing Structural Equation Models*, sous la dir. de K. A. Bollen et J. S. Long, Newbury Park, Sage, p. 294-316.
- Lacharité, C., F. de Montigny, J.M. Miron, A. Devault et al. (2005). *Les services offerts aux familles à risque ou en difficultés : Modèles conceptuels, stratégies d'actions et réponses aux besoins des parents*, rapport de recherche présenté dans le cadre du Programme d'actions concertées sur les responsabilités parentales du Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC).
- Lacharité, C. et J.P. Gagnier (1999). *Q-sort sur les orientations face à l'aide professionnelle envers les parents*. Document interne, Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et sa famille (CEIDEF) : UQTR.

Lacharité, C., M.L. Moreau et J. Moreau (1999). *Agir ensemble : le point de vue des parents sur la collaboration avec l'équipe en pédopsychiatrie*, Trois-Rivières, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières.

Lacharité, C., M.L. Moreau et J. Moreau (2000). « *Le point de vue des parents et des intervenants sur la collaboration dans le cadre des services en pédopsychiatrie* », dans *Comprendre la famille*, sous la dir. de C. Lacharité et G. Pronovost, Ste-Foy, PUQ, p. 297-311.

Lacharité, C. (2000a). *Questionnaire sur les perceptions des professionnels à l'égard des parents*. Document interne. Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et sa famille (CEIDEF) : UQTR.

Lacharité, C. (2000b). *Questionnaire sur les caractéristiques du partenariat entre les parents et les intervenants*. Document interne. Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et sa famille (CEIDEF) : UQTR.

Lacharité, C. (2002). *Questionnaire sur les principes concernant le soutien aux parents*. Document interne. Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et sa famille (CEIDEF) : UQTR.

Le Bossé, Y. et F. Dufort (2001). « Le pouvoir d'agir (*empowerment*) des personnes et des communautés : une autre façon d'intervenir », dans *Agir au cœur des communautés : l'intervenant comme agent de changement social*, sous la dir. de F. Dufort et J. Guay, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, p. 297-311

McCallum, S. et I. Prilleltensky (1996). « Empowerment in child protection work: Values, practices, and Caveats », *Children and Society*, vol. 10, no 1, p. 40-50.

MÉNARD, A-M. (1999), La vision du rôle paternel et les pratiques auprès des pères de milieux défavorisés d'infirmières œuvrant dans les services de périnatalité en CLSC, Mémoire de maîtrise en psychologie, UQAM.

Midmer, D. K. (1992). « Does family-centered maternity care empower women? The development of the woman-centered childbirth model », *Family Medicine*, vol. 24, no 3, p. 216-221.

Miron, J. M. (1998). « La compétence parentale : un concept à redéfinir », *Repère bibliographique. Perspectives documentaires en éducation*, no 44, p. 49-69.

Montigny (de), F., A. Devault, C. Lacharité, A. Quéniart, D. Dubeau, J.M. Miron, A. Fleurant et al. (2009). « L'enseignement des enjeux de la paternité dans les universités canadiennes », *Reflets*, no 15, p. 102-119.

Montigny (de), F., A. Devault, D. Este et A. Fleurant (2011). « Nursing students perceptions of their experiences with fathers during their family nursing clinical practicum », *Texte & Contexte Enfermagem*, vol 20, no 4, p. 649-657.

Ouellet, F., J.F. René, D. Durand, R. Dufour et S. Garon (2000). « Intervention en soutien à l'empowerment dans Naître égaux – Grandir en santé », *Travail social*, vol. 13, no 1, p. 85-102.

St-Cyr Tribble, D, D. Gallagher, D. Paul et J. Archambault (2001). *Les pratiques d'empowerment en première ligne*, rapport de recherche, subvention CQRS et CRSR.

Tochon, F. et J.M. Miron (2000). *Parents responsables*, Québec, PUQ.

Trivette, C. M., C. J. Dunst, N. J. Gordon, D.W. Hamby et A.L. Starnes (1993). *Promoting adoption of family-centered care practices in maternity services programs in Philadelphia: methods and outcomes*, Rapport de recherche, Families-Center Care

Vincent, C. (1996). « Parent Empowerment - Collective Action and Inaction in Education », *Oxford Review of Education*, vol. 22, no 4, p. 465-482.