

Université du Québec en Outaouais

Perspectives d'intervenantes en périnatalité à l'égard du partenaire d'une mère présentant des symptômes dépressifs ou anxieux lors du post-partum

Essai doctoral
Présenté au
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,
Profil psychologie clinique (D.Psy.)

Par
©Jade Marquis

Février 2024

Composition du jury

Perspectives d'intervenantes en périnatalité à l'égard du partenaire d'une mère présentant des symptômes dépressifs ou anxieux lors du post-partum

Par
Jade Marquis

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Geneviève Piché, Ph. D., ps.éd., directrice de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais

Diane Dubeau, Ph. D., examinatrice interne et présidente du jury final, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais

Christine Gervais, Ph. D., examinatrice interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais

Jacqueline Wendland, Ph. D., examinatrice externe, Institut de Psychologie, Université Paris Cité

REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier :

Geneviève Piché : présente et pertinente à chacune des étapes ;

Toutes celles et ceux s'étant impliqués dans le recrutement des participantes de cette étude : les membres du LaPProche, Julie Deschamps (Fondation OLO), Vanessa Fournier (CRUJeF), Line Nadeau (RVP), Thierry Hurlimann (RRSPQ), Marc Aubry (SQRP), Jessica Lalande et Claud Bisailon (AQSMN), Nathalie Boivin (Feuille de chou), Geneviève Lambert-Pilote (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles), Maria-Josée Vargas (Autour du bébé), Shanie Lapointe et Audrey Jean ;

Émilie Bellehumeur : pour l'entretien de simulation ;

Nancy Gélinas : pour l'accord interjuge et le soutien technologique ;

Les membres du LaPProche : pour l'écoute et les commentaires lors de présentations ;

Lisa Charpentier : pour les tests de présentations, les relectures et l'assistance graphique ;

Paméla Mc Mahon-Morin : pour le co-travail lors de plusieurs journées de la recherche ;

Thèsez-vous ? : pour l'encadrement et le soutien ;

Le CRUJeF : pour le soutien financier de cette étude ;

Le RRSPQ : pour le soutien financier de la transmission des connaissances produites ;

Et finalement ma famille : pour le soutien financier, les encouragements et la confiance.

RÉSUMÉ

Introduction : Au Québec, la prévalence de la dépression post-partum [DPP], soit une tristesse persistante et un manque d'intérêt ou de plaisir pour des activités auparavant agréables, accompagnés de symptômes affligeants, serait de 16,82 % chez les mères biologiques. L'anxiété post-partum [APP], soit l'anticipation d'une menace future liée à la parentalité (p. ex. : jugement des autres, conséquences d'une défaillance parentale) affecterait jusqu'à 24,4 % des mères biologiques. Les facteurs de risque de ces difficultés s'accumuleraient au sein d'un même environnement, notamment en contexte de précarité économique. En plus d'affecter la personne atteinte, la DPP et l'APP entraînent des retombées sur ses enfants et sur son ou sa partenaire. On peut donc les concevoir comme des problématiques familiales pour lesquelles l'approche centrée sur la famille en santé mentale [ACFSM] semble appropriée. Or, l'inclusion des pères dans les services en périnatalité rencontrerait des obstacles, notamment en contexte de vulnérabilité socio-économique. Notre étude a donc pour **but** de dresser le portrait des pratiques québécoises d'ACFSM, plus particulièrement quant à l'inclusion des partenaires dans les services offerts lors du post-partum en présence de symptômes anxiodépressifs chez une mère vivant en contexte de vulnérabilité socio-économique. **Méthodologie :** Une étude qualitative descriptive a été réalisée. L'analyse thématique d'entretiens individuels menés auprès de 12 intervenantes des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance [SIPPE] a permis de répondre à deux objectifs de recherche, soit de documenter l'adoption de l'approche ou de pratiques centrées sur la famille lors du post-partum en présence de symptômes de DPP ou d'APP chez une mère, et d'identifier les caractéristiques facilitantes et les obstacles face à l'engagement des partenaires dans le rétablissement des mères. **Résultats :** L'ACFSM serait adoptée par une majorité de l'échantillon, notamment par l'accompagnement parental et la transmission d'informations ou de références. Quatre pratiques spécifiques ont été identifiées en présence de symptômes anxiodépressifs chez les mères lors du post-partum, soit la recherche d'un réseau social, l'activation comportementale, l'augmentation de la fréquence du suivi et l'évaluation des risques pour la dyade mère-nourrisson. Des obstacles à l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire ont été identifiés sur le plan organisationnel (p. ex. : contenu, modalités de la première rencontre). Les intervenantes rencontrées paraissent faciliter l'engagement des pères en utilisant des stratégies variées (p. ex. : les solliciter, s'adapter à eux). Finalement, la qualité de la présence des pères serait variable, soit parfois aidante (p. ex. : disponibilité, partage des soins au bébé) ou nuisible (p. ex. : indisponibilité, comportements de violence). **Discussion :** Aucune pratique d'évaluation des besoins des pères n'a été rapportée, ce qui constitue une lacune quant à l'ACFSM. De plus, un double standard désignant les femmes comme davantage responsables des soins à donner au bébé s'est affirmé sur le plan organisationnel et dans les propos de certaines intervenantes, ce qui pourrait contribuer aux risques de DPP ou d'APP chez les mères. **Retombées :** En plus de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques sur un sujet peu investigué, la pratique clinique pourrait tenir compte de ces résultats pour améliorer les services offerts à une population vulnérable (voir les cinq recommandations émises en conclusion).

Mots clés : approche centrée sur la famille en santé mentale, partenaire, père, post-partum, santé mentale, symptômes dépressifs, symptômes anxieux, vulnérabilité socio-économique, méthode qualitative.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	ii
LISTE DES TABLEAUX ET DES MATRICES	v
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vii
CHAPITRE I.....	1
INTRODUCTION.....	1
1.1 Dépression post-partum et anxiété post-partum.....	1
1.1.1 Prévalence de la DPP	2
1.1.2 Prévalence de l'APP	3
1.1.3 Présentation comorbide de la DPP et de l'APP.....	4
1.1.4 Facteurs de risque de la DPP.....	4
1.1.5 Facteurs de risque de l'APP	6
1.1.6 Cumul de facteurs de risque	7
1.1.7 Répercussions sur la famille.....	8
1.1.8 Dépistage et soutien auprès des familles vulnérables par cumul de facteurs de risque	12
CHAPITRE II.....	18
CONTEXTE THÉORIQUE.....	18
2.1 Paternité.....	18
2.1.1 Engagement paternel	18
2.1.2 Égalité parentale	20
2.2 L'approche centrée sur la famille en santé mentale	22
2.2.1 En contexte post-partum.....	23
2.2.2 Obstacles et facilitateurs à l'approche centrée sur la famille quand un parent est atteint d'un trouble mental	24
2.3 Pertinence de l'étude	31
2.3.1 But de l'étude	32
2.3.2 Questions de recherche.....	32
2.3.3 Objectifs	32
CHAPITRE III	34
MÉTHODOLOGIE.....	34
3.1 Procédure.....	34
3.1.1 Demande éthique.....	34
3.1.2 Entretien de simulation.....	34
3.1.3 Recrutement	35
3.2 Participantes	37
3.2.1 Échantillon et critères	37
3.2.2 Description de l'échantillon	37
3.3 Entretiens.....	39
3.4 Analyse.....	40
3.5 Validation des données.....	41
3.5.1 Accord interjuge.....	42
3.5.2 Sondage de validation par les participantes	42

CHAPITRE IV	43
RÉSULTATS	43
4.1 Objectif 1 : Documenter l'adoption de l'approche ou de pratiques centrées sur la famille, selon le point de vue d'intervenantes, dans le cadre du programme des SIPPE	43
4.1.1 Sous-objectif 1.1 : Identifier les caractéristiques des pratiques familiales lors du post-partum en présence de symptômes dépressifs ou anxieux chez les mères	45
4.2 Objectif 2 : Identifier, selon le point de vue des intervenantes, les caractéristiques facilitantes et les obstacles face à l'engagement des partenaires dans le rétablissement des mères	51
4.2.1 Facilitants et obstacles organisationnels	53
4.2.2 Facilitants et obstacles en lien avec les intervenantes	57
4.2.3 Facilitants et obstacles en lien avec les clientes du programme (mères)	63
4.2.4 Facilitants et obstacles en lien avec les pères, partenaires des clientes	66
CHAPITRE V	77
DISCUSSION	77
5.1 L'approche centrée sur la famille au sein des SIPPE	77
5.1.1 Orientation dyadique mère-nourrisson	78
5.1.2 Lacune d'évaluation des besoins des partenaires	79
5.1.3 Accompagnement des pères	81
5.1.4 Pratiques spécifiques lors du post-partum	82
5.2 Les caractéristiques facilitantes et faisant obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire	86
5.2.1 Double standard organisationnel	86
5.2.2 Intervenantes proactives face à l'inclusion des pères	90
5.2.3 Mères facilitatrices versus inhibitrices face à l'engagement des pères dans leur rétablissement	93
5.2.4 Pères soutenant versus nuisibles au rétablissement des mères	96
5.3 Implications cliniques	99
5.3.1 Pour les intervenant-es des SIPPE	99
5.3.2 Pour le contexte organisationnel des SIPPE	103
CHAPITRE VI	105
CONCLUSION	105
6.1 Forces et limites	105
6.1.1 Forces	105
6.1.2 Limites	106
6.2 Pistes futures de recherche	108
6.3 Conclusion générale	108
RÉFÉRENCES	110
ANNEXE A – APERÇU DU PROGRAMME DES SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE	138
ANNEXE B – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE	140
ANNEXE C - CANEVAS D'ENTRETIEN	150
ANNEXE D – SONDAGE DE VALIDATION DES PROPOS DES PARTICIPANTES	156
ANNEXE E – INFORMATIONS SUR LA FAMILLE (SIPPE)	164

LISTE DES TABLEAUX ET DES MATRICES

Tableau 1. <i>Discipline de formation des participantes de l'étude</i>	38
Tableau 2. <i>Pratiques spécifiques en présence de symptômes dépressifs ou anxieux chez les mères lors du post-partum</i>	47
Tableau 3. <i>Caractéristiques en lien avec les clientes (mères) facilitant et faisant obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement des mères</i>	63
Matrice 1. <i>Caractéristiques organisationnelles facilitantes et faisant obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement des mères</i>	53
Matrice 2. <i>Caractéristiques en lien avec les intervenantes facilitant et faisant obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement des mères</i>	58
Matrice 3. <i>Comparaison des a priori de la chercheuse lors de l'entretien de simulation et des thèmes issus de l'analyse des données concernant le sous-objectif 2.4</i>	75

LISTE DES FIGURES

Figure 1. <i>Modèle hiérarchique de Maybery et Reupert (2009)</i>	24
Figure 2. <i>Régions de provenance des participantes de l'étude (n=12)</i>	39
Figure 3. <i>Thèmes et sous-thèmes en lien avec l'objectif 1 et le sous-objectif 1.1</i>	44
Figure 4. <i>Thèmes et sous-thèmes en lien avec l'objectif 2 et les sous-objectifs 2.1 à 2.4</i>	52
Figure 5. <i>Caractéristiques facilitantes et obstacles à l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire en lien avec l'aspect organisationnel : un contenu, deux revers</i>	55
Figure 6. <i>Qualité de la présence des pères : facilitateurs et obstacles à leur engagement dans le rétablissement de leur partenaire (mère)</i>	69

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AC	activation comportementale
ACFSM	approche centrée sur la famille en santé mentale
APP	anxiété post-partum
DPP	dépression post-partum
RVP	Regroupement pour la Valorisation de la Paternité
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

CHAPITRE I

Introduction

1.1 Dépression post-partum et anxiété post-partum

La dépression est un trouble mental répandu, caractérisé par une tristesse persistante et un manque d'intérêt ou de plaisir pour des activités auparavant agréables ou gratifiantes, accompagnées de symptômes tels qu'un sommeil perturbé, un appétit inhabituel, de la fatigue, un manque de concentration, un sentiment de culpabilité et une dévalorisation de soi (Organisation mondiale de la Santé, 2024). Elle affecte considérablement la capacité d'une personne à fonctionner et à mener une vie satisfaisante et ses effets peuvent être durables ou récurrents (Organisation mondiale de la Santé, 2024). Lorsque la dépression survient à la suite d'un accouchement, elle peut être qualifiée de dépression post-partum [DPP]. La définition de la DPP varie selon, entre autres, le moment d'apparition des symptômes et l'intensité de ces derniers. Dans le cadre de la présente étude, la DPP sera définie comme un épisode dépressif sans composante psychotique, débutant ou se prolongeant pendant la période du post-partum, résultant de l'évolution d'une condition préexistante (p. ex. : *baby blues*¹) ou apparaissant après les premières semaines suivant l'accouchement, soit jusqu'à 14 mois après la naissance (Lanes et al., 2011).

L'anxiété grave ou les attaques de panique sont symptomatiques d'une forme sévère de DPP nommée « épisode dépressif caractérisé avec début lors du péripartum² » (American Psychiatric Association, 2015). Au-delà de ce diagnostic élaboré par l'*American Psychiatric Association*, l'anxiété vécue lors de la période du post-partum [APP] fait plus récemment l'objet

¹ Symptômes apparaissant entre le 3^e et le 5^e jour post-partum et disparaissant 1 à 2 semaines plus tard. Le baby blues toucherait 50% à 80% des mères (Ross, 2003).

² Inclut la période anténatale, la grossesse et la période post-partum.

d'écrits scientifiques (Field, 2018). Alors que des spécialistes considèrent que l'APP présente une étiologie et des symptômes cliniques spécifiques à la grossesse, d'autres la comparent à celle se produisant à d'autres moments de la vie (Field, 2018). De façon générale, l'anxiété constitue l'anticipation d'une menace future et s'accompagne souvent de tension musculaire, de vigilance face aux dangers éventuels, de conduites prudentes ou d'évitement (American Psychiatric Association, 2015). Distincte d'une réponse émotionnelle de peur générée par un danger imminent et réel, l'anxiété peut être associée à un trait de personnalité ou à un état transitoire (Dennis et al., 2017 ; Spielberger et al., 1983). L'anxiété peut être fonctionnelle comme dans le cas de la « préoccupation primaire » d'une mère, c'est-à-dire l'adaptation sensible de cette dernière aux besoins de son bébé (Winnicott, 1956/2006), ou dysfonctionnelle si une détresse ou des conséquences importantes en découlent (Ladouceur et al., 2003). Le présent projet de recherche fera référence au deuxième cas de figure en ce qui a trait à l'APP. Selon l'étude de Goldfinger et ses collègues (2020) visant à caractériser et à comparer la nature de l'inquiétude au sein d'un échantillon périnatal et non périnatal de femmes souffrant d'un trouble anxieux généralisé, les femmes en contexte périnatal s'inquiétaient davantage de sujets liés au thème de la parentalité. Plus précisément, elles ont rapporté s'inquiéter du jugement des autres face à leurs compétences parentales, de leur défaillance concernant ces capacités et des conséquences de celles-ci sur le développement de leur enfant (Goldfinger et al., 2020).

1.1.1 Prévalence de la DPP

La prévalence internationale de la DPP vécue par les femmes provenant de la population générale a été établie à 17,7 % par la méta-analyse de Hahn-Holbrook et ses collègues (2018). De leur côté, Shorey et ses collègues (2018) se sont penchés spécifiquement sur la prévalence de la DPP auprès des femmes considérées en bonne santé, c'est-à-dire qui ne présentaient pas de

dépression et dont les enfants étaient nés à terme et en bonne santé. Les résultats de leur méta-analyse indiquent que la prévalence de la DPP serait plutôt de 12 % et qu'une différence statistique dans les prévalences associées à différentes régions géographiques serait observable, le Moyen-Orient ayant la prévalence la plus élevée (26 %) et l'Europe la plus faible (8 %). Au Canada, Lanes et ses collègues (2011) ont estimé une prévalence nationale de 17,5 %, les Québécoises étant touchées de façon similaire à celles de l'ensemble du pays (16,82 %). La DPP serait plus fréquente dans les pays aux prises avec de grandes inégalités liées au revenu, une semaine de travail de plus de 40 heures pendant la grossesse ainsi que différents facteurs concernant la santé maternelle (mortalité liée à la grossesse, taux de fécondité) et la santé infantile (taux de mortalité, nourrisson de faible poids à la naissance) (Hahn-Holbrook et al., 2018). Ensemble, ces facteurs expliqueraient jusqu'à 73 % de la variation de la prévalence de la DPP entre les pays (p. ex. : de 3 % à Singapour à 38 % au Chili) (Fekadu Dadi et al., 2020).

1.1.2 Prévalence de l'APP

Différentes méta-analyses portant sur la prévalence de l'APP ont été publiées récemment (Dennis et al., 2017 ; Fawcett et al., 2019 ; Nielsen-Scott et al., 2022). Celles-ci rapportent que la prévalence des symptômes anxieux maternels entre la 1^{re} et la 52^e semaine après l'accouchement se situerait entre 10 % et 24,4 %. Le taux varierait en fonction de la modalité d'évaluation et de la source d'information (p. ex. : questionnaires auto-rapportés remplis par les mères atteintes de symptômes versus diagnostic clinique émis par le personnel de la santé). Selon Nielsen-Scott et ses collègues (2022), une femme sur quatre vivant dans un pays à revenu faible ou intermédiaire selon la classification du *World Bank Country*³ présenterait des symptômes anxieux pendant sa grossesse ou lors du post-partum, ce qui représenterait un fardeau important pour ces pays.

³ <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/the-world-by-income-and-region.html>

1.1.3 Présentation comorbide de la DPP et de l'APP

La probabilité de développer une symptomatologie à la fois dépressive et anxieuse lors du post-partum semble reconnue (Pilkington et al., 2015), quoique la prévalence de cette comorbidité varie d'une étude à l'autre. Réalisée auprès de 4451 Américaines pendant la période du post-partum, l'étude de Farr et ses collègues (2014) a indiqué que 18 % des femmes avaient déclaré des symptômes d'anxiété. Plus du tiers de celles-ci avaient aussi déclaré des symptômes de dépression : au total, 6,3 % des participantes de l'étude avaient donc rapporté à la fois des symptômes anxieux et dépressifs (Farr et al., 2014). De son côté, l'étude de Ramakrishna et ses collègues (2019) a établi la comorbidité des symptômes anxieux et dépressifs lors du post-partum à 13,4 % (n=1070). Ensuite, l'étude de Dennis et ses collègues (2018), réalisée auprès d'immigrantes chinoises vivant au Canada (n=571), a relevé que 14,4 % des participantes présentaient à la fois des symptômes dépressifs et anxieux, quatre semaines après l'accouchement. Finalement, selon Rados et ses collègues (2018), la comorbidité des symptômes d'APP et de DPP auprès d'un échantillon de 272 femmes ne rapportant pas d'historique psychiatrique s'élevait à 75 %.

Lorsqu'ils sont comorbides, la DPP et l'APP seraient associées à des symptômes plus sévères que lorsqu'ils surviendraient séparément (Ramakrishna et al., 2019). De plus, la comorbidité des symptômes présenterait une plus grande résistance face au traitement (Yelland, 2010).

1.1.4 Facteurs de risque de la DPP

Alors qu'un consensus existait depuis plusieurs années au sujet d'un des facteurs de risque principal de la DPP, soit la présence d'un historique de dépression chez la femme enceinte (Beck, 2001 ; Bilszta et al., 2008 ; Lanes et al., 2011 ; O'Hara et Swain, 1996), la revue systématique de Shorey et ses collègues (2018) (n = 37 294) a plutôt indiqué des prévalences similaires entre les

mères ayant un historique de dépression et celles sans. Plus récemment, la revue systématique d'Hutchens et Kearny (2020) a précisé que la dépression prénatale serait en fait l'un des deux facteurs de risque les plus communs, l'autre étant l'expérience actuelle d'une relation conjugale abusive (*domestic violence*). Plusieurs autres facteurs de risque de la DPP ont été identifiés par la recherche : l'anxiété vécue pendant la grossesse (Stewart et al., 2003) ; un niveau de stress élevé chez la mère (Hutchens et Kearny, 2020) et plus particulièrement pendant la grossesse (Lanes et al., 2011) ; l'expérience d'abus sexuels pendant l'enfance (Hutchens et Kearny, 2020) ; l'insatisfaction conjugale (Hutchens et Kearny, 2020 ; Lanes et al., 2011), le tabagisme avant la grossesse (Liu et al., 2020), la séparation de la mère et de son bébé (Liu et al., 2020), la fatigue (Liu et al., 2020), les difficultés d'allaitement (Liu et al., 2020) et le manque de soutien social (Hutchens et Kearny, 2020 ; Lanes et al., 2011).

Il est possible de distinguer deux types de soutien social, soit le soutien formel (p. ex. : psychoéducation lors de cours prénataux) et informel (p. ex. : soutien du partenaire) (Nakamura et al., 2020). En ce qui a trait au soutien informel, Liu et ses collègues (2020) ont identifié le soutien de la famille, des amis et des collègues comme facteurs de protection de la DPP. La littérature avance que le soutien réel et perçu du partenaire pendant la grossesse serait associé à une réduction du risque de dépression post-partum (Milgrom et al., 2019; Milgrom et al., 2008 ; O'Hara, 1986 ; Stapleton et al., 2012). En ce sens, l'étude de Nakamura et ses collègues (2020) (n=15 000) indique qu'un soutien satisfaisant de la part du partenaire pendant la grossesse était associé à une réduction des scores indiquant la présence de DPP chez 8 % des femmes non immigrées et chez 11 % des femmes immigrantes de première génération. De son côté, l'étude systématique de Yim et ses collègues (2015) portant sur 214 publications (199 études, n=151 651 femmes) a indiqué que la qualité du soutien du partenaire et la qualité des relations interpersonnelles seraient des facteurs de protection notoires face au développement de la DPP.

Selon l'étude de Falah-Hassani et ses collègues (2016), le soutien du partenaire serait également un facteur de protection pouvant diminuer les risques de présentation comorbide des symptômes de dépression et d'anxiété lors du post-partum.

1.1.5 Facteurs de risque de l'APP

Il est possible d'identifier des facteurs de risques d'ordre psychologique, physique et psychosocial concernant l'APP.

D'abord, sur le plan psychologique, la revue de la littérature sur la prévalence et les facteurs de risque de l'anxiété périnatale de Leach et ses collègues (2017) (n=98 études) indique que la présence d'antécédents psychiatriques serait un facteur de risque. De son côté, l'étude de Furtado et ses collègues (2019) indiquent que, chez des femmes atteintes de troubles anxieux, l'intolérance à l'incertitude, la gravité des symptômes dépressifs et les symptômes de troubles obsessionnels compulsifs présents pendant la grossesse seraient des prédicteurs significatifs de l'aggravation de l'anxiété lors du post-partum. Pour Liu et ses collègues (2020), la présence de symptômes de DPP serait un facteur de risque de l'APP.

Ensuite, sur le plan physique, la fatigue (Liu et al., 2020), les complications pendant la grossesse et l'accouchement (Leach et al., 2017) et la perturbation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (Zappas et al., 2021) seraient des facteurs de risque. Ce dernier serait en lien avec la prolifération, pendant le premier trimestre, de marqueurs inflammatoires impliqués dans la régulation de l'hormone primaire du stress, soit le cortisol (Zappas et al., 2021). De plus, l'exposition à l'ocytocine dans les deux semaines suivant l'accouchement, par exemple l'ocytocine synthétique administrée pour déclencher ou accélérer l'accouchement et prévenir les hémorragies post-partum, serait aussi un facteur de risque de l'APP (Zappas et al., 2021).

Quant aux facteurs de risque d'ordre psychosocial, selon Leach et ses collègues (2017), un statut socio-économique précaire et la mauvaise qualité de la relation avec le partenaire

constitueraient des facteurs de risque importants de l'APP, et ce, dès la grossesse jusqu'à 12 mois suivant l'accouchement.

En somme, la littérature scientifique actuelle portant sur l'APP semble soulever des facteurs de risque similaires à la DPP.

1.1.6 Cumul de facteurs de risque

Dans une étude critique portant sur la complexité du contexte d'émergence de la DPP, Sword et ses collègues (2012) soulignent qu'un facteur de risque se présenterait rarement seul. Rappelons que les facteurs liés au développement de la DPP et de l'APP sont nombreux et d'ordres variés (psychologique, physique et psychosocial). Certains semblent s'accumuler selon une étude réalisée auprès de 15 000 femmes défavorisées sur le plan socio-économique, qui indique que celles-ci bénéficiaient d'un soutien moins important de la part de leur partenaire, les rendant ainsi plus vulnérables à la DPP (Nakamura et al., 2020). Il est possible de croire qu'une population vulnérable sur le plan économique ait un accès plus limité à certains facteurs de protection (Nakamura et al., 2020). Selon une autre étude (Walker et al., 2013) réalisée auprès de 419 mères défavorisées sur le plan financier six semaines après leur accouchement, le cumul de stressseurs psychosociaux rapporté serait imposant et ces mères adopteraient des comportements risqués pour leur santé (p. ex. : tabagisme, mauvaises habitudes alimentaires, consommation de substances). L'équipe de recherche suggère que de nombreuses femmes ayant de faibles revenus en période postnatale soient aux prises avec un cumul de facteurs de risques, ce qui entraînerait un plus grand risque de développer des symptômes dépressifs (Walker et al., 2013). Considérant que l'adaptation des mères qui connaissent des difficultés psychosociales paraît mise à l'épreuve parfois de façon chronique depuis plusieurs années, il paraît important de s'intéresser à elles et à

leurs familles afin de cibler le type de soutien à offrir pour prévenir la DPP ou l'APP, de la grossesse jusqu'au post-partum (Racine et al., 2019).

1.1.7 Répercussions sur la famille

Répercussions sur les mères elle-mêmes. En plus d'être atteinte de symptômes de DPP ou d'APP, une mère peut souffrir de stigmatisation que l'on peut comprendre comme l'ensemble des attitudes, croyances et comportements négatifs à l'égard d'une personne en raison de sa situation personnelle. La stigmatisation peut à la fois provenir d'un groupe social et du regard qu'une mère porte sur elle-même (McLoughlin, 2013). La revue intégrative de Reupert et ses collègues (2020) portant sur les familles dont un parent est atteint d'un enjeu de santé mentale a relevé que la stigmatisation serait principalement conceptualisée comme une différence marquée, évaluée négativement et intériorisée. Pour les parents ayant un trouble mental, la stigmatisation associée à la maladie mentale serait liée à celle de la violation des normes sociales et culturelles propres au rôle parental (Reupert et al., 2020). Les résultats de l'étude qualitative d'Edwards et Timmons (2005) abondent en ce sens, soulignant que certaines femmes souffrant d'un épisode dépressif caractérisé avec début lors du péripartum se sentaient stigmatisées et qu'elles craignaient d'être considérées comme incapables de prendre soin de leur nouveau-né. Selon l'autrice et l'auteur, cette crainte d'être considérées comme de « mauvaises mères » relevait d'une construction sociale (Edwards et Timmons, 2005). Par peur de voir les services sociaux s'impliquer (p. ex. : retrait de la garde d'un enfant), certaines mères hésiteraient à dévoiler leur état de santé mentale (McLoughlin, 2013). Certaines percevraient que le stigma lié à la DPP s'ajoute, dans leur cas, à d'autres facteurs de discrimination comme l'origine ethnique (Button et al., 2017). La stigmatisation peut se manifester de plusieurs façons : jugement de soi, inquiétude face au jugement des autres, normalisation des symptômes, attribution externe et anxiété face aux

conséquences de la stigmatisation (Button et al, 2017). La métasynthèse de Button et ses collègues (2017) a conclu que le stigma faisait partie d'un des trois facteurs faisant obstacle aux demandes d'aide des femmes en périnatalité. Selon les autrices, les deux autres seraient l'incapacité d'identifier un problème de santé mentale et une expérience négative des soins de santé.

Répercussions sur l'enfant. Les enfants de parents atteints de trouble mental seraient à risque de développer des problèmes scolaires, socioaffectifs ou encore des troubles mentaux tout au long de leur développement (Ellis et Hoskin, 2018 ; Jacobs et al., 2015 ; Ng-Knight et al., 2018 ; van Santvoort et al, 2015 ; Villatte et al., 2022 ; Weissman et al., 2006). Par exemple, la dépression post-partum pourrait affecter la disponibilité affective de la mère, de même que ses pratiques parentales (Field, 2010). Chez une femme enceinte, l'anxiété spécifique à la grossesse et à la peur d'accoucher augmenterait le risque pour les nourrissons de démontrer des affects négatifs élevés (Wassef et al., 2019). Chez les enfants, il s'agit de risques de développer des problèmes d'extériorisation, d'anxiété et de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (Wassef et al., 2019). Globalement, la diminution des capacités parentales de la mère pourrait compromettre les développements cognitif et socioémotionnel de son enfant (O'Hara et Swain, 1996 ; Woolhouse et al., 2014). Aussi, lorsque la figure de soins vit fréquemment une dysrégulation émotionnelle, cela tendrait à modeler, par l'entremise de la communication avec le bébé, l'insécurité de l'attachement du nourrisson (Grienenberger et al., 2005 ; Stevenson-Hinde et al. 2011). Considérant que les premières interactions d'un enfant sont essentielles pour le développement de sa régulation biologique et comportementale (Gressier et Sutter-Dallay, 2017), l'impact de troubles de santé mentaux chez un parent est notable. Finalement, soulignons que lorsque les symptômes dépressifs et anxieux s'aggravent au point de répondre aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé avec début lors du péripartum, ils peuvent

s'accompagner de caractéristiques psychotiques et mener au suicide de la mère, ou à l'infanticide (American Psychiatric Association, 2015).

Répercussions sur le ou la partenaire. Une littérature portant sur la DPP de mères rapportant vivre une relation conjugale non hétérosexuelle émerge récemment (Alang et Fomotar, 2015 ; Flanders et al., 2016 ; Maccio et Pangburn, 2016 ; Trettin et al., 2006). À notre connaissance, peu d'études se sont toutefois penchées sur le vécu d'une partenaire de genre féminin (p. ex. : Abelsohn et al., 2013) (n=8). En contrepartie, plusieurs auteurs et autrices se sont intéressé·es au vécu de partenaires de mères souffrant de symptômes de DPP au sein de couples hétérosexuels. Ainsi, certaines perspectives masculines ont été documentées par des études qualitatives basées sur de petits échantillons de participants (n=8 à n=25). Ces hommes ont partagé leurs perspectives à différents sujets, tels que : leur expérience générale (Ierardi et al., 2019) ou plus précisément celle face aux difficultés de leur partenaire (Engqvist et Nilsson, 2011 ; Roehrich, 2007) ; leur transition vers la parentalité (Siverns, 2012) ; leur expérience du soutien formel reçu de la part du personnel de la santé en périnatalité (Mayers et al., 2020) et leur expérience de l'hospitalisation de leur partenaire (Marrs et al., 2014). Certaines de ces études n'incluent pas d'information concernant le statut socio-économique des participants (Engqvist et Nilsson, 2011 ; Mayers et al., 2020). Les autres présentent des échantillons composés d'une forte majorité d'hommes caucasiens diplômés (études secondaires ou supérieures), employés à temps plein ou travailleurs autonomes (Darwin et al., 2017 ; Marrs et al., 2014 ; Roehrich, 2007) ou encore assurant un revenu de plus de 50 000 \$ par année à leur famille (Ierardi et al., 2019 ; Siverns, 2012).

Plus précisément, l'étude qualitative de Ierardi et ses collègues (2019) (n=10) a mis en lumière l'inquiétude des pères participants pour leur partenaire atteinte de DPP, leur confusion due aux changements d'humeur et aux réactions imprévisibles de celle-ci, les efforts fournis pour

la soutenir, les stratégies de gestion du stress parfois néfastes (p. ex. : consommation d'alcool) et leur propre expérience de symptômes dépressifs en réponse à ceux de leur partenaire (p. ex. : sommeil et alimentation perturbés, sentiment de tristesse, etc.). Une autre étude qualitative (Engqvist et Nilsson, 2011) réalisée auprès de onze partenaires de mères souffrant de DPP a décrit leur expérience en trois étapes : 1) sentiment de déception, confusion, exclusion, profonde inquiétude pour leur partenaire ; 2) sentiment d'incapacité à aider leur partenaire à surmonter la DPP ; 3) sentiment de frustration et de colère. De façon plus globale, une mauvaise santé mentale maternelle lors du post-partum — c'est-à-dire incluant des symptômes dépressifs, anxieux et la psychose post-partum — entraînerait de la déprime, de l'anxiété et du stress chez les pères et affecterait leur capacité à dormir, à se concentrer et même à s'occuper de leur enfant (Mayers et al., 2020) (n=25).

Selon la méta-analyse de Paulson et Bazemore (2010), une corrélation positive modérée entre la dépression maternelle et la dépression paternelle serait rapportée par la littérature. Indépendamment de l'état de santé des mères, partenaire des pères de l'échantillon étudié par Cameron et ses collègues (2016), la prévalence de la dépression paternelle à compter du premier trimestre de grossesse jusqu'à un an après l'accouchement est évaluée à 8,4 %. Elle serait associée à une diminution d'interactions positives entre un père et son enfant (p. ex. : jeu, lecture) (Davis et al., 2011), ce qui aurait un impact négatif à court terme (de 6 mois à 2 ans) sur le développement de l'enfant (p. ex. : retard de maturation neuromusculaire, diminution du vocabulaire exprimé) (Paulson et al., 2009 ; Sethna et al., 2018). Selon la revue systématique d'Ashraf et ses collègues (2023), la dépression paternelle aurait une influence négative sur les troubles du développement neurologique de leur progéniture. À moyen terme, Fletcher et ses collègues (2011) ont identifié qu'une dépression paternelle déclarée au début de la paternité constituerait un facteur prédictif de problèmes émotionnels et comportementaux chez l'enfant à

l'âge de 4-5 ans. À plus long terme, le trouble mental périnatal du père a le potentiel d'être maintenu tout au long de la vie de l'enfant, augmentant ainsi le risque de conséquences à long terme sur la santé mentale et sur le développement de ce dernier (Fisher et al., 2021).

En somme, la littérature internationale portant sur l'expérience d'une personne partenaire d'une mère présentant des symptômes dépressifs lors du post-partum relève majoritairement d'une perspective hétéronormiste (Pilkington et al., 2015) et reflète l'expérience de participants volontaires, évoluant au sein de milieux socio-économiques privilégiés. On peut donc penser que l'expérience de ces participants rapportée par les études précisées ne soit pas généralisable à celle de pères de familles vivant en contexte de vulnérabilité socio-économique. Par ailleurs, à notre connaissance, la littérature n'aborde pas l'impact de l'APP ni de la comorbidité de la DPP et de l'APP sur un ou une partenaire de mère atteinte.

1.1.8 Dépistage et soutien auprès des familles vulnérables par cumul de facteurs de risque

La prévention des troubles de l'humeur lors de la période périnatale est essentielle en raison des conséquences négatives pour l'individu et sa famille (Pilkington et al., 2015). Il est important de reconnaître la stigmatisation associée aux enjeux de santé mentale d'un parent, considérant que celle-ci semble empêcher les membres de la famille de chercher l'aide dont ils ont besoin (Reupert et al., 2020). Tel qu'abordé précédemment, le cumul de facteurs de risque paraît affecter considérablement les familles défavorisées au point de vue psychosocial (Walker et al., 2013). Il est envisageable que le contexte social dans lequel évolue une personne ayant un rôle parental (p. ex. : emploi précaire, isolement social) ait un impact sur sa façon d'aborder les aspects relationnels et éducatifs de celui-ci (Isserlis, 2017).

On peut également penser que l'accumulation de facteurs de risque pèse lourd tant sur la relation de coparentalité que sur la relation conjugale d'un couple parental s'il en est un. Or, le

soutien provenant d'une relation de coparentalité agirait comme médiateur entre les symptômes dépressifs maternels post-partum et le développement de certains symptômes chez les enfants tels que des crises de colère et des difficultés liées à l'alimentation et au sommeil (Tissot, 2016) (n= 69 couples). Un soutien satisfaisant de la part du partenaire pendant la grossesse serait associé à une réduction des scores de DPP chez les femmes, soit une diminution de 11 % chez des femmes immigrantes de première génération et de 8 % chez des femmes non-immigrantes de l'échantillon de l'étude de Nakamura et ses collègues (2020) (n=15 000). Ces résultats concordent avec ceux d'études précédentes (Gjerdingen et al., 2014 ; O'Hara et McCabe, 2013 ; Rahman et al., 2014 dans Nakamura et al., 2020). De leur côté, Racine et ses collègues (2019) ont observé que, lors du post-partum, l'augmentation du soutien du partenaire et du soutien de la famille entraînait une diminution de l'anxiété et du stress vécu par les femmes de leur échantillon (n=3 388). L'équipe de recherche indique que l'augmentation de la satisfaction à l'égard du soutien social et émotionnel dans un domaine (p. ex. : avec la personne partenaire) favoriserait l'augmentation de la satisfaction dans d'autres domaines de soutien (p. ex. : avec la famille, les amis, etc.). Ainsi, le soutien du coparent semble agir à titre de facteur de protection face à la DPP, à l'anxiété et au stress. En ce qui concerne la relation conjugale d'un couple parental, l'étude de Stapleton et ses collègues (2012) menée auprès de 272 femmes enceintes a souligné que les mères percevant un fort soutien⁴ de la part de leur partenaire intime en milieu de grossesse vivaient moins de détresse émotionnelle (symptômes dépressifs et anxieux) après l'accouchement. Les résultats ont aussi indiqué que la perception du soutien du partenaire pendant la grossesse pouvait contribuer au tempérament moins craintif ou émotionnellement réactif du nourrisson (Stapleton et al., 2012).

⁴ Selon l'échelle d'efficacité du soutien social de Rini et ses collègues (2006), ainsi que des questions spécifiques à la grossesse.

Finalement, Lanes et ses collègues (2011) soutiennent l'importance de voir diminuer la prévalence de la DPP, particulièrement pour les mères présentant un historique de dépression, un faible soutien social, un contexte d'immigration, une grossesse à l'adolescence ou un niveau de stress élevé. On peut penser que les efforts de dépistage et de soutien en santé mentale doivent cibler les familles défavorisées sur le plan socio-économique, susceptibles d'accumuler les facteurs de risque. Au Québec, les familles vulnérables sont desservies par le programme des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance [SIPPE], chapeauté par le Programme national de santé publique (2015-2025).

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Le programme des SIPPE vise le développement global des enfants et des jeunes principalement par l'entremise d'interventions à domicile (voir annexe A pour un aperçu du programme) (Gouvernement du Québec, 2015). Considérant que la pauvreté influence la santé des enfants et que ceux évoluant au sein de familles défavorisées sur le plan socio-économique sont plus nombreux à « ne pas déjeuner, à être sédentaires, à fumer, à consommer de l'alcool et de la drogue, ainsi qu'à avoir une faible estime d'eux-mêmes » (Gouvernement du Québec, 2015, p.41), les SIPPE ont pour but d'offrir des services de promotion et de prévention à cette population. Un suivi personnalisé, intensif et de longue durée est offert aux ménages admissibles selon les trois critères suivants : 1) être parent ou principal responsable d'un enfant de moins de douze mois ; 2) vivre sous le seuil de faible revenu⁵ et 3) présenter un des deux facteurs de risque suivants, soit un isolement social ou une sous-scolarisation (Gouvernement du Québec, 2021). Cette dernière est définie par « l'absence de diplôme d'études secondaires ou professionnelles » (Gouvernement du Québec,

⁵ Selon des questions qualitatives portant sur les difficultés à satisfaire les besoins de base de la famille (logement, alimentation, habillement) et l'insécurité alimentaire (Gouvernement du Québec, 2022a, p.15).

2022a, p.15). Ainsi, la vulnérabilité des usagers est établie selon un contexte social, économique et relationnel (Dubeau et al., 2013).

Globalement, le programme des SIPPE est ancré dans une approche écologique et vise le renforcement du pouvoir d’agir de l’individu sur sa vie. Ce dernier est défini par : « la possibilité pour une personne [...] d’avoir un plus grand contrôle sur l’atteinte des objectifs qui sont importants pour elle. » (Gouvernement du Québec, 2021, p.4). Plus précisément, le programme propose quatre domaines d’intervention : l’attachement, le développement de l’enfant, les soins médicaux et de santé préventive (p. ex. : hygiène buccodentaire) et l’utilisation des ressources pour les besoins de base et la construction d’un réseau de soutien social (Gouvernement du Québec, 2022a). Les publications des SIPPE utilisent un vocabulaire inclusif quant à la parentalité (p. ex. : les deux parents, les responsables de l’enfant) et recommandent certaines pratiques familiales, dont l’évaluation (du bien-être de chaque parent ; de contacts physiques parent-enfant chaleureux ; de l’alimentation) et l’accompagnement des parents, selon leurs besoins, vers les services de santé ou les ressources de la communauté leur « permettant d’améliorer les conditions de vie et la réponse aux besoins de base de leur famille » (Gouvernement du Québec, 2022a, p.30). Toutefois, l’intégration des pères vivant dans un contexte de vulnérabilité dans un programme de prévention dédié aux enfants et à leur famille est présentée comme un défi (Gouvernement du Québec, 2022b).

Les recensions de pratiques ainsi que les écrits théoriques abordant la paternité au Québec soulignent la difficulté de rejoindre les pères de familles vivant en contexte de vulnérabilité (Dubeau et al., 2013 ; Lacharité et Gagnier, 2015 ; Turcotte et Dubeau, 2014) ou de précarité sociale et économique (Turcotte et al., 2011). Dès 2016, les SIPPE nomment l’implication du père comme une pratique à privilégier (Gouvernement du Québec, 2016, p.39). Elle est réitérée en 2019 dans un document présentant un aperçu du programme (Gouvernement du Québec,

2019) et nuancée par le terme « partenaire [...] parent ou responsable de l'enfant ». Voici la recommandation des SIPPE à ce sujet (Gouvernement du Québec, 2022a) :

Sachant que les hommes sont moins enclins que les femmes à rechercher du soutien lorsqu'ils sont en difficulté, d'autant plus dans un contexte où l'attention est principalement consacrée à la femme lors de la grossesse et de la naissance de l'enfant, il est essentiel de porter une attention particulière à l'implication du père dans le suivi familial. L'implication du père ou du partenaire accompagnant une femme enceinte ou une nouvelle mère doit ainsi être encouragée dès le début de l'intervention et particulièrement visée en période prénatale et au début de la période postnatale, de façon à établir conjointement le lien de confiance. (p.47)

Le document présente des recommandations quant aux stratégies à adopter (le contact, l'écoute, l'action et la référence), des mises en situation dépeignant le point de vue d'intervenantes, d'intervenants et de pères ainsi que des hyperliens vers des capsules vidéo explicatives. Cette fiche synthèse précise la façon d'intervenir avec les pères, les gains envisagés et des constats de recherche publiés par l'Observatoire des tout-petits (2021) (impacts de l'engagement paternel sur le développement de leurs enfants) et par le Regroupement pour la Valorisation de la Paternité [RVP] (p. ex. : opinion de pères d'enfants de moins de 18 ans sur la paternité et ses défis (Léger, 2021)). Ainsi, l'inclusion des pères évoluant en contexte de vulnérabilité socio-économique dans les services dédiés à leur famille au moment de la venue de leur enfant semble nécessiter une attention particulière de la part du personnel des SIPPE.

Afin de mieux comprendre les défis rencontrés sur le terrain par les intervenantes et les intervenants des SIPPE au regard des pères des familles desservies en contexte post-partum, la prochaine section a pour but de présenter brièvement le concept de la paternité, éclairé par l'entremise des concepts d'engagement paternel et d'égalité parentale. Puis, l'approche centrée sur la famille en santé mentale [ACFSM] de même que les obstacles et les facilitants à son adoption seront présentés pour clarifier le contexte d'intervention auquel s'intéresse la présente

étude. Finalement, une section sera consacrée à la pertinence de cette dernière. Son but et ses objectifs concluront le chapitre.

CHAPITRE II

Contexte théorique

Le présent chapitre permettra de situer l'étude sur le plan théorique. D'abord, la paternité sera abordée par l'entremise des concepts d'engagement paternel et d'égalité parentale. Puis, l'approche centrée sur la famille en santé mentale [ACFSM] ainsi que les obstacles et les facilitateurs à son adoption par le personnel de la santé seront présentés. En conclusion, la pertinence de l'étude sera présentée, de même que son but et ses objectifs.

2.1 Paternité

Alors que les Romains de l'Antiquité concevaient la paternité comme étant toujours incertaine, au contraire de la maternité⁶, de nos jours, une réflexion sur l'engagement du père dans son rôle s'affirme dans la littérature (occidentale). Selon Danion-Grilliat (2017) : « Être père interroge immédiatement la façon d'être et la façon de se situer par rapport à un engagement [...] participer à la conception et/ou à l'attente de l'enfant, prendre soin de lui et le protéger, l'éduquer. » (p.57).

2.1.1 Engagement paternel

Selon Parke et Cookston (2019), l'engagement paternel relèverait de prédicteurs biologiques (p. ex. : tempérament), individuels (p. ex. : relation avec la famille d'origine), coparentaux (p. ex. : dynamique de la relation conjugale) et contextuels (p. ex. : statut socio-économique). Selon ces mêmes auteurs, l'engagement paternel influencerait l'identité d'un homme, ainsi que sa capacité d'adaptation psychologique.

Selon Madsen (2009), l'engagement des « nouveaux pères » auprès de leurs nourrissons témoignerait d'une évolution de la posture traditionnelle du père absent, sinon détaché

⁶ « L'adage de droit romain : « Mater semper certa est, pater semper incertus est »... » (Danion-Grilliat, 2017, p.56).

psychologiquement, à une posture contemporaine où l'attachement et la proximité d'un père envers sa progéniture semblent revendiqués (*new fatherhood*). En ce sens, certains pays nordiques sont reconnus pour leurs politiques familiales inclusives des pères. Par exemple, la Norvège propose un congé parental statutaire et non transférable de 10 semaines rémunérées à 100 % du salaire aux pères (Brandth et Kvande, 2019) et la Finlande offre un congé parental paternel de 9 semaines rémunérées à 70 % du salaire (Eerola et al., 2019). Au Québec, un congé paternel de 5 semaines, rémunéré à 70 % du salaire est prévu, de même qu'un congé parental de 25 à 32 semaines (selon les régimes choisis), bonifié depuis 2021 par 3 ou 4 semaines additionnelles si chacun des parents utilise au moins 6 à 8 semaines du congé parental. Ces semaines additionnelles peuvent être partagées entre les partenaires (Naître et grandir, 2023).

L'implication des pères des plus récentes générations s'appliquerait davantage aux familles favorisées sur le plan économique et scolaire qu'aux pères de familles vivant en contexte de vulnérabilité (Parke et Cookstone, 2019). Ainsi, les disparités économiques semblent entraîner une variabilité des modèles de paternité à travers les classes sociales (Parke et Cookstone, 2019).

Les bénéfices de l'engagement paternel. Globalement, la recherche démontre que l'implication des pères aurait un impact sur les développements social, émotionnel et cognitif de leur progéniture, et ce, selon la qualité du parentage offert (Parke et Cookstone, 2019). Parke et Cookston (2019) indiquent que la régulation de l'attention du père (p. ex. : capacité à répondre à des signaux pertinents) de même que ses processus cognitifs (p. ex. : représentations des relations) seraient bénéfiques à ses enfants. Selon Gressier et ses collègues (2017) : « Un père suffisamment présent contribue à la socialisation précoce, à l'adaptation aux relations interpersonnelles, aux valeurs, aux normes et à la "subjectivation", ainsi qu'à la construction de soi comme sujet séparé et autonome » (p.195). La reconnaissance de l'implication du père comme étant favorable aux développements cognitif et social de ses enfants, mais aussi au bien-

être des deux parents semble désormais établie par la littérature scientifique (de Montigny et al., 2020 ; Dubeau et al., 2013).

2.1.2 Égalité parentale

L'égalité parentale, soit l'égalité des rôles entre les hommes et les femmes en contexte de parentalité, s'affirme dans les politiques québécoises. La parution en 2006 de la politique *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait* présente l'engagement paternel comme un moyen de favoriser l'exercice égalitaire des rôles parentaux (Pacaut et al., 2011). Sur le terrain, le Regroupement pour la Valorisation de la Paternité [RVP] milite depuis 1997 pour la reconnaissance de l'importance des pères au sein de la société. Leurs publications présentent l'état des lieux quant à la paternité au Québec. Par exemple, les résultats d'un sondage web réalisé en 2018-2019 auprès de 2001 répondants⁷ indiquaient que plus d'un père sur trois considérait que la conciliation travail-famille était difficile pour lui, et ce, particulièrement chez les hommes dont le revenu était bas (Regroupement pour la Valorisation de la Paternité, 2019). Un répondant sur deux aurait dit être d'avis que les services publics québécois donnaient l'impression que les pères n'étaient pas importants ou compétents (Regroupement pour la Valorisation de la Paternité, 2019). Un autre sondage réalisé par le RVP en mai 2021 auprès d'un échantillon de 2001 répondants a permis de préciser la situation quant au partage de tâches quotidiennes :

Trois pères en couple sur cinq (62 %) disent que les tâches domestiques sont partagées équitablement entre eux-mêmes et leur conjoint. [...] En ce qui a trait aux soins des enfants, près des deux tiers des répondants (64 %) affirment partager équitablement les tâches qui y sont liées. (Léger, 2021, p.6).

À l'international, une étude réalisée auprès de 11 538 mères issues de 40 pays différents a révélé que le domaine de la parentalité demeurerait marqué par des inégalités, désignant les

⁷ Hommes et parents, incluant tuteurs et personnes ayant la garde d'au moins un enfant.

mères comme premières donneuses de soins, et ce, même au sein des pays les plus égalitaires (p. ex. : Suède et Finlande (World Economic Forum, 2018)) (Roskam et al., 2022). Le domaine de la parentalité ferait ainsi exception à la réduction des inégalités observées récemment entre les genres dans plusieurs domaines (p. ex. : éducation, emploi). L'équipe de recherche avance l'importance de promouvoir l'égalité des genres dans l'éducation des enfants afin de prévenir l'épuisement parental. Elle indique que de futures études devraient être réalisées au sujet des médiateurs potentiels de cette corrélation, par exemple l'insatisfaction par rapport aux attentes, la comparaison sociale et le rapport coût/valeur de l'enfant (économique, psychologique, social) (Roskam et al., 2022).

Malgré les écarts qui se réduisent entre les mères et les pères quant aux tâches domestiques et à celles liées à leurs enfants, la perception d'un rôle prééminent joué par les mères paraît ainsi subsister. Il est possible de penser que cela puisse influencer les pratiques d'intervention en matière de parentalité, notamment lors du post-partum.

En contexte post-partum. DeMaris et Mahoney (2017) ont constaté que l'équité perçue quant aux soins donnés aux nourrissons semblait réduire l'intensité de la DPP vécue par les mères de 178 couples hétérosexuels accueillant un premier enfant. L'auteur et l'autrice estiment que ces résultats seraient en lien avec la répartition de la charge des soins donnés au nouveau-né, ce qui partagerait le stress lié à sa prise en charge entre deux personnes (DeMaris et Mahoney, 2017). Bien que l'équité et l'égalité ne soient pas synonymes, cette opérationnalisation de la théorie de l'équité par DeMaris et Mahoney (2017) en contexte post-partum rejoint la valorisation de l'engagement paternel et de l'équité parentale prônés par la société québécoise. Favoriser l'engagement paternel et l'égalité parentale dans le contexte post-partum semble dès lors pertinent, notamment en présence de difficultés de santé mentale chez une mère.

Tel que mentionné précédemment, au Québec, un des objectifs du programme des SIPPE est de soutenir les mères en impliquant leur partenaire lors du post-partum. L'inclusion des pères ainsi que de tous les membres d'une famille dans une démarche de soins lorsqu'un parent vit des enjeux de santé mentale s'inscrit en phase avec l'ACFSM, soit un concept mis en évidence dans la littérature scientifique sans être toutefois nommé explicitement par le programme des SIPPE.

2.2 L'approche centrée sur la famille en santé mentale

Selon Tchernegovski et ses collègues (2018), l'approche centrée sur la famille en santé mentale [ACFSM] soutient l'implication de chacun des membres de la famille lors de suivis et de soins usuels d'un parent atteint d'un trouble mental. Cette définition adoptée par différentes autrices et auteurs s'intéressant aux interventions inclusives des familles en contexte de santé mentale (Gregg et al., 2021 ; Tuck et al., 2023) sous-tend un continuum d'intensité de soins et services incluant l'évaluation des besoins de la famille, l'éducation de ses membres (p. ex. : information sur les troubles mentaux) et l'accompagnement d'une personne ayant un rôle parental (Tchernegovski et al., 2018). L'ACFSM repose sur un paradigme d'autonomisation des individus, soit l'idée qu'une personne atteinte d'un trouble mental ayant un rôle parental puisse être le vecteur du changement dans sa famille (Tchernegovski et al., 2018).

Alors que certaines études traitent d'une « approche centrée sur la famille », d'autres se penchent sur des « pratiques familiales » ou des « pratiques centrées sur la famille », ce qui ne permet pas de comparer les différentes initiatives (Foster et al., 2016 ; Gregg et al., 2021 ; Reupert et al., 2018). La revue de pratiques de Foster et ses collaborateurs (2016) et la revue narrative systématique de Lagdon et ses collègues (2021) ont cependant permis d'identifier différentes pratiques d'ACFSM telles que l'évaluation, le soutien (p. ex. : éducation, accompagnement parental) et l'offre de références (p. ex. : services communautaires). Au

Québec, la pertinence d'adopter une perspective d'intervention familiale en santé mentale s'affirme dans la littérature depuis environ dix ans (Carrière et al., 2010 ; MacCourt, 2013 ; Ministère de la santé et des services sociaux, 2022 ; Piché et al., accepté).

2.2.1 En contexte post-partum

L'importance d'adopter une approche centrée sur la famille semble particulièrement pertinente dans une situation de dépression post-partum. Dans un article argumentatif, Tissot et ses collègues (2019) proposent six arguments en faveur d'une approche familiale du traitement de la dépression parentale pendant la période du post-partum. Selon les chercheurs : 1) la DPP touche non seulement les mères, mais aussi les pères (8,4 %) (Cameron et al., 2016); 2) il existe de forts liens entre la DPP maternelle et paternelle (Paulson et Bazemore, 2010); 3) il existe de forts liens entre la DPP et la qualité de la relation conjugale; 4) la qualité de la relation entre les parents modère l'effet de l'implication paternelle auprès de l'enfant; 5) la coparentalité est un facteur médiateur des effets de la DPP sur l'enfant, et; 6) certaines caractéristiques de l'enfant sont des facteurs de risque pour le déclenchement ou le maintien de la DPP (Tissot et al., 2019). Cette lecture systémique de la problématique soulève, entre autres, l'importance des interactions parentales et conjugales lors d'une DPP, et la possibilité qu'une dépression paternelle s'immisce en présence de DPP maternelle. S'intéressant précisément aux retombées de la dépression postnatale chez les pères lorsque non traitée, la revue de littérature de Gentile et Fusco (2017) a identifié un risque accru de problèmes de développement, de comportement et de troubles psychiatriques chez les enfants d'âge scolaire de pères aux prises avec la dépression postnatale. Conséquemment, l'auteur et l'autrice suggèrent que l'approche traditionnelle du traitement des troubles de l'humeur périnataux visant uniquement la mère soit complétée par des interventions visant à améliorer la qualité de vie des deux parents et de leurs enfants (Gentile et Fusco, 2017).

2.2.2 Obstacles et facilitateurs à l'approche centrée sur la famille quand un parent est atteint d'un trouble mental

En 2009, la revue intégrative de Maybery et Reupert portant sur les obstacles à l'adoption d'une approche centrée sur la famille auprès de parents atteints de troubles psychiatriques a présenté ses résultats selon un modèle hiérarchique, illustré par la pyramide à quatre niveaux présentée ci-bas.

Figure 1

Modèle hiérarchique de Maybery et Reupert (2009)



(traduction libre de Maybery et Reupert, 2009, p.789)

Selon ce modèle, le soutien organisationnel et managérial serait à la base de l'adoption de l'approche centrée sur la famille. Maybery et Reupert (2009) ont identifié certains obstacles en lien avec les caractéristiques organisationnelles, soit l'absence de politiques et de lignes directrices permettant d'identifier le statut parental d'une personne lorsqu'elle reçoit des services psychiatriques, l'insuffisance des ressources allouées aux pratiques orientées vers la famille (p. ex. : temps, ressources humaines) et la culture du milieu de travail (p. ex. : orientée vers la maladie et l'individu ; orientée vers la gestion de crise et non la prévention). Des études récentes affirment également des manques sur le plan des politiques, de la gestion et des ressources organisationnelles qui feraient obstacle à l'adoption d'une ACFSM (Grant et al., 2019 ; Gregg et al., 2021 ; Shah-Anwar et al., 2019). Certains facilitateurs liés aux caractéristiques organisationnelles sont également décrits dans la littérature. Par exemple, le temps passé avec des personnes utilisatrices des services en contexte d'intervention précoce pour un trouble mental favoriserait le développement d'une relation d'aide, ce qui faciliterait l'adoption de l'approche centrée sur la famille (Radley et al., 2021 ; Strand et Rudolfsson, 2018). Aussi, les visites à domicile favoriseraient une approche familiale en raison des informations recueillies sur le fonctionnement de la famille (Grant et Reupert, 2016). La littérature souligne que le contexte communautaire adhérerait à une philosophie rejoignant l'approche centrée sur la famille (Grant et Reupert, 2016 ; Grant et al., 2019), contrairement au contexte hospitalier (Ward et al., 2017).

Le modèle de Maybery et Reupert (2009) indique ensuite que des caractéristiques liées à la main-d'œuvre, par exemple le développement des compétences et des connaissances sur la parentalité, peuvent influencer l'adoption d'une approche centrée sur la famille. Selon la synthèse d'études qualitatives de Shah-Anwar et ses collègues (2019) (n=9), certains professionnels percevraient peu les avantages de l'ACFSM. Plus précisément, les perceptions (Gregg et al., 2021), les attitudes (Gregg et al., 2021 ; Shah-Anwar et al., 2019), les connaissances (Gregg et

al., 2021 ; Shah-Anwar et al., 2019), les compétences (Gregg et al., 2021) et les pratiques (Shah-Anwar et al., 2019) des intervenantes et des intervenants pourraient influencer négativement l'adoption d'une ACFSM. Concernant le personnel qui rapporte percevoir les avantages potentiels à l'ACFSM, d'autres obstacles ont été identifiés par Gregg et ses collègues (2021), soit le manque de confiance envers ses capacités, le manque de formation, le manque de soutien et de ressources. En contexte de soins à domicile auprès de mères atteintes de troubles mentaux (Leonard et al., 2020) et en contexte d'interventions infirmières en santé mentale (Grant et al., 2019), la littérature indique que l'expérience personnelle de la parentalité serait une caractéristique facilitant l'adoption de l'ACFSM. L'étude de Grant et ses collègues (2019) a permis de préciser que l'expérience personnelle d'infirmières et d'infirmiers travaillant en santé mentale permettait de normaliser les défis liés à la parentalité, d'encourager le dévoilement des préoccupations des parents et de promouvoir un lien de confiance avec la clientèle. Aussi, Tuck et ses collègues (2023) avancent que l'adoption par le personnel de santé mentale d'une approche basée sur les forces faciliterait l'engagement des membres de la famille dans les services.

Le troisième niveau de la pyramide concerne les caractéristiques associées à l'engagement de la personne ayant un trouble mental. Selon Maybery et Reupert (2009), un parent atteint de trouble mental peut parfois démontrer de la réticence, voir refuser d'impliquer ses enfants et d'autres membres de sa famille dans le suivi. La crainte de voir les services de protection de l'enfance s'impliquer dans le suivi est envisagée (Maybery et Reupert, 2009). À notre connaissance, les caractéristiques de ce niveau facilitant l'adoption d'une ACFSM ne paraissent pas abordées par la littérature actuelle.

En ce qui a trait au quatrième niveau de la pyramide, soit les caractéristiques liées aux membres de la famille faisant obstacle à l'adoption de l'approche centrée sur la famille, Maybery et Reupert (2009) indiquent que certains pourraient ne pas souhaiter ou ne pas être en mesure de

participer au traitement de leur proche atteint de trouble mental (p. ex. : problèmes de transport, placement en famille d'accueil). L'auteur et l'autrice précisent qu'au contraire, d'autres démontreraient un désir d'engagement dans le suivi de leur proche (p. ex. : demande d'informations sur un trouble mental) (Maybery et Reupert, 2009). Toutefois, à notre connaissance, la littérature n'identifie pas de caractéristiques propres à la famille, incluant les pères, pouvant faciliter l'adoption d'une ACFSM en présence de difficultés de santé mentale chez une mère.

Obstacles à l'inclusion des pères en périnatalité, en présence de difficultés de santé mentale chez la mère. En contexte périnatal, la revue systématique d'essais contrôlés randomisés de Pilkington et ses collègues (2015) a indiqué que les interventions de prévention de la dépression et de l'anxiété chez les mères positionneraient les pères seulement comme des contributeurs des troubles mentaux maternels, plutôt que de considérer aussi la possibilité qu'eux-mêmes développent des symptômes de dépression et d'anxiété, une situation d'autant plus préjudiciable pour l'enfant (Pilkington et al., 2015).

Selon une étude qualitative menée par Lever Taylor et ses collègues (2018) auprès de 233 pères quant à leurs perspectives des services offerts en contexte de santé mentale périnatale, ces derniers rapportent parfois vivre de la marginalisation et de la négligence, une insatisfaction quant à l'information offerte et une ambivalence quant à leur implication. Ils feraient aussi parfois face à des obstacles pratiques (p. ex. : déplacements, conciliation des rendez-vous de santé avec leur emploi) qui affecteraient leur implication auprès de leurs partenaires (Lever Taylor et al., 2018).

Finalement, selon Leonard et ses collègues (2020), la perception de professionnelles de la santé mentale œuvrant auprès de mères à domicile serait stéréotypée, associant les pères aux pourvoyeurs et les mères aux soins à donner aux enfants. L'équipe de recherche avance que les

intervenantes percevraient les besoins des partenaires comme secondaires à ceux des mères et de leurs enfants (Leonard et al., 2020).

Obstacles à l'inclusion des pères de famille en contexte de vulnérabilité socio-économique au Québec. Selon Gervais et ses collègues (2016), les services de santé québécois en contexte périnatal feraient en partie obstacle à l'inclusion des pères, et ce, indépendamment des conditions socio-économiques de ceux-ci. Bien qu'ils soient invités à s'impliquer, les pères se verraient attribuer un rôle périphérique à leur propre famille plutôt que partie prenante (p. ex. : informations sur le père colligées sous la rubrique « réseau de soutien de la mère »). Une difficulté pour les pères d'exprimer leurs besoins dans ce contexte a été identifiée (Gervais et al., 2016), ce qu'a aussi constaté une étude portant spécifiquement sur de jeunes pères évoluant en contexte de vulnérabilité socio-économique, utilisateurs des SIPPE (n=30 pères de 15 à 24 ans) (Deslauriers et Boivin, 2011).

Perspective des pères suivis par les SIPPE

En 2011, Deslauriers et Boivin ont mené une étude qualitative auprès de pères participants (n=30) et d'un groupe composé de onze intervenantes et d'un intervenant (n=12) des SIPPE de Gatineau pour connaître les perceptions de chaque partie concernant les besoins des pères. Aucune information concernant la santé mentale des participants ou de leurs conjointes n'a été abordée. Les principaux résultats obtenus dans cette étude font état des éléments suivants : en entrevue, le deux tiers de ces pères a affirmé ne pas avoir de besoins auxquels certains services pourraient répondre. Ces pères ont dit s'accommoder de leurs conditions de vie, tant pendant la période prénatale qu'après la naissance de l'enfant (jusqu'à 1 an). L'autre tiers des participants a toutefois nommé avoir différents besoins, comme celui de contacter un travailleur social ou un psychologue concernant la préparation à l'arrivée de l'enfant, les difficultés liées au rôle de père

(p. ex. : accès à l'enfant en raison d'une séparation), ou encore l'aide financière pour un retour aux études. La majorité de l'échantillon se disait agréablement surprise par l'aide reçue lors des rencontres prénatales et soulignait s'être sentie à l'aise au sein de groupes de pairs. Les moments passés à discuter d'enjeux communs avec d'autres pères comme l'annonce de la grossesse, la sexualité et l'implication lors de l'accouchement semblaient avoir été appréciés par plusieurs. Toutefois, les entrevues ont aussi soulevé que certains : avaient eu l'impression que les cours prénataux étaient destinés exclusivement à la future mère (p. ex. : allaitement) ; déploraient le manque de flexibilité d'horaire du personnel ; avaient vécu de mauvaises expériences antérieures avec les services sociaux (p. ex. : la protection de la jeunesse). De plus, les pères ne semblaient pas avoir été interpellés par les rencontres parents-enfants prévues par le programme. Ceux qui y ont assisté redoutaient d'être invités à parler d'eux, et auraient senti que leur présence dérangeait. Questionnés sur la perception du personnel à leur égard, la moitié des jeunes pères disaient redouter d'être jugés (Deslauriers et Boivin, 2011).

Perspective des intervenantes et des intervenants des SIPPE

Comme annoncé plus haut, la même étude (Deslauriers et Boivin, 2011) s'est également penchée sur la perspective de onze intervenantes et d'un intervenant des SIPPE (n=12). Selon elles et lui, les expériences familiales d'origines vécues par les pères utilisateurs des SIPPE ne les préparaient pas bien aux responsabilités parentales, et le niveau de stress élevé auquel ces jeunes hommes étaient confrontés était conjugué à une peur de l'échec sous plusieurs formes : financière, professionnelle, scolaire, sevrage de substance, etc. Certaines problématiques présentent chez ces pères (p. ex. : abus de substance, gestion des relations interpersonnelles difficiles, pensée magique quant à l'atteinte d'objectifs à moyen et long terme, violence) complexifiaient le travail du personnel selon les perspectives colligées. Trois obstacles à

l'inclusion des pères lors des interventions ont été rapportés : des horaires de travail non concordants ; la difficulté de rejoindre les pères lors d'une séparation et une certaine gêne ou un manque de compétence pour s'adresser à eux. Bien que l'échantillon ait attribué plusieurs forces aux utilisateurs — la débrouillardise, la capacité d'adaptation, un grand désir de bien faire et une volonté de prendre ses responsabilités — peu d'exemples ont été offerts pour les illustrer. Aussi, peu de stratégies visant à créer un lien de confiance avec les pères ont été énoncées. Toutefois, l'importance de le faire semblait faire l'unanimité.

Une autre étude s'intéressant aussi aux perspectives d'intervenantes des SIPPE (St-Arneault, 2013) a rapporté le malaise d'un échantillon de huit professionnelles face aux pères, malgré leurs efforts pour les rejoindre dans leur pratique quotidienne. Ici aussi, la santé mentale des parents des familles n'était pas abordée. Les intervenantes ont dévoilé croire que les pères portaient moins d'intérêt aux services offerts que les mères et que les parents recevant des services des SIPPE présentaient un manque de compétence. En contrepartie, la reconnaissance de différents facteurs influençant l'implication du père auprès de sa famille et l'importance de l'engagement paternel ont été soulignées par les intervenantes (St-Arneault, 2013).

En 2015, une analyse secondaire de données qualitatives (Pierre, 2015) s'est intéressée à la relation d'accompagnement entre huit jeunes pères et dix-sept infirmières au sein des SIPPE. Cette analyse souligne que les normes socioculturelles associant des rôles de genre aux pères (p. ex. : pourvoyeur) et aux mères (p. ex. : responsable des soins et de l'éducation de l'enfant) ne seraient plus désormais la norme. L'autrice conclut que l'échange d'informations entre les infirmières et les pères serait axé sur les soins à donner à l'enfant. Pierre (2015) ajoute que cet échange paraissait teinté par les représentations qu'avait l'intervenante de l'identité parentale du père (p. ex. : père présent et soignant, père peu compétent, etc.) et de son engagement dans ses responsabilités parentales. Elle indique que les infirmières exerceraient une vigilance à l'égard

des pères, bien que ces derniers puissent éventuellement devenir des alliés pour elles. Finalement, l'autrice a affirmé l'importance d'offrir un soutien émotionnel en plus d'un soutien informationnel aux pères de familles vivant en situation de vulnérabilité sociale (Pierre, 2015).

2.3 Pertinence de l'étude

Selon les études qualitatives disponibles, les intervenant.es des SIPPE paraissent rencontrer différents obstacles à l'inclusion des pères (Deslauriers et Boivin, 2011 ; Pierre, 2015 ; St-Arneault, 2013). Cela concorde avec la littérature existante au sujet des pères vivant en contexte de vulnérabilité socio-économique au Québec (Dubeau et al., 2013 ; Lacharité et Gagnier, 2015 ; Turcotte et Dubeau, 2014 ; Turcotte et al., 2011). Toutefois, les études mentionnées ont été réalisées avant la plus récente mise à jour du cadre de référence des SIPPE qui comprend des recommandations visant le développement d'un lien de confiance avec les pères (Gouvernement du Québec, 2022b). Il semble pertinent d'envisager une étude exploratoire pour produire des connaissances actuelles sur le sujet.

Considérant la prévalence de la DPP, de l'APP et de la comorbidité des symptômes, et considérant leurs retombées sur chacun des membres de la famille (mère, enfant et partenaire), intervenir de façon préventive paraît essentiel (Pilkington et al., 2015). Il est suggéré que les efforts de prévention de la DPP ciblent particulièrement les familles défavorisées au plan socio-économique, susceptibles d'accumuler les facteurs de risque (Lanes et al., 2011). À notre connaissance, aucune étude ne s'est penchée sur l'inclusion des partenaires en présence de DPP ou d'APP chez une mère suivie par les SIPPE.

Finalement, considérant que les perceptions des membres du personnel de la santé face aux pères paraissent influencer leur inclusion dans les services (de Montigny et al., 2017a ; Leonard et al., 2020), il semble pertinent de s'intéresser à celles d'intervenant.es des SIPPE œuvrant lors

du post-partum et en présence de symptômes de dépression ou d'anxiété chez les mères rencontrées.

2.3.1 But de l'étude

Afin de dresser le portrait des pratiques québécoises d'ACFSM dans le contexte des SIPPE, et plus particulièrement quant à l'inclusion des partenaires de mères atteintes de symptômes dépressifs ou anxieux lors du post-partum, voici les questions envisagées par l'étude :

2.3.2 Questions de recherche

Question principale. Comment le partenaire d'une mère vivant des symptômes dépressifs ou anxieux pendant le post-partum est-il considéré par les intervenant-es travaillant pour les SIPPE ?

Sous-question 1. Quelles sont les pratiques d'évaluation, de soutien (p. ex. : éducation, accompagnement parental) et de références offertes aux familles suivies par les SIPPE ?

Sous-question 2. Comment la présence de symptômes dépressifs ou anxieux chez une mère suivie par les SIPPE en post-partum influence-t-elle les interventions ?

Sous-question 3. Qu'est-ce qui facilite et qui fait obstacle à l'engagement des partenaires des mères suivies par les SIPPE lors du post-partum, selon le point de vue d'intervenant-es, en présence de symptômes dépressifs ou anxieux chez la mère ?

2.3.3 Objectifs

1. Documenter l'adoption de l'ACFSM ou de pratiques centrées sur la famille, selon le point de vue d'intervenant-es, dans le cadre du programme des SIPPE.
 - 1.1. Identifier les caractéristiques des pratiques familiales lors du post-partum en présence de symptômes dépressifs ou anxieux chez les mères.

2. Identifier, selon le point de vue d'intervenant-es, les caractéristiques facilitantes et les obstacles à l'engagement des partenaires dans le rétablissement des mères :
 - 2.1. Au niveau organisationnel
 - 2.2. En lien avec les intervenant-es du programme
 - 2.3. En lien avec les clientes du programme (mères) présentant des symptômes dépressifs ou anxieux lors du post-partum
 - 2.4. En lien avec les partenaires des clientes

CHAPITRE III

Méthodologie

Cette recherche fondamentale vise l'émergence de nouvelles connaissances concernant l'adoption de l'approche centrée sur la famille auprès d'une population vulnérable d'un point de vue de santé mentale (présence de symptômes dépressifs ou anxieux chez la mère lors du post-partum), mais aussi socio-économique. Étant donné la nature des données colligées, soit l'expérience professionnelle d'intervenantes des SIPPE, il s'agit aussi d'une recherche clinique. Un devis de recherche qualitatif et descriptif a été sélectionné (Fortin et Gagnon, 2016).

3.1 Procédure

3.1.1 Demande éthique

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais (# 2022-1648) le 17 mai 2021. La collecte de données s'est déroulée du 18 mai 2021 au 4 octobre 2022, selon la procédure décrite ci-bas.

3.1.2 Entretien de simulation

Avant d'entamer la collecte de données, un entretien de simulation (*bracketing interview* - Tufford et Newman, 2012) a été réalisée par la chercheuse afin de déceler ses idées préconçues face au sujet d'étude. Selon une perspective phénoménologique (Moustakas, 1994), la mise entre parenthèses des a priori de la chercheuse permettrait de recevoir les expériences des personnes participant à son étude sans jugement. Cela permettrait aussi de mieux distinguer les points de vue des participantes et des participants de celui de la personne qui analysera les données (Moustakas, 1994). Ainsi, la chercheuse a répondu aux questions du canevas d'entretien (Annexe C). Par souci de transparence envers le lectorat, ses réponses seront présentées en parallèle des résultats obtenus par l'analyse thématique (voir chapitre Résultats).

3.1.3 Recrutement

Afin de recruter des participantes ou des participants, un affichage présentant le contexte et le sujet de l'étude a été publié pour inviter les personnes intéressées à contacter la chercheuse par l'entremise de son courriel institutionnel. En guise d'incitatif, une participation gratuite à un webinaire portant sur les particularités et bénéfices de l'inclusion des pères dans les services en périnatalité⁸ était offerte.

Certains organismes ciblés ont fait parvenir l'affichage de cette étude aux personnes abonnées à leurs publications. Voici la liste des affichages ayant permis de recruter l'échantillon :

- Infolettre de la Fondation OLO (juin 2021 et octobre 2022)
- Infolettre et réseaux sociaux du CRUJeF (juin 2021 et octobre 2022)
- Infolettre du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (juin 2021)
- Réseaux sociaux du Regroupement pour la Valorisation de la Paternité (juin 2021 et septembre 2022)
- Réseaux sociaux de l'Association québécoise pour la santé mentale du nourrisson (juin 2021 et septembre 2022)
- Réseaux sociaux du laboratoire LaPProche
- Liste d'envoi de la Société québécoise pour la recherche en psychologie (juillet 2021)
- Courriels internes des organismes communautaires suivants : Feuille de chou-Petite enfance en santé, Clinique communautaire de Pointe-St-Charles, Autour du bébé (août 2021)

⁸ Activité de transfert des connaissances basée sur la recension des écrits de la présente étude, présentée en collaboration avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale en cas d'obtention du soutien financier du Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF).

Dix-neuf femmes ont contacté la chercheuse par courriel en réponse à l’affichage. Quatre étapes étaient envisagées. D’abord, un courriel accusant réception de l’intérêt des répondantes et proposant un rendez-vous téléphonique a été envoyé à chacune d’elles. Six personnes n’ont pas répondu. Treize personnes ont donné suite en participant à un appel téléphonique d’environ 10 minutes visant à évaluer leur admissibilité, à présenter les conditions liées à leur participation, à répondre à leurs questions et à convenir d’un rendez-vous ultérieur pour un entretien en visioconférence. Une participante n’a pas été retenue, car le nombre visé par l’échantillon a été atteint en priorisant une autre volontaire qui cumulait un plus grand nombre d’années d’expérience et dont le lieu de travail n’était pas représenté dans l’échantillon. Ensuite, un courriel contenant un hyperlien LimeSurvey a été envoyé aux douze participantes pour recueillir leur consentement libre et éclairé et leurs réponses à un questionnaire sociodémographique de 17 questions (Annexe B). Toutes les participantes ayant reçu ce courriel y ont répondu et ont ensuite participé à l’étape suivante, soit un entretien individuelle enregistrée (visuel et audio) via la plateforme Zoom. La chercheuse s’est assurée que les formulaires de consentement et sociodémographiques avaient été remplis avant l’entretien, d’une durée maximum de 1 h 15. La modalité virtuelle des rencontres a permis de tenir des entretiens individuels en profondeur, enregistrés et confidentiels, en plus de rejoindre des intervenantes issues de différentes régions du Québec et donc de milieux variés. De plus, ce moyen de communication a permis de maintenir les rendez-vous malgré les restrictions liées à la pandémie de Covid-19⁹. Finalement, un courriel contenant un hyperlien LimeSurvey vers un court sondage de validation des résultats (Annexe D) a été envoyé aux participantes après l’analyse des données pour qu’elles puissent valider la justesse des résultats présentés, basés sur leurs propos.

⁹ Isolement dû à la maladie, à l’attente de résultats de dépistage ou à un retour de voyage ; confinements de masse éventuels ; etc.

3.2 Participantes

3.2.1 Échantillon et critères

L'échantillon de cette étude est constitué de participantes volontaires, car le nombre de répondantes ne permettait pas de procéder à un recrutement aléatoire. Rappelons toutefois qu'un choix entre deux personnes a été effectué concernant la dernière participante requise pour compléter l'échantillon.

L'échantillon visé était de 10 participant-es +/- 2, selon l'atteinte d'une saturation empirique des données (Fortin et Gagnon, 2016). Le recrutement de douze personnes a permis cet exercice. Toutes répondaient aux critères suivants : 1) travailler depuis au moins un an auprès de familles suivies par les SIPPE, 2) intervenir ou être intervenue dans le passé auprès de mères présentant des symptômes dépressifs ou anxieux lors du post-partum, 3) maîtriser le français et 4) consentir librement à participer au projet de recherche. Alors que l'étude prévoyait l'inscription à un ordre professionnel comme critère d'admissibilité, celui-ci a été abandonné pour inclure deux participantes œuvrant auprès de la clientèle des SIPPE dans des organismes communautaires.

3.2.2 Description de l'échantillon

Des caractéristiques sociodémographiques concernant les personnes recrutées ont été recueillies par un sondage composé de 17 questions (Annexe B), présenté par la section Procédure. L'échantillon est composé uniquement de femmes travaillant à temps plein. Aucune n'a rapporté faire partie d'une minorité visible. Une seule participante a dit être née dans une autre province canadienne que le Québec et une seule a indiqué ne pas remplir le rôle de parent. Cinq d'entre elles disent travailler en milieu urbain, quatre en milieu rural et trois ont dit faire les deux.

Au moment de leur participation à l'étude, les participantes étaient âgées de 34 à 61 ans, l'âge médian de l'échantillon est de 46,5 ans. La majorité d'entre elles a obtenu un diplôme de

1^{er} cycle universitaire (7 participantes), deux ont dit avoir un diplôme d'études collégiales et trois ont dit détenir un diplôme de 2^e cycle universitaire. Le nombre d'années d'expérience médian des participantes rencontrées est de 10 ans (étendue : de 1 an à + de 30 ans d'expérience). Comme l'indique le tableau suivant, les participantes ont été formées selon différentes disciplines :

Tableau 1

Discipline de formation des participantes de l'étude

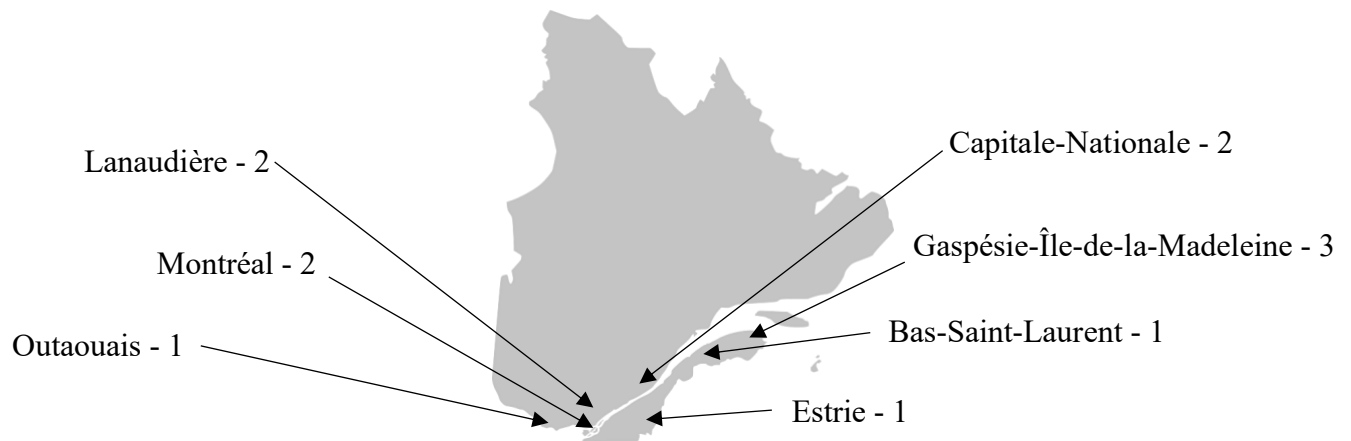
Discipline de formation	Nombre de participantes
Nutrition	2
Psychoéducation	2
Psychologie ¹⁰	2
Soins infirmiers ou sciences infirmières	1
Travail social/Service social	5

La majorité de l'échantillon provient du travail social (5/12). Des professionnelles de cinq autres disciplines, soit la nutrition, la psychoéducation, la psychologie et les soins infirmiers, ont été recrutées. La figure suivante présente la région de provenance des participantes :

¹⁰ Maîtrise en psychologie (n=1) et programme court de deuxième cycle en psychologie périnatale (n=1).

Figure 2

Régions de provenance des participantes de l'étude (n=12)



Notons une majorité de participantes (n=3) œuvrant dans la région de la Gaspésie-Île-de-la-Madeleine. Au total, sept différentes régions sont représentées par les propos des participantes de l'étude.

3.3 Entretiens

Les données qualitatives ont été recueillies par deux modalités, soit des entrevues semi-structurées et l'exploration d'incidents critiques rapportés par les participantes. L'enregistrement visuel et sonore des entretiens a été assuré par la plateforme Zoom.

D'abord, les entrevues semi-structurées étaient composées d'une douzaine de questions en lien avec les objectifs de l'étude, telles que :

- Que pensez-vous de cette idée d'approche centrée sur la famille, en contexte post-partum, auprès des familles suivies par les SIPPE ? Pourriez-vous m'expliquer davantage votre point de vue ?
- Diriez-vous que vous adoptez une approche centrée sur la famille dans votre travail auprès des familles suivies par les SIPPE en contexte post-partum ?

- Est-ce différent lorsque la mère rencontrée présente des symptômes dépressifs ou anxieux lors du post-partum ?
- Pensez-vous que le conjoint d'une mère qui souffre de symptômes dépressifs ou anxieux lors du post-partum dans le contexte des SIPPE puisse offrir son soutien à sa partenaire ?
Qu'est-ce qui rend cela possible/impossible selon vous ?

En début d'entrevue, de courtes définitions de la DPP (American Psychiatric Association, 2015) et de l'APP (Lanes et al., 2011) ont été présentées aux participantes. En cours d'entrevue, une définition de l'ACFSM¹¹ élaborée par Tchernegovski et ses collègues (2018) a été abordée avec elles.

Ensuite, l'exploration de deux incidents critiques (Flanagan, 1954), soit un jugé comme positif et un autre jugé comme négatif par les participantes, a été menée dans le but de diminuer la désirabilité sociale et de faire émerger des contenus implicites. Cette procédure permet d'explorer des événements réels selon la perspective des participantes et ainsi diminuer l'occurrence de descriptions de situations abstraites ou de lieux communs (St-Arneault, 2013). Cette technique vise à évaluer les attitudes, les stéréotypes ou les préjugés (Fortin et Gagnon, 2016), ici concernant l'intervention auprès des pères rencontrés dans le contexte des SIPPE.

3.4 Analyse

Les entretiens ont été transcrits dans leur intégralité par la chercheuse, permettant une première étape d'imprégnation des données. Le logiciel Nvivo (*QSR International*, 1999) a ensuite été utilisé pour codifier les données transcrites.

¹¹ L'ACFSM soutient l'implication de chacun des membres lors de suivis et de soins usuels d'un parent atteint d'un trouble mental. Elle sous-tend un continuum d'intensité de soins et services incluant l'évaluation des besoins de la famille, l'éducation de ses membres et l'accompagnement du parent dans son rôle parental. L'ACFSM repose sur un paradigme d'autonomisation des individus, soit l'idée qu'un parent atteint d'un trouble mental peut être le vecteur du changement dans sa famille.

Toutes les réponses des participantes, c'est-à-dire celles issues des entrevues semi-structurées et celles provenant de l'exploration de deux incidents critiques, ont été intégrées à un même corpus de données. Ce dernier a ensuite été analysé par une analyse thématique.

L'analyse thématique — une méthode fondatrice en analyse qualitative — a été choisie pour sa flexibilité dans le but d'identifier et d'analyser la présence de patrons (thèmes) dans les propos recueillis selon une méthode rigoureuse (Braun et Clarke, 2006). Trois processus ont composé l'analyse : une condensation visant à renforcer les données, l'affichage de celle-ci sous différentes formes compactes (matrices), et la vérification des conclusions proposées (Miles et al., 2020). Le but de l'étude étant de décrire les expériences des participantes, l'analyse reposait sur une méthode essentialiste ou réaliste (Braun et Clarke, 2006), s'inscrivant dans une posture athéorique (Fortin et Gagnon, 2016). Le contenu des données a guidé le développement de l'analyse selon un processus inductif (Braun et al., 2016).

Afin d'organiser les résultats obtenus par rapport au deuxième objectif, nous ferons référence à la pyramide de Maybery et Reupert (2009) (Figure 1). Celle-ci classe les obstacles face à l'adoption de l'approche centrée sur la famille selon quatre niveaux, soit 1) facteurs organisationnels, 2) facteurs liés aux intervenantes, 3) facteurs liés à la personne atteinte d'un trouble mental et 4) facteurs relatifs aux proches de cette personne.

3.5 Validation des données

Considérant que la notion de validité des résultats en recherche qualitative soit contestée par certains chercheur.es de cette approche (Miles et al., 2020), il paraît important de spécifier que notre analyse visait à offrir une compréhension en profondeur d'une situation spécifique selon une posture descriptive. Voici les stratégies adoptées pour améliorer l'authenticité du portrait dépeint par la présente étude (Miles et al., 2020).

3.5.1 Accord interjuge

Le codage d'une partie du corpus des données, soit 5 %, a été effectué à l'aveugle par une deuxième chercheuse, en utilisant les codes établis par l'autrice de cette étude. L'objectif visé était d'améliorer la concordance entre les codes établis et le contenu des extraits sélectionnés. La comparaison des codages a été réalisée via le logiciel NVivo (*QSR International*, 1999). Le résultat obtenu (Kappa : 0,65) a donné lieu à une discussion visant à améliorer l'accord interjuge en précisant la définition de certains thèmes (p. ex. : mère-partenaire signifie cliente des services), ainsi que les critères utilisés pour en distinguer d'autres (p. ex. : « les inviter » versus « les solliciter » : le premier thème faisant référence à une invitation à être présent alors que le deuxième suppose une demande d'action de la part des pères). Cet exercice a permis d'améliorer le niveau d'accord interjuge (Kappa : 0,80). Le résultat final est considéré comme très bon selon Fleiss et ses collaborateurs (Xie, 2013).

3.5.2 Sondage de validation par les participantes

Une dernière étape de validation des données visait à diminuer l'impact de la subjectivité de la chercheuse sur l'analyse effectuée. Un sondage de validation présentant les résultats obtenus (voir Annexe D) a été envoyé par l'entremise d'un hyperlien LimeSurvey aux participantes de l'étude le 7 février 2023. Considérées comme une source logique de corroboration, les participantes ont été invitées à commenter une présentation systématique de l'analyse finale, à partir des figures, des matrices et des tableaux (Miles et al., 2020). La moitié de l'échantillon a complété le sondage. La majorité des répondantes ont dit reconnaître leur expérience dans les résultats présentés. Certaines ont commenté de manière à préciser leur réponse. Ces propos ont été considérés dans l'analyse des résultats.

CHAPITRE IV

Résultats

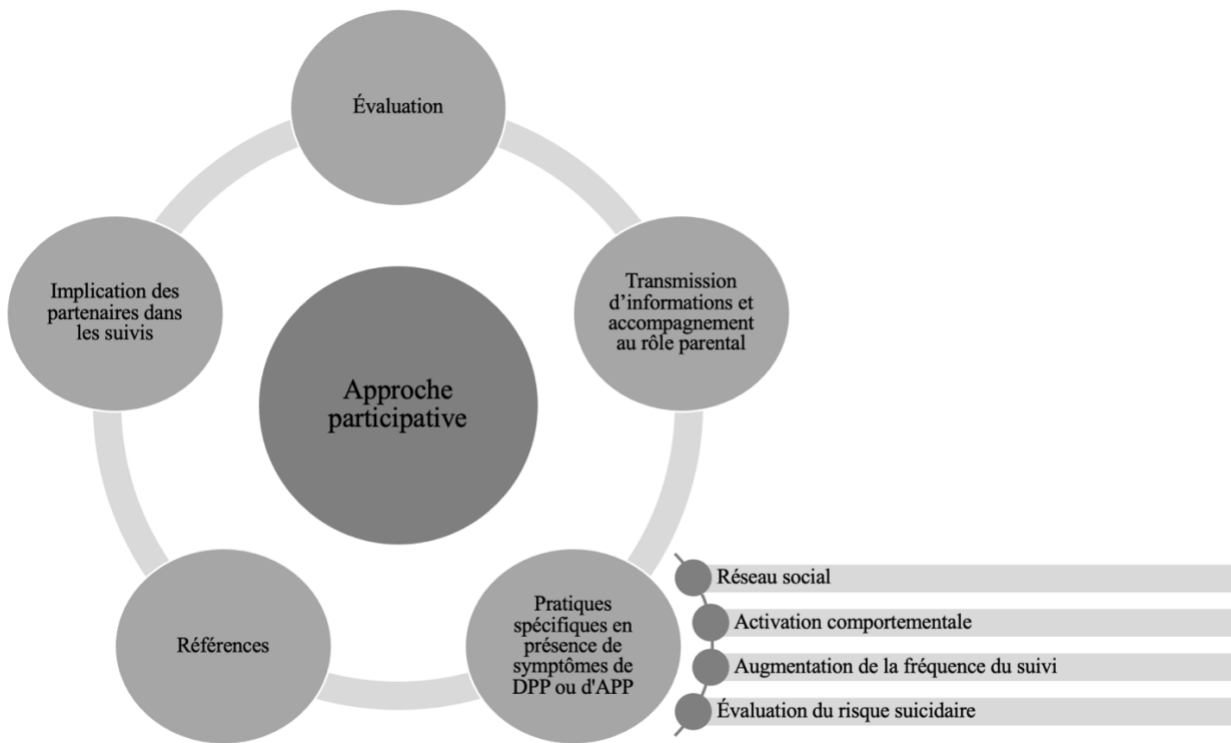
Les résultats obtenus en lien avec les deux objectifs de recherche seront présentés dans ce chapitre et illustrés par des figures pour offrir une vue d'ensemble des thèmes et des sous-thèmes ayant émergé de l'analyse des propos des participantes. Dans un souci de transparence et de rigueur, les réponses de la chercheuse à la simulation d'entretien seront présentées à la fin de chaque section pour permettre au lectorat de comparer les a priori de l'autrice aux résultats proposés.

4.1 Objectif 1 : Documenter l'adoption de l'approche ou de pratiques centrées sur la famille, selon le point de vue d'intervenantes, dans le cadre du programme des SIPPE.

Neuf participantes de notre échantillon ont dit adopter une approche ou des pratiques centrées sur la famille et trois ont dit ne pas le faire. Ainsi, une proportion de 3:1 en faveur de l'adoption de pratiques axées sur la famille a été rapportée par l'échantillon. La figure 3 présente une organisation des thèmes et des sous-thèmes qui seront décrits dans les prochaines lignes.

Figure 3

Thèmes et sous-thèmes en lien avec l'objectif 1 et le sous-objectif 1.1



Approche participative. Quelques participantes ont rapporté arrimer leurs interventions au paradigme d'autonomisation décrit par la définition de l'ACFSM présentée lors des entretiens (Tchernegovski et al., 2018). Une participante (# 1) explique que ses pratiques s'inscrivent dans une approche dite participative :

Ici, nous dans le fond en jeunesse l'approche qui est privilégiée c'est l'approche participative [...]. Donc l'approche participative va venir [...] mettre l'enfant au cœur des préoccupations, ensuite aller avec le parent essayer d'aller chercher son expertise, son expérience puis le faire sentir comme l'expert de son enfant, donc lui accorder de l'importance et d'arriver à ce que ses croyances, ses valeurs, ses besoins, tout ça versus l'information de l'intervenant ben c'est concret. Il y a un pont puis on arrive à quelque chose qui fait que la mobilisation du parent va eu... va augmenter parce qu'il va se sentir partie prenante du processus finalement.

Deux autres participantes (# 3 et # 5) ont également rapporté vouloir accompagner un parent dans un cheminement réflexif et une prise de position quant au changement à adopter, ce qui rejoint l'idée qu'un parent atteint d'un trouble mental puisse être le vecteur du changement dans sa famille.

4.1.1 Sous-objectif 1.1 : Identifier les caractéristiques des pratiques familiales lors du post-partum en présence de symptômes dépressifs ou anxieux chez les mères

Évaluation. Plusieurs participantes ont mentionné procéder à l'évaluation des besoins des mères et de leurs nourrissons lors du post-partum. Une d'elles (# 1) décrit sa pratique d'évaluation dans le cadre d'une première rencontre avec une famille :

Dans le processus, il y a toujours la prise de contact là de, si je les connais pas déjà [...] c'est ça, l'évaluation de la situation là, en général, puis après ça, ben on essaie vraiment de minimiser les impacts sur l'enfant, bébé, famille [et] compagnie, puis de s'assurer que la maman là puisse... vraiment arriver à mieux gérer les symptômes puis à diminuer... à augmenter sa fonctionnalité au quotidien.

Une autre participante (# 4) a indiqué procéder à l'évaluation des antécédents de santé mentale (symptômes dépressifs et anxieux) chez des mères suivies par les SIPPE lorsqu'elle les rencontrerait pendant leur grossesse dans le cadre du programme de la Fondation OLO. Cet accompagnement vise à offrir : « une chance égale aux familles de mettre au monde des bébés en santé et d'acquérir de saines habitudes alimentaires tôt dans la vie » (Fondation OLO, 2023).

Concernant le nourrisson, une participante (# 10) a rapporté évaluer ses besoins alimentaires (« évaluation nutritionnelle »). L'évaluation de sa sécurité a été mentionnée par deux participantes (# 4 et # 7) et nommée comme une préoccupation par deux autres (# 1, # 5).

Aucune répondante n'a dit procéder à l'évaluation des besoins d'un père, partenaire d'une mère de famille suivie par les SIPPE.

Implication des partenaires dans les suivis. Par ailleurs, plusieurs participantes ont rapporté impliquer les membres de la famille lors des suivis de mères ayant des symptômes

anxiodépresseurs lors du post-partum, dans le cadre de leur travail. L'extrait suivant donne un exemple en ce sens :

Tu sais ça m'est arrivé à un moment donné de faire comme : heille ! tu sais moi c'est avec ta conjointe que j'ai le lien texto, mais, toi [le père] aussi t'as un cellulaire tu sais ! Veux-tu je vais te donner mon cellulaire de travail, si y'a quelque chose, tu me poses [une question], tu sais ! Eu si ça t'inquiète telle chose tu peux m'écrire ! [...] surtout pour la dépression post-partum où ça pourrait comme aller un peu trop loin tu sais au niveau de la, de la détresse tout ça, ben je vais mettre beaucoup le père en, tu sais je vais l'informer des symptômes, je vais dire : « Ok, à quel moment que ça devient inquiétant là ? » Tu sais à quel moment tu dois contacter eu tu sais le 8-1-1 admettons poste 2 si c'est le soir ou la nuit [...] (participante # 11)

Transmission d'informations et accompagnement au rôle parental. Plusieurs

intervenantes ont aussi indiqué donner de l'information et accompagner le parent dans son rôle parental, ce qui rejoint les éléments de la définition de Tchernegovski et ses collègues (2018) :

« ... [il fallait] s'assurer qu'elle persévère dans son rôle de mère, qu'elle n'abandonne pas, puis qu'a ne soit pas en compétition, puis à se dire "ah ben moi quand que je la prends a pleure, toi tu es bon puis moi je suis pas bonne" puis bon de pas se dénigrer ». (participante # 1). Pour cette autre participante (# 7), c'est l'éducation et l'accompagnement de l'autre parent qui sont investis selon cet extrait :

... c'est sûr que je peux encourager vraiment les assistantes à inclure papa aussi dans les soins. [...] exemple y'a des jumeaux (ça c'est parfait dans ce temps-là) parce que là : « heille je vais m'en occuper d'un, peux-tu faire l'autre ? ». Puis là d'y montrer [au père] puis de le faire ensemble [...] De le mobiliser tu sais en faisant en sorte que tu es trop débordée ou que tu y arrives pas, alors qu'en fait tu serais capable de le faire toute seule. Moi j'appelle ça la nouille sympathique, on joue beaucoup à la nouille sympathique, c'est pas mal une de nos stratégies d'intervention préférée (rire) ! Mais tu sais d'y aller un peu naïvement, sans jugement, mais juste de dire « heille là j'aurais peut-être besoin d'aide pour telle chose ».

Références. Notre échantillon a rapporté référer sa clientèle à des organismes

communautaires (p. ex. : banque alimentaire, répit gardiennage) et à des membres du personnel de la santé (p. ex. : médecin, psychiatre, psychologues, psychothérapeutes, sexologues) en cas de besoins. Une participante (# 9) a expliqué référer ses clientes vers un département spécialisé

lorsque des interventions non reliées à la promotion et à la prévention de saines habitudes de vie semblaient nécessaires (p. ex. : négligence). En ce sens, quatre répondantes (# 3, # 4, # 9, # 11) ont dit avoir référé à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), car elles craignaient pour la sécurité de l'enfant. Cette participante (# 11) précise son mandat professionnel et ses intentions en ces termes :

Je fais partie des premières portes d'entrée, tu sais, de voir ce qui se passe à la maison tu sais. Par contre, quand je commence un suivi je le nomme : « Je ne suis pas la DPJ, tu sais. Eu, si je vois des choses qui sont à mes yeux dangereuses, je vais vous en aviser eu, vous allez être les premiers informés que je considère que c'est dangereux pour l'enfant. » Mon but, c'est pas de les signaler à la DPJ, mon but c'est de les aider à cheminer puis tout ça, puis à garder leur enfant tu sais en sécurité.

Pratiques spécifiques. De façon plus spécifique, les participantes ont rapporté qu'avant d'investir les objectifs généraux prévus par les SIPPE, elles orientent leurs interventions vers quatre éléments lorsqu'une mère présente des symptômes dépressifs ou anxieux lors du post-partum. Le tableau suivant présente ces pratiques spécifiques :

Tableau 2

Pratiques spécifiques en présence de symptômes dépressifs ou anxieux chez les mères lors du post-partum

Interventions en présence de symptômes de DPP ou d'APP			
Recherche d'un réseau social pour soutenir une mère (6,11)	Activation comportementale pour répondre aux besoins de base de la mère (alimentation, sommeil, activité physique) (5,6)	Augmentation de la fréquence du suivi (5,5)	Évaluation du risque suicidaire et du risque pour la sécurité de l'enfant (3,4)

Note : Le premier chiffre entre parenthèses indique le nombre de participantes ayant abordé le sujet et le deuxième chiffre indique le nombre de fois où le sujet a été abordé en entretien.

Réseau social. Six participantes ont mentionné faire des interventions dans le but de construire un réseau social pour soutenir une mère. Pour une participante (# 2), il est important qu'une mère atteinte de symptômes anxiodépressifs obtienne du répit :

Ben je te dirais que c'est là où, où on va aller chercher, mettons pour du répit puis du soutien tu sais dans, soit dans les soins au bébé ou dans, dans la préparation des repas ou tu sais : il y a tu quelqu'un qui peut venir t'aider à faire à manger ? Il y a tu, ta mère elle peut-tu t'apporter des plats ? [...] je vais pas nécessairement rencontrer la grand-mère du bébé tout ça, mais je vais essayer de voir avec le papa puis la maman qui, dans l'entourage, peut apporter un soutien pour que la mère puisse se concentrer sur elle, puis aller chercher elle le soutien qu'elle a besoin [en] individuel. Puis si y'en a pas ben je, on fait appel aux ressources communautaires.

Pour cette autre intervenante (# 11), le père constitue une ressource pour assurer un filet de sécurité :

J'ai quelques mamans qui vont accoucher qui sont fragiles au niveau de l'anxiété ou de la dépression [...] d'emblée à ce temps-ci j'ai demandé à ce que les papas soient, soient là, là tout de suite, pour m'assurer d'avoir le filet de sécurité.

Activation comportementale. En ce qui a trait au thème « activation comportementale », les participantes ont expliqué miser sur le développement de saines habitudes de vie pour réduire les symptômes anxiodépressifs des mères. Soutenir une mère à être en mesure de mieux répondre à ses besoins de base en misant sur de petits objectifs semble être une pratique répandue, telle que l'explique cette participante (# 5) :

[...] c'est vraiment de miser sur des mini mini accomplissements pour qu'elle sente qu'elle est capable de faire certaines choses, et de reconnaître aussi que y'a des bouts où elle a besoin d'aide. Alors que chez d'autres, où est-ce que, dans les situations où il n'y a pas présence de [symptômes de] dépression post-partum, on peut comme peut-être un petit peu plus bousculer les gens pour dire : « ben là vous avez toujours fait ça d'une certaine façon, mais essayons de, si on essayait ça autrement là ». Euh, tandis que quelqu'un qui est en dépression doit mettre tellement d'énergie à juste remonter la pente que n'importe quel geste du quotidien est très très très demandant.

Une autre participante (# 11) donne un exemple concret : « ... c'est comme de la remise en action, tu sais des petits, petits pas, de se trouver des petits objectifs [...] C'est beaucoup dans la normalisation : "C'est correct si aujourd'hui ton seul objectif c'était de prendre une douche !" ».

Augmentation de la fréquence du suivi. Concernant le thème « augmentation de la fréquence du suivi », cinq participantes ont mentionné qu'elles ajustaient cette modalité en contexte d'émergence de symptômes anxiodépressifs chez une mère lors du post-partum. En ce sens, une participante (# 5) dit « assurer une présence plus régulière, téléphonique [pour] prendre des nouvelles, tout ça ». Une autre (# 10) a rapporté que son équipe « irait un peu plus souvent » faire des visites à domicile aux mères considérées à risque de dépression. Pour une autre (# 12), dans cette situation, des visites au domicile plus fréquentes l'aideraient à constater l'évolution des difficultés de la mère.

Évaluation du risque suicidaire. Finalement, lors des suivis de mères ayant des symptômes anxiodépressifs, les intervenantes rencontrées ont dit porter une attention particulière à l'évaluation du risque suicidaire et du risque pour la sécurité de l'enfant. En cas de besoin, les intervenantes ont dit référer la mère aux ressources appropriées, soit des organismes communautaires (p. ex. : activités pour briser l'isolement (# 6)) ou des professionnels de la santé et des services sociaux (p. ex. : psychologue (# 3), psychiatrie (# 4)). Sept participantes ont indiqué utiliser l'outil psychométrique validé qu'est l'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg pour dépister les symptômes dépressifs chez une mère lors du post-partum et notamment la présence de risque suicidaire¹². Une participante (# 12) précise qu'il s'agit d'une façon de recueillir de l'information auprès des répondantes :

L'échelle de dépression d'Édimbourg, ben ça nous donne un bon indice en partant parce que là on est capable de, de voir si dans les 10 derniers jours tu sais il y a, il y a eu des idées

¹² Via la question #10 de l'outil.

noires [...]. C'est sûr, c'est juste du dépistage puis, tu sais c'est une photo du moment où on fait passer le test. 10 jours après ça peut être autre chose... »

Une autre (# 3) explique sa façon de présenter l'outil aux mères afin de les orienter vers une consultation en santé mentale si le résultat obtenu est élevé :

J'utilise l'échelle d'Édimbourg aussi [...] je leur explique comment l'utiliser puis je leur dis : « Ben bien sûr c'est pas un outil qui va diagnostiquer officiellement là tu sais, mais juste [des] petits signaux d'alarme ». Dire : « Ok, ben si on se rend à telle ou telle coche (13 et plus), ben là ça vaut la peine d'aller consulter. »

Résultats de la simulation d'entretien par rapport à l'objectif 1. L'analyse de la simulation d'entretien, réalisée avant la collecte de données et analysée après sa complétion, visait à faire émerger les attentes et les biais de la chercheuse. Concernant l'objectif 1, soit l'adoption d'une approche ou de pratiques centrées sur la famille dans le cadre du programme des SIPPE, l'autrice de cette étude envisageait une posture défavorable. Elle s'attendait à retrouver les obstacles suivants : le manque de temps pour les interventions, le manque de formation quant à l'approche centrée sur la famille et de supervision/consultation pour développer les compétences des intervenantes. Elle envisageait aussi un obstacle en lien avec les besoins des familles de recevoir un suivi en santé mentale. Ainsi, les attentes de la chercheuse ne se sont pas révélées dans les propos des participantes.

L'exercice a révélé également que la chercheuse envisageait la probabilité que les symptômes anxiodépressifs d'une mère lors du post-partum soient traités en priorité lors d'intervention SIPPE, tel que l'indique l'extrait suivant :

Je pense qu'on focusse encore plus tu sais sur la mère, puis comme la santé et la sécurité du bébé quand ça arrive [symptômes anxiodépressifs]. Parce que dans le fond de moi je veux surtout évaluer : « est-ce que la personne, est-ce que la mère peut garder son enfant chez elle ? ». (chercheuse)

L'évaluation de la sécurité du bébé et de la mère comme priorité concorde avec les résultats « Recherche d'un réseau social pour soutenir une mère », « Augmentation de la fréquence du

suivi » et « Évaluation du risque suicidaire et du risque pour la sécurité de l'enfant » présentés ci-dessus. Toutefois, la chercheuse envisageait l'exclusion des pères lors d'interventions prioritaires en présence de symptômes anxiodépressifs, une idée contredite par les propos de la participante #11, présentés précédemment. Cela rejoint une idée avancée par l'autrice, qui avait nommé un biais favorable à l'adoption d'une ACFSM en présence de symptômes anxiodépressifs chez la mère :

En même temps tu sais, vous me direz que ça serait bien que j'évalue ben justement, est-ce qu'elle est en mesure de le faire parce que le papa est là puis qu'il démontre justement de l'engagement comme parent, puis que ça deviendrait un allié ! C'est un peu ça mon rêve, mettons (rire), mais... (chercheuse)

La chercheuse avait rapporté un biais favorable à l'égalité parentale, car elle mentionnait une croyance liant le partage des responsabilités à une diminution du stress relatif à la parentalité : « [Si] j'inclus les pères, en bout de ligne, ils se sentent investis. Je pense que les retombées sont importantes sur le niveau de détresse de la mère, tu sais, au quotidien surtout quand on parle de symptômes anxieux et dépressifs ».

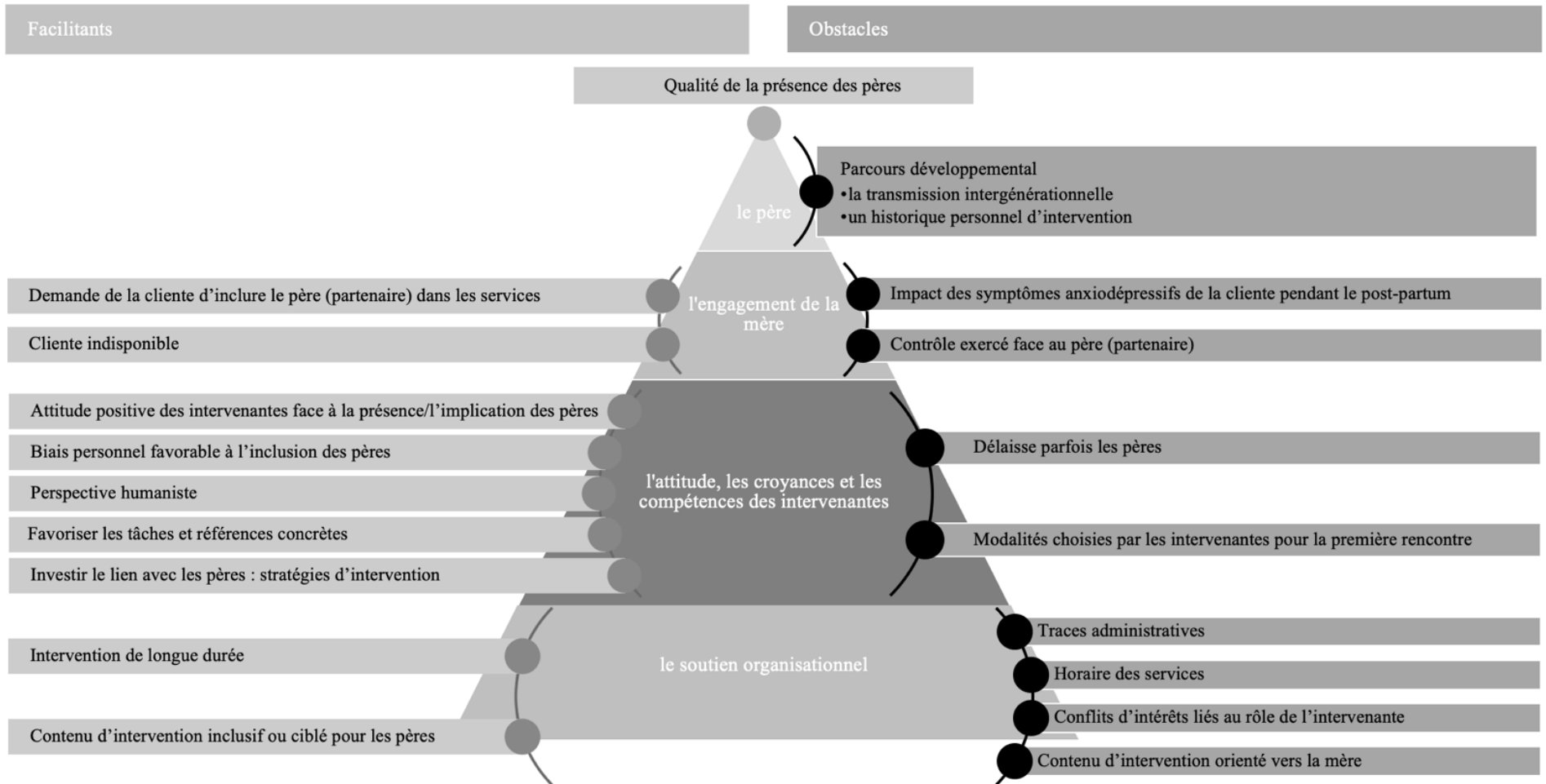
4.2 Objectif 2 : Identifier, selon le point de vue des intervenantes, les caractéristiques facilitantes et les obstacles face à l'engagement des partenaires dans le rétablissement des mères

Afin d'orienter le lectorat par rapport aux résultats de la prochaine section, la figure 4 présente les thèmes et les sous-thèmes identifiés en lien avec le deuxième objectif et ses sous-objectifs, organisés selon le modèle hiérarchique de Maybery et Reupert (2009) (Figure 1). Ce dernier a été adapté aux paramètres de notre étude¹³.

¹³Au deuxième niveau, le terme « main-d'œuvre » a été précisé par « intervenantes » de même que « connaissances » a été remplacé par « croyances ». Au troisième niveau, « la personne cliente » identifie la mère d'une famille suivie par les SIPPE. Au quatrième niveau, « la famille de la personne cliente » fait référence au père, partenaire d'une mère suivie par les SIPPE et atteinte de symptômes dépressifs ou anxieux lors du post-partum.

Figure 4

Thèmes et sous-thèmes en lien avec l'objectif 2 et les sous-objectifs 2.1 à 2.4



(modèle inspiré de Maybery et Reupert, 2009)

4.2.1 Facilitants et obstacles organisationnels

Les participantes rencontrées ont mis de l'avant plusieurs facteurs organisationnels facilitants ou faisant obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement des mères, en lien avec le cadre de l'intervention et son contenu (Matrice 1). La matrice, un format permettant d'assimiler les principaux résultats en un coup d'œil (Miles et al., 2020), permet d'organiser les thèmes identifiés :

Matrice 1

Caractéristiques organisationnelles facilitantes et faisant obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement des mères

	Facilitants	Obstacles
Cadre	Intervention de longue durée (3,3)	Traces administratives (p. ex. : logiciel statistique et formulaires) (2,3)
		Horaire des services (offerts de jour) (2,3)
		Conflits d'intérêts liés au rôle de l'intervenante (5,7)
Contenu	Contenu d'intervention inclusif ou ciblé pour les pères (4,4)	Contenu d'intervention orienté vers la mère (4,7)

Note : Le premier chiffre entre parenthèses indique le nombre de participantes ayant abordé le sujet et le deuxième chiffre indique le nombre de fois où le sujet a été abordé en entretien.

Cadre d'intervention. Le premier élément organisationnel concerne le cadre d'intervention, défini ici comme l'ensemble des conditions qui soutiennent l'offre de service, soit l'horaire, les lieux d'intervention, les ressources matérielles et humaines ainsi que les responsabilités des parties impliquées (intervenantes et familles). Un seul facteur facilitant a été identifié, et ce, par trois participantes. En effet, l'accompagnement des familles à partir de la grossesse jusqu'aux 5 ans de l'enfant semblait perçu comme un suivi de longue durée et être perçu positivement par les intervenantes de notre échantillon. Cette participante (# 6) explique

que la récurrence des rencontres sur une période prolongée permettrait de construire une relation de confiance avec les pères :

Tu sais la relation s'établit avec le temps, puis quand ils te font confiance, tu es capable d'aller chercher des interventions, des paroles que tu n'aurais pas pu faire, mettons une première rencontre, tu sais. Cette relation-là de confiance mutuelle s'établit avec le temps.

Toujours concernant le cadre d'intervention, trois obstacles ont été mis en lumière.

D'abord, certains logiciels comme ceux utilisés pour noter les statistiques des services, ainsi que des formulaires institutionnels ne prévoyaient pas de case pour répertorier la présence des pères, selon deux participantes. Une d'entre elles (# 6) résume ainsi : « On n'a pas d'outil ou d'élément qui nous disent quelque part que le papa est présent ou impliqué. À moins que l'infirmière qui a fait l'évaluation, elle l'ait vraiment noté quelque part là, mais... ».

Ensuite, l'horaire des services du programme, offerts de jour et en semaine, ferait aussi obstacle à l'engagement des pères selon deux participantes. L'une d'elles (# 11) explique :

C'est pas toujours que ça m'arrive de pouvoir rencontrer les 2 parents en première rencontre quand je me présente, faque là la mère en sait un peu plus sur moi avant donc eu. Elle tu sais rapidement elle va le voir, elle va me faire confiance dans mon attitude, tout ça, eu. Puis tu sais souvent ce que j'entends c'est : « Bon, mon chum a de la misère à, il est pas ben ben content là qu'on aille des rencontres ensemble ».

Également, bien que la différence rapportée entre l'horaire des mères et celui des pères relève en partie d'une politique québécoise quant au congé parental ou de l'utilisation inégalitaire de ce dernier, l'horaire des services du programme SIPPE limiterait particulièrement l'inclusion des pères qui travaillent de semaine et de jour, dans les services. Une intervenante en parle : « Tu sais, veut veut pas, le jour souvent les papas travaillent, mais les mamans sont à la maison en congé de maternité [...], ça je pense que ça a une influence. » (participante # 10).

Finalement, selon cinq participantes, les intervenantes se trouveraient parfois en conflit d'intérêt, ce qui ferait obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire. Deux participantes (# 1, # 9) ont dit parfois se trouver malgré elles en posture de médiatrice face

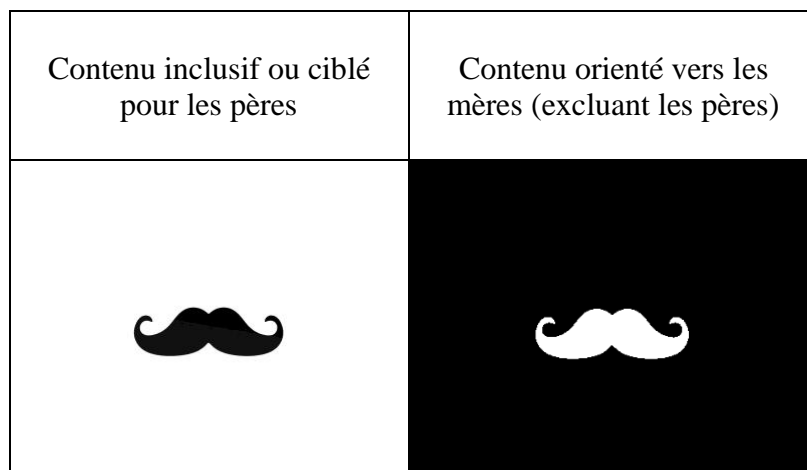
à la dynamique conjugale. Deux autres (# 8, # 12) ont mentionné devoir respecter la confidentialité des suivis individuels qu’elles offraient aux mères et se trouver alors dans l’impossibilité d’inclure un père dans leur suivi. Finalement, dans le cas d’une séparation conjugale, trois participantes (# 3, # 9, # 12) ont nommé choisir de prioriser le suivi offert à la mère. Elles ont précisé que cela éclipserait la possibilité d’offrir leur soutien aux pères. Celle-ci explique :

Une famille justement qui se sont séparés, je les avais en accompagnement puis ils se sont séparés genre bébé avait 2 mois [...]. Là, c’était de les accompagner eu, ben d’accompagner la maman parce que j’avais un choix à faire, je pouvais plus m’occuper des deux donc j’ai référé le papa avec CoopÈre. J’ai travaillé conjointement avec l’intervenant masculin de CoopÈre pour la famille. Parce que garder les deux, j’aurais perdu le lien de confiance de la mère. (participante # 3)

Contenu d’intervention. Concernant le contenu d’intervention, c’est-à-dire les thèmes abordés lors des rencontres, les facilitateurs et les obstacles répertoriés semblent parler d’une même réalité perçue, telle une photographie et son négatif. La figure ci-dessous évoque cette idée :

Figure 5

Caractéristiques facilitantes et obstacles à l’engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire en lien avec l’aspect organisationnel : un contenu, deux revers



D'un premier côté, lorsque le contenu d'intervention inclut les pères (p. ex. : ateliers sur la coparentalité (# 3, # 9)) ou les cible précisément (p. ex. : cours prénataux pour les pères (# 1)), cela susciterait leur engagement selon nos participantes. Toutefois, sur le terrain, l'existence d'une culture genrée concernant les soins à donner au bébé paraît s'affirmer selon cette participante (# 5) :

Dans la prime enfance, on parle beaucoup de soins du bébé et on s'aperçoit que c'est vraiment un discours qui est plus dévolu dans les gestes souvent attribués aux femmes. À la mère. Et là, ça l'a indirectement un effet comme d'exclure le père. Le nombre de fois où je me suis fait dire : « Oui, mais moi j'allaite pas ! ».

Elle poursuit son propos en expliquant adopter des stratégies pour inclure les pères lors d'une intervention portant sur l'allaitement :

« Oui, mais vous êtes là ! Vous êtes là pendant qu'il y a allaitement, vous êtes là avec votre enfant, vous êtes présent, vous lui parlez, vous lui touchez et votre enfant vous regarde, vous existez pour votre enfant ». Mais si je suis en train de parler d'allaitement avec la mère il faut penser à s'adresser au père, non pas en termes de l'allaitement qui est en cours ou des difficultés avec l'allaitement, mais d'autres aspects comme : « Vous, est-ce que vous avez des inquiétudes, est-ce que vous avez des inquiétudes pour votre enfant, pour votre conjointe ? Est-ce que vous êtes fatigué ? Comment vous vous sentez ? ». Pour lui donner la chance de s'exprimer. (participante # 5)

D'un autre côté, plusieurs participantes ont rapporté travailler avec un contenu d'intervention orienté vers les besoins de la mère. Selon une participante (# 9), l'équipe multidisciplinaire des SIPPE « gravite autour de la mère ». Comme énoncé plus haut (voir section Évaluation), des participantes rencontrées ont expliqué débiter certaines prises en charge pendant la grossesse d'une femme. À ce moment, la nutrition de la mère fait souvent l'objet d'interventions via la Fondation OLO. Pour une participante (# 10), cela explique en partie que le contenu d'intervention soit orienté vers la mère :

[Avec] OLO, ben les coupons sont pour que la mère ait une grossesse en santé. Tu sais admettons qu'elle mange de bons aliments, qu'elle mange de bonnes vitamines, de bons minéraux, eu, faque tu sais je pense que c'est peut-être pour ça que c'est plus, orienté vers la mère. Tu sais [...] le médecin il va peser, il va peser la maman tu sais c'est comme des

données de la maman qu'on a besoin, mais en SIPPE c'est sûr qu'il peut y avoir des choses plus avec le papa.

Or, selon cette participante, aucune question ne serait prévue à l'intention des pères lors de ses interventions dans le cadre des SIPPE. Ainsi, on peut penser qu'un contenu d'intervention orienté vers la mère fasse obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire.

Résultats de la simulation d'entretien par rapport au sous-objectif 2.1. Concernant le sous-objectif 2.1, la chercheuse n'avait identifié aucun élément facilitant. Par contre, elle avait émis trois obstacles possibles. D'abord, elle envisageait que les participantes offriraient un contenu d'intervention orienté vers la mère et son bébé (p. ex. : allaitement, développement physique de l'enfant). Ensuite, elle considérait la possibilité qu'un stéréotype de genre associe les mères comme uniques responsables des soins à donner au bébé. Puis, la chercheuse envisageait que l'horaire de jour des services ne permette pas de rencontrer les pères, en raison d'un congé parental fréquemment plus court pour eux que pour les femmes. Tous ces éléments se sont révélés dans les propos des participantes.

Finalement, l'autrice de cette étude croyait que les participantes nommeraient une limite organisationnelle par rapport au temps d'intervention alloué par leurs conditions d'emploi, ce qui n'a pas été le cas.

4.2.2 Facilitants et obstacles en lien avec les intervenantes

Deux catégories inspirées de la littérature sur l'influence des facteurs liés au praticien sur la mise en œuvre d'une pratique centrée sur la famille dans les services de santé mentale pour adultes (Gregg et al., 2021) permettront d'organiser les résultats en lien avec les intervenantes. La

première catégorie porte sur les croyances et les attitudes identifiées. La deuxième porte sur les compétences énoncées par les participantes. Voici une matrice qui résume les résultats obtenus¹⁴ :

Matrice 2

Caractéristiques en lien avec les intervenantes facilitant et faisant obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement des mères

	Facilitants	Obstacles
Croyances et attitudes	Attitude positive des intervenantes face à la présence ou à l'implication des pères (7,13)	Délaisse parfois les pères (2,3)
	Biais personnel favorable à l'inclusion des pères (5,6)	
	Perspective humaniste (4,8) 1. Attentes de l'intervenante face à l'engagement paternel (2,2)	Modalités choisies par les intervenantes pour la première rencontre (3, 4)
	Favoriser les tâches et références concrètes (4,6)	
Compétences	Investir le lien avec les pères : stratégies d'intervention 1. Les solliciter (10,20) a. face à leur rôle parental (2,3) 2. S'adapter à eux a. savoir-être (p. ex. : langage) (4,5) b. horaire des rencontres (3,3) 3. Les inviter (6,7) 4. Impliquer la mère partenaire (5,9) 5. Rejoindre les pères via un intérêt personnel (5,6) 6. Les guider (3,4) 7. Les écouter (3,3) 8. Valoriser leurs compétences parentales (3,3) 9. Prescrire des activités physiques avec le bébé (3,3) 10. Répondre rapidement aux demandes des pères (3,3) 11. Utiliser l'humour (2,4)	Nil

Note : Le premier chiffre entre parenthèses indique le nombre de participantes ayant abordé le sujet et le deuxième chiffre indique le nombre de fois où le sujet a été abordé en entretien.

¹⁴ Les thèmes abordés par une seule participante n'ont pas été retenus, car considérés comme possiblement anecdotiques.

Croyances et attitudes — facilitateurs. En ce qui a trait aux facteurs facilitateurs, plusieurs participantes ont rapporté des éléments en lien avec leurs croyances et attitudes par rapport à l'approche centrée sur la famille. Notamment, l'attitude positive des intervenantes face à la présence ou à l'implication des pères est l'élément ayant été le plus souvent rapporté, et ce par plus de la moitié de l'échantillon (7 participantes). Une d'entre elles (# 6) précise s'impliquer personnellement face à un père perçu comme volontaire : « Tu sais, moi quand le papa est là puis qu'il est, qu'il veut [...], ben oui je m'implique, puis je pose des questions : “Comment toi tu te sens ?” ». On pourrait penser que cela génère un cercle vertueux quant aux interactions entre l'intervenante et le père, favorisant ainsi l'engagement de ce dernier auprès de sa famille.

Puis, un biais favorable de la part des intervenantes face à l'inclusion des pères dans les services paraît influencer la façon dont cinq d'entre elles s'investissent. Par exemple, l'une a dit offrir de la formation à ses collègues au sujet de l'accompagnement périnatal auprès des pères, car elle croyait important de réfléchir à des façons de les rejoindre et de répondre à leurs besoins spécifiques (participante # 3). Une autre (# 7) a rapporté avoir un souci d'inclusivité qui l'amènerait à changer la terminologie utilisée par d'anciennes collègues. Elle explique penser que, étant genrée, cette terminologie orienterait les services vers les mères, ce qui pourrait avoir pour effet d'exclure les pères. La participante a dit désormais adopter un vocabulaire épïcène pour favoriser l'inclusion de tous les parents, peu importe leur identification de genre.

Ensuite, une perspective humaniste a été observée dans les propos de quatre participantes. En réponse à une question portant sur la possibilité qu'un père rencontré puisse offrir son soutien à sa partenaire, cette participante (# 3) s'exprime :

Je pense que chacun sera pas au même niveau, chacun a pas la même histoire, chacun a pas les mêmes forces ou le même bagage... mais oui, moi je crois, je suis une éternelle optimiste au niveau de l'être humain là, donc je crois qu'il y a cette capacité-là.

Une autre participante (# 5) explique sa vision à ce sujet :

Moi ce qui m'a toujours fascinée, avec [...] n'importe quelle personne, c'est à quel point ils sont pleins de ressources ! Ils savent arriver avec des solutions et des choses que même on n'a pas pensé, ou qu'on n'a pas pensé que ça serait ça la meilleure solution pour eux.

Soulignons que la perspective humaniste semble rejoindre le paradigme d'autonomisation sur lequel repose l'approche centrée sur la famille. Plus précisément, deux participantes ont parlé de leurs attentes face à l'implication des pères dans leur rôle parental. À titre d'exemple, cette intervenante (# 4) se dit désormais plus exigeante envers les pères :

C'est sûr que j'ai plus d'attentes [...] que de parler du char puis que ça soit fini aussi. Faque il y a ça aussi, moi qui a évolué dans ma pratique en me disant : « Ben là, je vois qu'il y a plus de gars qui sont disponibles, faque je m'attends à ce que, plus de gars le soit aussi d'une certaine façon, ou qu'ils le soient un petit peu plus, de façon moins superficielle ».

Il est possible d'y voir un effet d'entraînement similaire à celui décrit précédemment en lien avec le thème « attitude positive des intervenantes face à la présence ou à l'implication des pères », qui pourrait faciliter l'engagement des pères.

Le prochain thème facilitant l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire fait référence au caractère concret des interventions plutôt que théoriques. Selon les croyances rapportées par plusieurs intervenantes (# 3, # 4, # 10 et # 11), les pères auraient besoin de se voir indiquer des tâches et des références concrètes pour soutenir leur partenaire. Une d'entre elles explique (participante # 4) : « J'ai l'impression que quand ça devient un petit peu trop théorique là, ça les intéresse moins. Faut que ça soit très relié à ce qui se passe présentement puis pratique. » Ainsi, la croyance que les pères auraient besoin d'instructions claires pour orienter leur engagement s'est affirmée au sein de notre échantillon.

Croyances et attitudes — Obstacles. Contrairement à la quantité et à la diversité des thèmes identifiées comme facilitant l'engagement des pères en lien avec le sous-objectif 2.2, un seul obstacle relève de la catégorie « croyances et attitudes ».

En effet, deux intervenantes ont rapporté avoir parfois une attitude défavorable à l'engagement des pères, plus spécifiquement en les délaissant lors de leurs interventions. Une participante (# 10) réfléchit à sa part de responsabilités par rapport à l'inclusion des pères et résume ainsi sa pensée : « C'est comme un autre, une autre chose de plus qu'il faudrait penser, mais que, qu'on délaisse là. » De son côté, cette autre participante (# 8) dit ne pas avoir l'habitude d'inviter systématiquement les pères aux rencontres. Elle ajoute : « Je pourrais le faire plus. Mais tu sais, je dis pas que... Est-ce que je le ferais toujours ? Peut-être [que] si je le faisais toujours, j'en verrais plus (rire) ! Si je le faisais plus, j'en verrais plus probablement ! ». Puis, trois participantes ont abordé les modalités choisies pour une première rencontre avec une famille comme un élément qui semble faire obstacle à l'engagement d'un père. Cette participante (# 3) explique :

Je fais toujours un contact au téléphone au départ, faque des fois je peux passer une première heure au téléphone avec la maman, faque y'a déjà un petit lien qui se crée avant qu'on se voit, ce que je fais pas nécessairement avec les pères, pas nécessairement le contact au téléphone avant.

Ainsi, les mères semblent parfois avoir une longueur d'avance sur leur partenaire quant aux informations obtenues et au temps passé à construire un lien avec leurs intervenantes.

Compétences — Facilitants. D'autres facteurs facilitants identifiés par les participantes relèvent de leurs habiletés. Plus spécifiquement, un thème central se dégage, soit le développement d'habiletés pour investir le lien avec les pères.

Onze stratégies d'intervention qui ciblent les pères ont été identifiées par les participantes. Les voici, en ordre décroissant de fréquence d'apparition : solliciter les pères (10,20)¹⁵, notamment face à leur rôle parental (2,3) ; s'adapter à eux, en misant sur le savoir-être (p. ex. :

¹⁵ Le premier chiffre entre parenthèse indique le nombre de participantes ayant abordé le sujet et le deuxième chiffre indique le nombre de fois où le sujet a été abordé en entretien.

langage) (4,5) et un horaire de rencontres plus flexible (3,3) ; les inviter à être présents aux rencontres et à y participer (6,7) ; impliquer la mère partenaire dans les échanges entre l'intervenante et un partenaire (5,9) ; rejoindre les pères à partir d'un de ses intérêts personnels pour engager la conversation (5,6) ; les guider dans leur rôle parental (p. ex. : soins aux bébés, distinction entre le *baby blues* et la DPP) (3,4) ; les écouter par rapport à leur vécu (3,3), notamment lorsqu'une partenaire présente des symptômes anxiodépressifs ; valoriser leurs compétences parentales (3,3) ; leur prescrire de faire des activités physiques avec leur bébé (p. ex. : jouer à l'avion) (3,3) ; répondre rapidement aux demandes des pères à l'endroit d'une intervenante (p. ex. : par texto ou téléphone) (3,3) ; utiliser l'humour pour nourrir le lien (2,4).

Compétences — Obstacles. Enfin, aucun obstacle lié aux habiletés perçues n'a été rapporté par les participantes.

Résultats de la simulation d'entretien par rapport au sous-objectif 2.2. Concernant les caractéristiques en lien avec les intervenantes, voici ce que la chercheuse avait identifié en termes de croyances et d'attitudes. Elle avait indiqué que les intervenantes pourraient croire qu'en proposant des moyens concrets aux pères pour soutenir leur partenaire (p. ex. : cuisiner), ils s'engageraient plus facilement. Il s'agit d'un facilitant identifié par l'analyse.

Puis, toujours au sujet des croyances et des attitudes, l'autrice de cette étude avait identifié trois éléments en lien avec les intervenantes constituant de potentiels obstacles à l'engagement des pères. D'abord, elle avait indiqué qu'une intervenante pourrait croire que son genre, différent de celui des pères, pourrait être perçu comme une barrière entre eux. Ensuite, que l'intervenante pourrait parfois se croire en danger face à un père perçu comme potentiel agresseur à la suite d'une expérience désagréable avec l'un d'eux. Puis, l'autrice envisageait qu'une intervenante pourrait se croire incompetente face aux pères lors d'interventions. Aucun de ces obstacles envisagés par la chercheuse en lien avec le sous-objectif 2.2 ne s'est vu confirmé par les résultats.

Par contre, la chercheuse avait indiqué que l'intervenante pourrait croire que son lien avec une mère serait prioritaire par rapport à celui avec un père et agir en ce sens (p. ex. : interventions en présence de la mère, présence du père perçue comme facultative). Cela concorde avec un obstacle lié aux croyances et attitudes, identifié par l'étude (« modalités choisies par les intervenantes pour la première rencontre »).

Finalement, l'autrice n'avait pas rapporté d'éléments concernant les compétences des intervenantes pouvant faciliter l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire. Elle avait toutefois envisagé qu'un obstacle rencontré serait un manque de compétences des intervenantes, en raison d'un manque de formation, de consultation et de supervision au sujet de l'intervention auprès des hommes. Cet élément ne s'est pas avéré lors de l'analyse des résultats.

4.2.3 Facilitants et obstacles en lien avec les clientes du programme (mères)

Dans le cadre de notre étude, la personne vivant avec des difficultés de santé mentale est la mère d'une famille suivie par les SIPPE. Le tableau suivant présente les facilitants et les obstacles identifiés dans cette catégorie :

Tableau 3

Caractéristiques en lien avec les clientes (mères) facilitant et faisant obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement des mères

Facilitants	Obstacles
Demande de la cliente d'inclure le père (partenaire) dans les services (2,3)	Impact des symptômes anxiodépressifs de la cliente pendant le post-partum (4,4)
Cliente indisponible (2,3)	Contrôle exercé face au père (partenaire) (3,11)

Note : Le premier chiffre entre parenthèses indique le nombre de participantes ayant abordé le sujet et le deuxième chiffre indique le nombre de fois où le sujet a été abordé en entretien.

En premier lieu, lorsque la cliente formulerait explicitement le désir d'inclure son partenaire dans les rencontres, cela faciliterait concrètement l'engagement de ce dernier dans son rôle parental selon un exemple cité par une participante (# 11) :

Elle, elle était pas gênée de demander à son chum d'être là à toutes les rencontres. C'est lui qui prend les notes, parce qu'elle a plus le cerveau pour eu, réfléchir [...] Lui, il est proactif là-dedans, dans le soutien qu'il va pouvoir y apporter.

Aussi, l'indisponibilité de la mère semble une occasion pour un père de réfléchir à son rôle de parent et possiblement de s'engager par rapport à celui-ci, comme l'explique la participante #3 :

Le lien avec le papa, ça arrivait quand le bébé pleurait ou quoi que ce soit, des fois maman elle allait s'isoler dans la chambre avec bébé pour l'allaiter, puis j'ai eu des moments, des 15 min toute seule avec le papa où on pouvait jaser. Où il me posait des questions, tu sais : « Ok ben là, il arrive telle affaire, c'est-tu normal ? Qu'est-ce qui se passe ? ».

Selon cette participante (# 1), l'indisponibilité d'une mère pourrait provoquer des retombées à long terme quant à l'implication d'un père dans son rôle parental :

C'est qu'au final, quand tu sais l'état de la mère s'est amélioré, ben souvent l'implication du conjoint reste. Tu sais, souvent le conjoint a peut-être pris plus de place parce que la mère était moins disponible que ce qui est habituellement...

L'intervenante (# 1) poursuit son propos en faisant référence à un double standard concernant les attentes liées à la parentalité : « Tu sais, habituellement, bon, la mère elle, elle prend ça en charge puis eu... le père, tu sais, y fait une couple d'affaires, mais c'est pas lui qui est en charge. »

Toutefois, l'impact des symptômes anxiodépressifs de la cliente pendant le post-partum a également été identifié comme un obstacle à l'engagement des pères. Différentes participantes ont dit observer que ce type de difficultés chez la mère préoccuperaient son partenaire (# 2) ou l'amèneraient à se montrer irritable (# 9). De son côté, cette participante (# 5) rapporte le propos de pères rencontrés qui disent se sentir affectés par l'état de leur conjointe :

Souvent, ils vont exprimer qu'ils sont démunis, qu'ils savent pas [quoi faire], puis que eux autres, tout dépendamment du conjoint, y'en a qui vont dire : « Ben moi aussi ! Ça

m'affecte au point où ça, je trouve ça très très très difficile et ça me limite aussi dans ma capacité à aider ma conjointe, parce que ça draine de l'énergie. »

Ainsi, l'accumulation de responsabilités liées au double rôle de proche aidant et de parent amènerait certains pères à voir leur capacité à aider leur conjointe diminuer à long terme. Pour cette participante (# 3), il s'agit d'une situation propice à la dégradation de la santé mentale des pères eux-mêmes :

Puis ce que je me suis aperçue, c'est que dans une famille, ben nécessairement si la maman a une dépression, ben ça affecte nécessairement le conjoint ! Des fois, je m'aperçois qu'il a des signes de dépression chez le papa aussi, mais comme c'est de la colère ou c'est de l'abus de substances tout ça tu sais, c'est pas nécessairement reconnu comme un signe de, tu sais ils sont pas en petites boules en coin en train de pleurer là, le cliché qu'on a de la dépression !

Cet extrait souligne une conception genrée des symptômes associés à la dépression et suppose qu'un stéréotype soutienne l'expression féminine de ces difficultés.

Le dernier obstacle à l'engagement des pères en lien avec les mères relève du contrôle exercé par celle-ci face à leur partenaire. Cette participante (# 1) explique :

Aussi, y'a un désir que le père s'implique, mais en même temps, y'a un malaise quand le père est trop impliqué [...] faut comme qui prenne un peu de place, mais à moment donné là : « Redonne-moi ma place là ! ».

Les propos de deux autres participantes (# 3, # 11) ont corroboré que le comportement de certaines mères face à leur bébé, c'est-à-dire en s'y réservant l'accès, empêcherait parfois les pères d'investir leur rôle de parent. Une participante (# 11) rapporte ainsi les propos d'un père à ce sujet : « Moi je veux ben là, je veux ben essayer de l'endormir la petite, mais [quand] à pleure un peu, elle [la mère] vient la chercher, tu sais. Faque ! ».

Résultats de la simulation d'entretien par rapport au sous-objectif 2.3. D'abord, la simulation d'entretien n'a pas fait émerger de contenu soutenant le thème facilitant « demande de la cliente d'inclure le père (partenaire) dans les services ». Cependant, le thème facilitant

« cliente indisponible », avait été envisagé par la chercheuse qui avait mentionné le scénario suivant à ce sujet :

... des fois il y a des mamans qui prennent beaucoup de place aussi hein, fait que tu sais, si une maman a des symptômes, puis qu'à cause de ses symptômes elle prend moins de place, puis que là, ça adonne que son conjoint [...] l'exemple que je donnais, celui qui était resté... Est-ce qu'il a eu ce réflexe-là aussi parce que, voyant sa conjointe très anxieuse, il a voulu démontrer qu'il était capable d'en prendre aussi de la responsabilité ?

Dans le même ordre d'idée, la chercheuse avait nommé que l'indisponibilité d'une mère aux prises avec des symptômes anxiodépressifs permette une intervention directe avec un père impliqué.

Quant aux obstacles identifiés, le thème « impact des symptômes anxiodépressifs de la cliente pendant le post-partum » avait été proposé par l'autrice de cette étude. Elle n'avait toutefois pas lié cette idée avec un épuisement possible chez les pères, mais plutôt à des craintes face aux enjeux de santé mentale, menant possiblement à un désengagement de leur part. Finalement, la chercheuse avait dit ne pas croire que la mère puisse faire obstacle à l'engagement d'un père. Cela s'est infirmé lors de l'analyse, plus particulièrement en lien avec le thème « contrôle exercé face au père (partenaire) ».

Soulignons que la vision genrée d'un premier donneur de soin féminin avait été nommée par la chercheuse comme un obstacle à l'inclusion des pères dans les services. Elle avait ensuite énoncé un biais favorable à l'égalité parentale : « Ça devrait être, sûrement, que le bébé dépend autant de ses deux parents, mais il y a encore beaucoup de premiers donneurs de soins qui sont la maman. » (chercheuse).

4.2.4 Facilitants et obstacles en lien avec les pères, partenaires des clientes

Chacune des participantes de l'étude a dit intervenir auprès de partenaires de genre masculin, à l'exception d'une participante ayant rapporté être intervenue une fois auprès d'une famille dont la composition différait. Voici les résultats obtenus en lien avec les caractéristiques

concernant les partenaires masculins, désignés comme majoritaires. Abordons dans un premier temps des thématiques liées à leurs antécédents, puis dans un deuxième temps à leur situation actuelle.

Antécédents. L'analyse des données n'a pas permis d'identifier de caractéristiques facilitantes en lien avec les antécédents des pères des familles desservies. D'entrée de jeu, leur parcours développemental a été désigné comme faisant parfois obstacle à leur engagement dans les services, selon certaines participantes. L'analyse a identifié deux thèmes liés à cet obstacle, soit « la transmission intergénérationnelle » et « un historique personnel d'intervention ».

Concernant l'impact de la transmission intergénérationnelle, une participante (# 11) résume la situation d'une partie de sa clientèle :

Les papas, surtout SIPPE, c'est souvent de jeunes papas, qui ont eu eux-mêmes un parcours de vie plus ou moins facile avec des parents plus ou moins aimants, présents, et tout ce que tu veux faque pour eux c'est pas, c'est pas naturel de dire [...] je vais prendre soin de toi [...] vas prendre un bain, je vais m'occuper du bébé.

Puis, l'histoire développementale des pères rencontrés affecterait leur perception du lien qui pourrait s'établir avec une intervenante selon cette participante (# 12) : « Ils ont fait les familles d'accueil, ils ont rencontré une multitude de travailleuses sociales dans leur vie parce que ça changeait tout le temps. Donc moi, je suis une parmi tant d'autres là. » Pour cette autre participante (# 7), le caractère non sollicité d'interventions vécues au fil de temps pourrait amener un parent, père comme mère, à se fermer face à une nouvelle intervenante :

Mais c'est sûr qu'il y a des parents qui ont été, qui ont eu des intervenants toute leur vie, puis qui se sont sentis comme trop pris en charge alors qu'ils ne l'avaient pas demandé. Leur premier réflexe (rire) ça va être d'aller se cacher dans la chambre, ça sera pas de venir étaler leur vie, ils l'ont déjà assez fait tu sais !

Situation actuelle. L'expérience des participantes varie quant à la présence des pères au sein des familles rencontrées. Une d'elles (# 1) a souligné que le congé parental paternel permettrait aux pères d'être présents lors des suivis en post-partum. L'étude ayant été réalisée

pendant la pandémie de Covid-19, une participante (# 7) a mentionné que les conjoints auraient souvent été rencontrés lors de visites au domicile l'année précédant son entretien (2020-2021). Pour une autre participante (# 4), l'évolution des mœurs quant à la présence des pères dans les services se ferait sentir : « C'est sûr qu'il y a une grosse évolution depuis les 10 dernières années, il y a beaucoup plus de papas [...], mais les 5 dernières années sont beaucoup plus [présents]. Cette génération-là, sont beaucoup plus là. ». Dans l'ensemble, les participantes ont rapporté que la présence du père lors des rencontres des SIPPE était un facteur qui témoignait de leur engagement dans le rétablissement de leur partenaire, comme l'explique cette intervenante (# 3) :

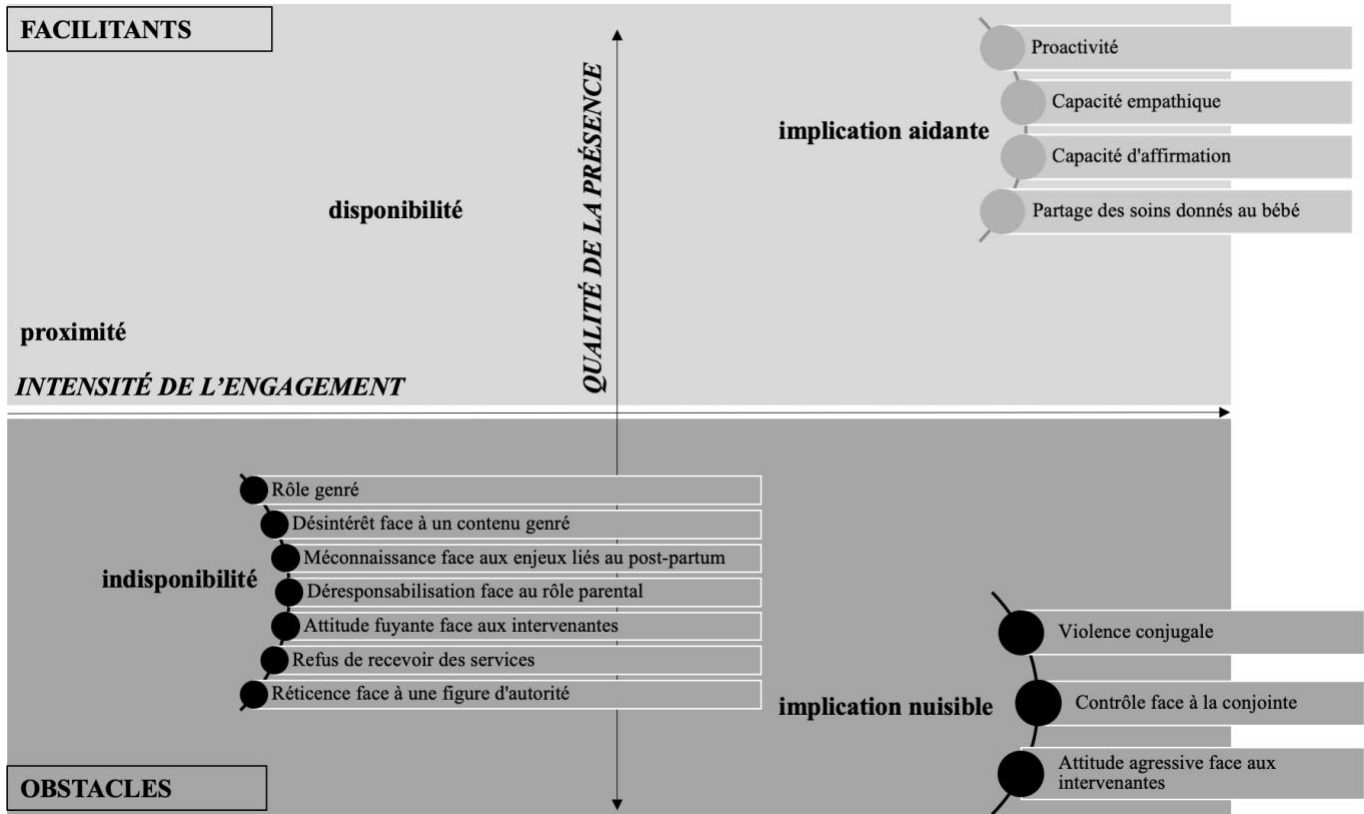
Mais tu sais, le point positif c'est qu'il était là. Parce que à la rencontre, il aurait pu juste décider de pas être là, tu sais. Puis de dire : c'est tes affaires, tu t'arranges avec ça [...], c'est ça moi qui me faisait garder l'espoir. Je me dis : « S'il était là, c'est parce qu'il a quand même quelque chose à l'intérieur de lui qui veut que ça aille mieux ».

Dans certains cas, le père ne serait toutefois pas accessible. Le thème « absence des pères » a été abordé par huit participantes. Les expériences rapportées varient à ce sujet. Une participante (# 10) a dû être intervenue une seule fois en dix ans de carrière auprès d'un père. Une autre (# 3) a rapporté se sentir chanceuse d'intervenir régulièrement auprès de pères grâce à un groupe leur étant dédié. Selon les participantes, les raisons les plus fréquentes liées à l'absence des pères lors des interventions des SIPPE seraient des impératifs liés au travail ou à la composition de la famille, c'est-à-dire monoparentale.

Qualité de la présence des pères. Lorsqu'un père est présent, son implication semble varier. La figure 6 est composée de deux continuums interreliés, soit l'axe horizontal déterminant l'intensité de l'engagement des pères et l'axe vertical indiquant la qualité de la présence des pères. Cette dernière peut soit faciliter l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire ou y faire obstacle.

Figure 6

Qualité de la présence des pères : facilitateurs et obstacles à leur engagement dans le rétablissement de leur partenaire (mère)



Dans un premier temps, nous aborderons les thèmes facilitateurs, situés au-dessus de l'axe horizontal de la Figure 6.

Facilitants — Proximité. Lorsqu'un couple parental demeure à une même adresse, le partenaire semble constituer une ressource de proximité pour une mère atteinte de symptômes anxiodépressifs. Une participante (# 7) avance que « la présence en tout temps de cette personne-là », de la même façon qu'une ou un colocataire, permettrait d'assurer un filet de sécurité en cas de besoin. Ainsi, la simple proximité physique d'un père peut être considérée comme un facteur de protection, notamment lorsque la sécurité de la mère ou du bébé semble à risque.

Facilitants — Disponibilité. Une distinction entre la présence (« présents ») et la disponibilité des pères (« disponibles ») s'est affirmée lors de l'analyse des résultats. Cette intervenante explique que la présence physique d'un père serait conditionnelle à son engagement dans les services : « Dans la mesure où ils se mettent disponibles, parce qu'il y en a qui sont difficiles à attraper, sont difficiles à rencontrer, même quand il y a des conjoints. » (participante #5). De son côté, une autre participante (# 8) aborde la disponibilité psychologique des pères :

Un père SIPPE oui, il peut tout autant aider qu'un autre papa là. Ça dépend des stresseurs de vie puis du contexte, bien sûr. S'il est disponible [...] S'il est submergé comme maman, ben là, c'est ça, on va essayer qu'il aille consulter.

Facilitants — Implication aidante. Selon les participantes, lorsque les pères se montrent impliqués dans le suivi de leur partenaire, de leur nourrisson ou auprès de l'intervenante des SIPPE de façon aidante pour le rétablissement de leur partenaire, ils adopteraient des attitudes démontrant une proactivité, une capacité empathique et une capacité d'affirmation.

D'abord, la proactivité des pères a été mise de l'avant par sept participantes. L'une d'entre elles précise : « Si je me fie à ceux qui voulaient être là, que c'est arrivé, ben ils étaient très participatifs, puis ils comprenaient la situation de la conjointe. Puis ça a été de bons alliés là. » (participante # 12)

Ensuite, certains pères semblent montrer un haut niveau d'empathie, selon trois intervenantes. Celle-ci (# 7) explique : « Ils peuvent être un soutien, surtout s'ils comprennent que ça va pas en fait premièrement. Ça, c'est la première étape ! ».

Finalement, certains pères feraient preuve d'une capacité d'affirmation, ce qui contribuerait à leur implication auprès de leur partenaire. Deux participantes expliquent : « Le fait que le papa nous disait : [...] elle vous dit que tout va bien, mais non, moi je sais elle va, ça va pas ! » (participante # 2). « Ça arrive que c'est les conjoints aussi qui appellent parce qu'ils disent : "Ben

là, là ma femme a l'a besoin d'aide [...]. On m'a conseillé de vous appeler pour qu'on aille de l'aide de votre part.» » (participante # 7).

De plus, des comportements de partage des soins donnés au bébé ont été rapportés par certaines intervenantes. Pour une d'entre elles (# 2), cette attitude serait associée à une génération de pères : « ... les papas plus jeunes, [...] sont plus à l'aise, je te dirais à être père aussi. À donner des soins directs au bébé puis tout ça. Ils ne mettent pas ça juste sur les, ça ne repose pas seulement sur le dos de la maman là. »

Dans un deuxième temps, les propos des participantes ont permis d'identifier des caractéristiques liées aux pères faisant obstacle à leur engagement dans le rétablissement de leur partenaire. Nous aborderons maintenant ces thèmes, situés en dessous de l'axe horizontal de la Figure 6.

Obstacles — Indisponibilité. Selon plusieurs participantes de l'étude, l'adoption d'un « rôle genré » par les pères des familles rencontrées paraît justifier leur indisponibilité. Une d'elles avance que : « la plus grande partie du temps, c'est plus les mamans qui s'occupent des soins du bébé. Faque les papas sont pas toujours là. » (participante # 6). Une autre indique qu'un aspect culturel pourrait soutenir une attente par rapport à la présence des pères au travail plutôt qu'à la maison avec leur bébé : « Des fois c'est : "Je peux pas pas aller travailler, c'est mal vu (encore là, la mentalité !) d'être plus présent à la maison" [...] Surtout quand le bébé est né, c'est beaucoup beaucoup la mère, tu sais. Puis comme naturellement, le père va être délaissé ou peu importe... » (participante # 10). Finalement, cette participante (# 5) estime qu'il s'agit d'un rôle qui pourrait être lié au stade de développement du bébé : « Ben y'en a qui vont se confiner à leur rôle de pourvoyeur, ou ils se voient pas un rôle dans l'immédiat tant que l'enfant est très jeune... bébé. ».

Ensuite, un certain désintérêt de la part des pères semble perçu par certaines participantes, tel qu'en témoigne celle-ci :

Pour eux [les pères], ça reste moins important de prioriser la rencontre qui est prévue qu'une autre activité qui pourraient avoir à l'horaire. Ou qui est pas nécessairement à l'horaire, mais qui se présente, tu sais eu... Des fois ils vont laisser, la maman va être là au domicile, mais le papa est parti eu... dans le bois... est parti eu tu sais... peu importe là... d'habitude, c'est dans le bois... (rire). (participante # 2)

En lien avec cette idée, le sous-thème « désintérêt face à un contenu d'intervention genré » a été identifié. Pour une participante (# 1), le désintérêt des pères paraissait directement lié au contenu de l'intervention : « Souvent, ben les pères venaient puis c'était comme : "Bon, je vais texter un peu, ça m'intéresse pas tant l'allaitement, puis tu sais, bof, tout ça !" Puis les 5 rencontres, 6 rencontres, y trouvaient ça peut-être un peu lourd. ».

Puis, selon trois participantes, certains pères feraient preuve de méconnaissance face aux enjeux liés au post-partum. Cela amènerait certaines intervenantes à s'investir dans l'enseignement auprès d'eux, comme l'explique celle-ci (# 1) :

Moi, je vais m'assurer de communiquer avec lui, de voir s'il est au courant de la situation puis s'il comprend bien de quoi on parle là, au niveau de la dépression. Il y a beaucoup d'enseignement à faire. Faque ça je le fais, m'assurer aussi qu'il comprenne bien l'enjeu qu'on a ici, à voir de s'occuper du petit être vivant là, puis de s'assurer que la mère soit en mesure de récupérer le plus vite possible.

On peut penser qu'une incompréhension face à un enjeu de santé mentale affecte la disponibilité d'une personne face à une autre, ici un père face à sa partenaire. Pour une participante (# 7), la méconnaissance des enjeux de santé mentale liés au post-partum amènerait certains pères à adopter une attitude invalidante : « C'est quelque chose qui est beaucoup nommé [par les mères], le non-accueil finalement des conjoints face à la dépressivité vécue en post-partum. La non-reconnaissance que c'est exigeant. ».

Ensuite, une déresponsabilisation face au rôle de parent a été identifiée lors de l'analyse. Une participante (# 10) a avancé avoir l'impression que certains pères ne semblaient pas croire

qu'ils devraient participer aux rencontres de suivi des SIPPE. Une autre (# 1) a donné un exemple l'ayant amené à formuler un ultimatum pour s'assurer de la sécurité du bébé : « Vous êtes deux, là y'en a comme plus ou moins un [parent] qui s'en occupe... Si c'est pas toi, qui ça va être ? C'est ça que je veux savoir. ».

Par la suite, certaines attitudes des pères face à l'intervenante paraissent faire obstacle à leur engagement, notamment par le biais d'une attitude fuyante : « Dans cette clientèle-là, il y a plusieurs papas qui [...] viennent jamais nous voir [...] quand on arrive, ils disparaissent. »

(participante # 2). Une participante explique :

Il y en a d'autres que, pour des raisons qu'il faut apprendre à identifier avec le temps, ils s'investissent pas véritablement. Ils sont plus dans la fuite : « Je, je dois aller faire l'épicerie ! Ah, j'ai des obligations ! » On les croise au moment où on arrive à la maison, puis ils sont déjà en train de sortir. Je me suis déjà fait servir le prétexte de : « Il faut que j'aille promener le chien ! » (participante # 5).

Puis, le thème « refus de recevoir des services » reflète l'expérience de deux intervenantes rencontrées : « Au début, il refusait [...] Faque j'ai dit : "Tu sais, en tout cas, je peux être là." Tu sais, j'essayais vraiment. Je marchais sur des œufs beaucoup. » (participante # 11). Une autre participante (# 8) résume cette impression : « C'est pas des papas qui veulent beaucoup [recevoir les services] ! »

Le thème « réticence face à une figure d'autorité » fait référence à l'expérience de trois participantes qui disaient percevoir une crainte de la part des pères à leur endroit. Elles ont rapporté croire que ceux-ci les associeraient à la Direction de la protection de la jeunesse. Cette participante (# 11) explique : « Comme intervenante SIPPE, y'a beaucoup beaucoup de parents qui ont peur que je sois comme proche de la DPJ puis tout ça là. Faque ça, c'est sûr que ça aide pas [...] mon entrée dans leur vie. » Pour cette autre participante (# 12), cela affecte en retour son propre engagement envers un père : « Si je vois qu'il [le père] est ouvert, qui [...] il me sent pas [sic] comme une menace, je vais l'aborder. » Finalement, une troisième participante (# 3) nomme

avoir vécu une expérience similaire et souligne ne pas avoir vérifié son interprétation auprès du père :

Peut-être il pensait que j'étais tout de suite dans le camp de la maman, tu sais ? Puis à être là pour lui taper sur la tête en fait, être un peu Germaine ou quelque chose comme ça ! Eum, là moi je projette là je sais, j'ai pas demandé là si c'est ça qu'il pensait, mais c'est un petit peu le ressenti que j'ai eu. Donc qu'il se sentait sous surveillance ou qu'il se sentait un peu comme un enfant pris en défaut là tu sais ou quelque chose comme ça.

Obstacle — Implication nuisible. L'implication de pères auprès de leur partenaire, de leur nourrisson ou de leur intervenante des SIPPE de façon à nuire au rétablissement de leur conjointe fait l'objet des prochains thèmes.

Comportements nuisibles. Selon certaines participantes, le comportement ou l'attitude de certains pères impliqués se trouvent à la source de la détresse de certaines mères ou encore s'ajoutent au fardeau ressenti lors du post-partum. Au niveau comportemental, la violence conjugale a été l'obstacle lié à l'implication d'un père abordé par le plus grand nombre de participantes. Une participante (# 7) explique :

On en voit beaucoup qui sont, qui finalement semblent plus nuire qu'aider à la santé psychologique des mères là. Eu puis pour moi, c'est toutes des situations de violence conjugale à un certain degré dans le continuum. Donc beaucoup, beaucoup de violence psychologique cette année on a vu, on a eu des cas de violence physique extrême aussi. Ils sont moins fréquents, mais c'est sûr qu'on peut pas aider quelqu'un si on la détruit physiquement [...] Ça peut pas être aidant pour une personne !

Ensuite, l'idée que certains pères vont exercer un contrôle face à la conjointe a été abordée par certaines participantes. Celle-ci (# 5) résume ainsi : « D'autres fois [...], c'est plus un conjoint plutôt contrôlant, envahissant qui répond à la place de madame. »

Attitudes nuisibles. Également, certaines participantes ont relevé qu'une attitude agressive des conjoints à leur endroit pouvait les rendre méfiantes. Cela affecterait leurs interventions visant à engager les pères dans le rétablissement de leur partenaire :

Si j'ai face à moi quelqu'un qui a l'air méfiant, qui démontre de l'intolérance ou de la, un ton agressif, ou qui ne facilite pas la communication parce qu'il va affirmer des choses,

mais sans être à l'écoute, je vais trouver ça plus ardu. [...] C'est très personnel : si la charge d'agressivité vient d'un homme, moi ça me, je me sens plus sur mes gardes que si elle vient d'une femme [...] Elles ne l'expriment pas vraiment de la même façon. [...] [quand] ça s'est présenté là, c'était vraiment moins facile pour moi face à un homme. (participante # 5)

Il est possible de croire que cette réaction à l'agressivité masculine perçue nuise au lien entre une intervenante et un père, et que par ricochet, cela nuise à l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire.

Résultats de la simulation d'entretien par rapport au sous-objectif 2.4. Plusieurs éléments mentionnés par la chercheuse lors de l'entretien de simulation concordent avec les thèmes issus de l'analyse des données (voir Matrice 3), notamment l'absence des pères, la capacité d'affirmation de certains d'entre eux et l'influence de leur parcours développemental :

Matrice 3

Comparaison des a priori de la chercheuse lors de l'entretien de simulation et des thèmes issus de l'analyse des données concernant le sous-objectif 2.4

	Simulation d'entretien	Thèmes issus de l'analyse des données
Absence	Absence des pères lors des interventions (présents moins de 50 % du temps)	Absence
Facilitants	Davantage d'engagement paternel depuis quelques années	Implication aidante Partage des soins à donner au bébé
	Honnêteté du père quant à la situation de sa conjointe et à son besoin d'aide	Attitude aidante Capacité d'affirmation
Obstacles	Historique familial difficile des pères	Parcours développemental
	Désintérêt des pères envers leur rôle parental	Indisponibilité Désintérêt
	Père possiblement intoxiqué	Nil

	Attitude de fermeture des pères face à l'intervenante	Attitude nuisible Refus de recevoir des services
	Père possiblement agressif ou violent	Attitude nuisible Agressive face à l'intervenante Comportement nuisible Violence conjugale

Plusieurs facteurs facilitants et obstacles issus de l'analyse des données et en lien avec la qualité de la présence des pères n'ont pas été abordés par la chercheuse lors de l'entretien de simulation, tels que la proximité, la disponibilité, et l'implication proactive des pères (facilitants), ou l'indisponibilité des pères. Par contre, la chercheuse avait envisagé que les intervenantes puissent rencontrer des pères ayant une attitude d'ouverture face à l'aide offerte par les SIPPE, notamment lorsque leur partenaire souffrait de symptômes anxiodépressifs. Cette caractéristique ne s'est pas avérée.

CHAPITRE V

Discussion

Les résultats de la présente étude ont permis de dresser le portrait des pratiques centrées sur la famille en santé mentale dans le contexte des SIPPE et plus particulièrement quant à l'inclusion des partenaires de mères atteintes de symptômes dépressifs ou anxieux lors du post-partum. La présente section discutera d'abord des résultats concernant chacun des objectifs annoncés. Rappelons que le premier objectif était de documenter l'adoption de l'ACFSM ou de pratiques centrées sur la famille dans le contexte des SIPPE, avec comme sous-objectif d'identifier les caractéristiques des pratiques familiales lors du post-partum en présence de symptômes dépressifs ou anxieux chez les mères. Puis, le deuxième objectif était d'identifier les caractéristiques facilitantes et les obstacles à l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire au plan organisationnel des SIPPE, en lien avec les intervenantes du programme, en lien avec les clientes (mères), et finalement en lien avec leurs partenaires (pères). Par la suite, les implications cliniques seront abordées, en commençant par celles concernant les intervenant-es des SIPPE. Les implications cliniques concernant le contexte organisationnel du programme concluront ce chapitre.

5.1 L'approche centrée sur la famille au sein des SIPPE

Dans un premier temps, l'adoption de pratiques centrées sur la famille par les intervenantes des SIPPE de notre échantillon sera abordée de façon générale. Puis, une lacune observée quant à l'évaluation des besoins des pères sera discutée, suivie d'une section concernant l'accompagnement offert à ces derniers. Finalement, les caractéristiques propres aux interventions des SIPPE lors du post-partum en présence de symptômes de DPP ou d'APP chez une mère biologique seront abordées.

5.1.1 Orientation dyadique mère-nourrisson

Une importante proportion d'intervenantes rencontrées dans le cadre de cette étude a rapporté adopter une approche centrée sur la famille à travers les suivis lors du post-partum, notamment en se ralliant au postulat d'autonomisation de l'ACFSM, soit l'idée qu'un parent atteint d'un trouble mental puisse être un vecteur de changement dans sa famille (Tchernegovski et al., 2018). Plus concrètement, plusieurs participantes ont dit adopter des pratiques familiales qui convergent avec la littérature portant sur l'ACFSM. Par exemple, les participantes ont rapporté faire des interventions dans le but d'impliquer des membres de la famille dans les suivis, ce qui a été répertorié par la revue intégrative des pratiques d'ACFSM de Foster et ses collègues (2016), par la revue narrative systématique de Lagdon et ses collègues (2021) sur l'ACFSM, ainsi que par deux études réalisées au sein des SIPPE (Pierre, 2015 ; St-Arneault, 2013). Les participantes de notre étude ont aussi indiqué offrir de l'éducation aux parents quant aux enjeux liés à la santé mentale lors du post-partum, ce qui s'inscrit en phase avec une littérature portant sur l'ACFSM cité précédemment (Foster et al., 2016 ; Lagdon et al., 2021). Elles ont également rapporté accompagner les parents des familles suivies dans leurs rôles parentaux, une pratique mentionnée par une étude réalisée au sein des SIPPE (Pierre, 2015) ainsi que par une littérature portant sur l'ACFSM nommée ci-haut (Foster et al., 2016 ; Lagdon et al., 2021). Notre échantillon a de plus rapporté offrir des références vers d'autres services, selon les besoins des familles (p. ex. : organismes communautaires, spécialistes de la santé), ce qui reflète les résultats de Foster et ses collègues (2016) et ceux de deux études réalisées auprès des SIPPE (Pierre, 2015 ; St-Arneault, 2013).

Toutefois, aucune participante de notre étude n'a mentionné évaluer les besoins des partenaires des mères. Il s'agit d'une pratique familiale recommandée par les SIPPE (Gouvernement du Québec, 2022a) et rapportée par la revue intégrative de Foster et ses collègues

(2016) (n = 40 articles) sur l'ACFSM, ainsi que par St-Arneault (2013) dans le contexte des SIPPE. En effet, l'échantillon de St-Arneault (2013) disait impliquer le père lors de l'entrevue d'évaluation pour recueillir sa perception. En ce qui a trait à notre étude, les pratiques d'évaluation des besoins de la famille adoptées par notre échantillon semblent orientées vers les mères et leurs nourrissons exclusivement. Afin de mieux comprendre ce résultat, la prochaine section approfondira davantage la littérature disponible au sujet des pratiques d'évaluation en contexte d'ACFSM.

5.1.2 Lacune d'évaluation des besoins des partenaires

L'absence d'évaluation des besoins des partenaires rapportée par nos participantes converge avec les résultats de Leonard et ses collègues (2020), qui se sont intéressés à l'adoption d'une ACFSM dans un contexte de soins à domicile auprès de mères aux prises avec un trouble mental. L'équipe de recherche a indiqué que les intervenantes adopteraient une approche familiale, toutefois centrée plutôt sur la mère et l'enfant (Leonard et al., 2020). Cela rejoint les résultats d'autres équipes de recherche qui ont soulevé que la « famille » paraissait souvent comprise à tort comme la dyade mère-enfant (Baldwin, 2015 ; Bateson et al., 2017 ; Humphries et Nolan, 2015), excluant du coup le ou la partenaire. Cette vision de la famille pourrait expliquer notre résultat. On peut aussi penser que la pratique d'évaluation des besoins de la mère et son nourrisson concorde avec une conception de soins s'appuyant sur un modèle de soins biomédical orienté vers les difficultés d'une personne, tel qu'en santé mentale adulte (Grant et Reupert, 2016). Rappelons que le but du programme des SIPPE est de favoriser le développement global des enfants de 0 à 5 ans vivant en contexte de vulnérabilité par l'entremise de services de promotion et de prévention (Gouvernement du Québec, 2019). En contexte post-partum, l'enfant se trouve à un moment de son développement où il dépend d'une personne qui

en prend soin. Tel que le nommait Winnicott en 1943 : « Un bébé [tout seul], ça n'existe pas. » (cité dans Garret-Gloanec et Pernel, 2010). Cela pourrait expliquer que les besoins de la dyade mère-nourrisson soient pris en considération d'entrée de jeu par les intervenantes de notre échantillon, tout en excluant ceux des pères. Toutefois, évaluer les besoins de ces derniers permettrait d'améliorer le bien-être des familles (Fletcher et al., 2017).

Au contraire de nos résultats, une étude menée auprès de 18 personnes (17 femmes et un homme) offrant des services de parentalité précoce afin de connaître les pratiques d'évaluation des problèmes de santé mentale chez les pères lors de la transition vers la paternité (p. ex. : dépression, anxiété) a révélé que la plupart du personnel disait dépister la dépression chez les pères (Fletcher et al., 2017). Les besoins des pères quant à la santé mentale en contexte périnatal sont présentés comme des éléments importants à considérer selon la littérature (Darwin et al., 2017 ; Darwin et al., 2020 ; Letourneau et al., 2011 ; Letourneau et al., 2012). En effet, l'étude de Mayers et ses collègues (2020) réalisée auprès de 25 pères pour connaître leurs expériences quant aux services reçus pour les aider à soutenir leur partenaire lors du post-partum indique que plusieurs pères souhaiteraient, par exemple, obtenir une référence pour du soutien émotionnel et se voir enseigner des stratégies d'adaptation pour aider leur partenaire et leur nourrisson (p. ex. : gestion du stress). De plus, selon Noonan et ses collègues (2021), les comorbidités d'enjeux de santé mentale chez un couple parental peuvent avoir un impact sur la réussite d'une intervention visant à soutenir une mère à risque de DPP ou d'APP. En effet, les pères ayant des besoins quant à leur propre santé mentale peuvent ne pas être disponibles pour apporter du soutien à leur partenaire comme prévu par une intervention (Noonan et al., 2021). Selon l'étude de Baldy et ses collègues (2023) réalisée auprès de 303 pères, 17,5 % de l'échantillon étudié rapporte vivre un

« blues du post-partum »¹⁶. Ainsi, le dépistage des besoins des pères quant à leur santé mentale ou tout autres besoins en contexte post-partum lors d'un suivi par les SIPPE permettrait d'améliorer le bien-être des deux parents. L'absence d'évaluation des besoins des pères lors du post-partum paraît donc être une lacune quant aux pratiques centrées sur la famille, car on peut penser que cela puisse avoir des répercussions sur l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire.

5.1.3 Accompagnement des pères

Comme mentionné, les participantes ont rapporté offrir de l'accompagnement aux parents dans leurs rôles parentaux, par exemple par le modelage de comportements de soins et l'éducation quant aux enjeux liés à la santé mentale lors du post-partum. Cela concorde avec les résultats d'une étude réalisée au sein des SIPPE (Pierre, 2015) qui indiquait que les intervenantes se percevaient comme des « guide[s]-experte[s] en soutien à l'exercice du rôle paternel » (p.62) via, entre autres, des pratiques de transmission de l'information.

Par contre, ce résultat diffère de celui de l'étude St-Arneault (2013) qui concluait que l'accompagnement des pères des familles suivies par les SIPPE dans leur rôle parental semblait limité par rapport à l'accompagnement offert aux mères. Dix ans plus tard, on constate une plus grande inclusion des pères en ce sens, notamment par des interventions de modelage, ce qui pourrait suggérer l'évolution des pratiques à leur endroit comme recommandé explicitement par le programme des SIPPE (15.2.2 Implication du partenaire, Gouvernement du Québec, 2022a).

Rappelons que la difficulté de rejoindre les pères dans le cadre du suivi post-partum offert par les SIPPE demeure un enjeu nommé par les participantes. Il est possible de croire que la lacune observée quant à l'évaluation de leurs besoins nuise à une offre de soutien personnalisée

¹⁶ Jusqu'à 10 jours après la naissance.

lors du post-partum, tant concernant les interventions visant à les impliquer dans le rétablissement de leur partenaire, à leur transmettre de l'information au sujet de la santé mentale, à les accompagner par rapport à leur rôle de père ou à leur offrir des références en lien avec leurs besoins.

Afin de documenter plus spécifiquement les pratiques familiales en présence de symptômes dépressifs ou anxieux chez les mères lors du post-partum, l'étude prévoyait un sous-objectif. Les résultats saillants seront maintenant discutés.

5.1.4 Pratiques spécifiques lors du post-partum

L'étude a permis d'identifier quatre caractéristiques propres aux interventions des SIPPE lors du post-partum en présence de symptômes de DPP ou d'APP chez une mère biologique. D'abord, les intervenantes ont dit faire des interventions dans le but de construire un réseau social visant à soutenir leurs clientes. Ensuite, elles ont rapporté faire des interventions visant l'activation comportementale [AC] des mères atteintes de symptômes de DPP ou d'APP. Puis, l'augmentation de la fréquence du suivi auprès des familles a été identifiée en présence de symptômes de DPP ou d'APP. Finalement, l'évaluation du risque suicidaire et du risque pour la sécurité de l'enfant a été répertoriée comme une pratique liée à la présence de difficultés de santé mentale chez une mère lors du post-partum.

Concernant la première intervention, les participantes ont rapporté inclure les partenaires spécifiquement pour offrir du répit et comme filet de sécurité pour les mères lors du post-partum. L'importance du soutien social et notamment familial lors du post-partum est évoquée par la littérature. Selon l'essai contrôlé randomisé de Liu et Yang (2021) portant sur une intervention de thérapie cognitivo-comportementale lors du post-partum, le fait d'encourager les membres de la famille, incluant les partenaires, à prendre soin du bébé, à accompagner et à communiquer avec leur partenaire aux prises avec des symptômes de DPP ou d'APP pouvait atténuer l'anxiété et la

dépression maternelle et inhiber le développement de la dépression post-partum. Le répit offert en s'occupant du nourrisson et le fait de briser l'isolement d'une mère en l'accompagnant et en communiquant rejoignent les pratiques rapportées par nos participantes. Quant aux retombées du soutien familial sur l'intensité et l'évolution de la détresse maternelle, Vennat et son équipe (2018) se sont penché-es sur la période post-partum (jusqu'à six mois après l'accouchement). Réalisée auprès de 35 mères, leur étude suggère que les mères ayant reçu moins de soutien familial étaient plus nombreuses à présenter des signes de détresse psychique lors du post-partum. Ceci rejoint les résultats prometteurs de He et ses collègues (2023) quant à l'amélioration des symptômes dépressifs maternels en lien avec l'implication de membres de la famille (élargie et proche) selon diverses approches thérapeutiques¹⁷ en périnatalité.

Sur le plan théorique, les résultats de la présente étude s'inscrivent en phase avec le modèle de Cohen et Schiller (2017) qui propose l'inclusion d'un partenaire comme filet de sécurité. Ils s'inscrivent aussi en cohérence avec l'importance donnée à l'aspect relationnel de la guérison de difficultés vécues en contexte social (Price-Roberston et al., 2016), de même qu'avec l'importance donnée par la thérapie interpersonnelle aux processus interpersonnels sous-jacents aux troubles de l'humeur. Selon le Réseau canadien pour le traitement de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) (Parikh et al., 2016), la thérapie interpersonnelle apparaît d'ailleurs en deuxième position sur la liste des bonnes pratiques à adopter pour le traitement d'un épisode dépressif majeur, un traitement qui s'inscrit dans une perspective cohérente avec l'ACFSM. Sans offrir un traitement psychologique, les intervenantes de notre échantillon disent se mobiliser pour qu'une mère aux prises avec des symptômes de DPP ou d'APP reçoive du soutien dans son entourage.

¹⁷ Entraînement aux compétences cognitivo-comportementales, thérapie conjugale comportementale, thérapie centrée sur la solution et thérapie interpersonnelle.

Ensuite, les intervenantes ont dit faire appel à des interventions visant l'activation comportementale [AC] des mères atteintes de symptômes de DPP ou d'APP. Dans ce cadre, l'AC vise à répondre aux besoins de base de la personne, soit en ce qui a trait à l'alimentation, au sommeil et à l'activité physique. Selon le CANMAT (Parikh et al., 2016), l'AC serait la troisième option de traitement la plus probante pour le traitement d'un trouble de l'humeur, incluant lorsqu'il survient dans un contexte de périnatalité. Certaines études empiriques portant sur des interventions d'AC dispensées par l'entremise de la technologie (p. ex : *Digital Behavioral Activation Interventions*) afin de réduire les symptômes dépressifs lors du post-partum (Mancinelli et al., 2023 ; O'Mahen et al., 2014) suggèrent la pertinence de cette intervention dans le contexte des SIPPE. L'AC s'inscrit en cohérence avec le modèle théorique de Cohen et Schiller (2017) qui suggèrent un traitement de la dépression périnatale par des interventions basées sur trois composantes, dont l'activation comportementale¹⁸. En plus de l'AC individuelle, les auteurs suggèrent que l'AC vise aussi le couple. Cohen et Schiller (2017) avancent que, la période périnatale étant propice à l'éloignement perçu des partenaires, le fait de planifier intentionnellement des activités de couple pourrait améliorer la satisfaction de la relation. L'AC de couple constitue une intervention concordante avec les pratiques orientées vers la famille. Or, seule l'AC individuelle, orientée vers la mère, a été rapportée par nos participantes.

Puis, les résultats ont mis en évidence qu'en présence de symptômes dépressifs ou anxieux chez une mère biologique lors du post-partum, la fréquence du suivi auprès des familles augmenterait. À ce sujet, la méta-analyse Cuijpers et Karyotaki (2021) portant sur les interventions pour traiter la dépression périnatale (n = 43 essais contrôlés randomisés) a conclu

¹⁸ Les deux autres étant la psychoéducation et la formation à la communication.

que deux séances d'interventions par semaine plutôt qu'une seule augmentaient l'ampleur de l'effet des interventions de thérapie cognitivo-comportementale et de thérapie interpersonnelle. L'équipe de recherche souligne que ce résultat concorde avec ceux de l'essai randomisé de Bruijniks et ses collègues (2020) réalisé auprès de personnes adultes atteintes de dépression (n=200), soit un contexte plus large que celui de la dépression périnatale. Selon leurs résultats, la tenue de deux séances de thérapie cognitivo-comportementale ou de thérapie interpersonnelle par semaine semblait être un moyen d'améliorer les résultats du traitement offert pour la dépression. On peut penser que l'augmentation de la fréquence des services offerts par les SIPPE en présence de symptômes de DPP ou d'APP s'inscrit en phase avec les conclusions de ces études (Bruijniks et al., 2020 ; Cuijpers et Karyotaki, 2021).

Finalement, l'évaluation du risque suicidaire et du risque pour la sécurité de l'enfant, notamment par l'utilisation d'un outil standardisé (Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg), serait considérée comme prioritaire par les intervenantes. À notre connaissance, une seule étude portant sur les pratiques des SIPPE s'est spécifiquement penchée sur l'intervention en post-partum lorsqu'une mère présentait des symptômes dépressifs. En effet, Pierre (2015) a mentionné que certaines intervenantes des SIPPE disaient solliciter les pères pour surveiller les symptômes dépressifs chez leur partenaire lors du post-partum. L'autrice a également rapporté que les intervenantes sollicitaient les pères pour recevoir de l'information dans le but d'évaluer la santé et la sécurité de l'enfant. Ainsi, les résultats de notre étude convergent partiellement avec ceux de Pierre (2015) qui mentionne que les intervenantes rapportent l'importance de surveiller les symptômes liés aux difficultés de santé mentale lors du post-partum. Rappelons que le dépistage de l'APP n'a pas été évoqué par notre échantillon.

Dans le but de préciser l'apport des résultats de la présente étude, ceux concernant les caractéristiques facilitantes et faisant obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire seront discutés.

5.2 Les caractéristiques facilitantes et faisant obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire

Quatre sous-objectifs ont permis d'organiser les résultats obtenus quant aux caractéristiques facilitantes et faisant obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement de leurs partenaires. Dans un premier temps, une discussion sur le double standard organisationnel observé sera présentée, puis la proactivité des intervenantes quant à l'inclusion des pères dans les services sera abordé. Ensuite, les caractéristiques liées aux mères quant à l'engagement des pères dans leur rétablissement seront abordées, suivies de caractéristiques des pères eux-mêmes.

5.2.1 Double standard organisationnel

Sur le plan organisationnel des SIPPE, les résultats de l'étude ont mis en lumière un élément facilitant l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire lié au cadre d'intervention prévu par le programme. Il s'agit de la récurrence des rencontres entre les intervenantes et les familles à partir de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait l'âge de 5 ans. Les intervenantes ont qualifié ce suivi de longue durée, ce qui permettrait selon leurs propos de développer une relation de confiance avec les familles et d'inclure les pères. Cela rejoint les résultats des études de Strand et Rudolfsson (2018) et de Radley et ses collègues (2021), toutes deux réalisées dans un contexte d'intervention familiale précoce avec des parents atteints de troubles de santé mentale sévères (éléments psychotiques). Alors que Strand et Rudolfsson (2018) effleurent le contexte post-partum (un seul extrait verbatim), Radley et ses collaboratrices (2021) répertorient quatre études abordant la psychose lors du post-partum. Ces deux équipes d'autrices ont rapporté que l'adoption d'une ACFSM était facilitée par la longue durée des suivis

offerts. Il est possible de penser qu'indépendamment de la sévérité des difficultés de santé mentale et du contexte (post-partum ou non), la récurrence d'un suivi sur le long terme permette l'élaboration d'une alliance de travail, étape préalable à toute intervention.

Concernant les obstacles à l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire liés au cadre d'intervention déterminé par les SIPPE, les résultats indiquent l'absence d'espace dans les documents administratifs afin d'apprécier la présence des pères lors des rencontres, ainsi que dans certains logiciels utilisés pour colliger les statistiques des services. Cela concorde précisément avec les résultats d'études précédentes (Dubeau et al., 2013 ; Gervais et al., 2016 ; Pierre, 2016). En 2013, Dubeau et ses collègues soulignaient qu'il était alors impossible d'indiquer le nom d'un père sur la fiche prévue par le programme SIPPE et du coup de répertorier les actions posées auprès d'eux. L'équipe de recherche suggérait d'ajouter des indicateurs aux documents des SIPPE afin de « colliger des statistiques sur les réalités paternelles et leur utilisation des services et des programmes » (Dubeau et al., 2013, p.44). En 2016, Gervais et ses collègues ont identifié que le formulaire utilisé par les SIPPE pour procéder à l'identification des besoins présentait des informations sur les pères sous la rubrique « réseau de soutien de la mère ». L'équipe de recherche mettait en lumière qu'une place périphérique plutôt qu'active paraissait ainsi donnée à ces pères au sein de leur propre famille, à la manière d'un ami ou d'un membre de la famille élargie par exemple. De son côté, Pierre (2016) concluait à la rareté des descriptions d'interventions auprès des pères dans les dossiers, ce qui affectait la possibilité de comptabiliser le tout. Au sujet des pères dans les services périnataux québécois, incluant le programme des SIPPE, Gervais (2014) avançait que l'absence de dossier à leur nom empêchait que ne soient comptabilisées les interventions auprès d'eux. Selon l'auteurice, cela les rendrait « invisibles dans les données de rentabilité de l'établissement. » (p.175). Ainsi, le manque d'espace prévu pour les pères permettant de colliger des traces administratives de leur inclusion

dans les services est un enjeu documenté. Notre étude indique que ce serait toujours le cas quant aux pères des familles suivies par les SIPPE.

Aussi, nos résultats ont souligné que l'horaire de jour des services constituerait un autre obstacle notable pour rejoindre les pères qui ne bénéficieraient pas d'un congé parental. Toutefois, certaines intervenantes ont dit adapter leur horaire pour inclure les pères dans les services (p. ex. : rencontre en soirée). En 2011, les intervenantes et l'intervenant de l'étude de Deslauriers et Boivin ont identifié cet obstacle. De leur côté, les pères inclus dans l'étude ont déploré le manque de flexibilité d'horaire du personnel (Deslauriers et Boivin, 2011). Plus de dix ans plus tard, il est possible de penser qu'un souci d'inclusivité influence désormais la pratique de certaines professionnelles. Soulignons toutefois que, selon notre échantillon et la littérature consultée (Deslauriers et Boivin, 2011 ; Gervais, 2014 ; Pierre, 2016 ; St-Arneault, 2013), la forte majorité des personnes intervenant auprès des familles suivies par les SIPPE sont de genre féminin. Ainsi, l'adaptation du personnel, majoritairement féminin, à l'horaire des pères des familles admissibles aux SIPPE semble maintenir un double standard quant à la disponibilité des femmes, incluant les mères et les intervenantes, face aux besoins des enfants.

Finalement, les résultats indiquent que les intervenantes se trouvent parfois en conflit d'intérêts face aux pères en raison de leur rôle professionnel face à leur cliente. L'importance éthique accordée à la confidentialité des suivis psychosociaux individuels des mères a été rapportée, notamment quant au contenu lié à la relation de couple. Les résultats indiquent que, dans le cas d'une séparation conjugale, cela entraînerait la fin des services offerts au père par l'intervenante et la recherche de références pour l'orienter vers d'autres services. Ces derniers résultats concordent avec ceux de Deslauriers et Boivin (2011), qui ont identifié la difficulté de rejoindre les pères lors d'une séparation. Ici aussi, il est possible de voir la présence d'un double standard, désignant la mère comme première donneuse de soins, et donc première responsable de

son enfant et première usagère des services. Ce double standard semble toujours présent et paraît à la fois tenir les pères à l'écart et ajouter aux responsabilités des mères face à leurs nourrissons.

Quant au contenu des interventions, la présente étude révèle qu'il peut à la fois faciliter ou faire obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire. Lorsqu'il inclut les pères (p. ex. : atelier sur la coparentalité) ou qu'il les cible précisément (p. ex. : cours prénataux dédiés aux pères), cela favoriserait leur engagement dans le rétablissement de leur partenaire. Au contraire, lorsque le contenu serait orienté vers la mère (p. ex. : allaitement), cela aurait pour effet d'exclure les pères, comme le rapportaient les pères participant à l'étude de Deslauriers et Boivin (2011). Le contenu d'intervention orienté vers la mère semble répandu selon nos résultats, ce qui rejoint les études de Gervais (2014) et St-Arneault (2013). Ces autrices ont conclu que les établissements semblaient inciter le personnel des SIPPE à transmettre aux pères une préoccupation centrée sur la mère et ses besoins. Cela concorde également avec les résultats de Maybery et Reupert (2009) qui ont identifié, de façon plus globale, que la culture d'un milieu, notamment lorsqu'orientée vers la maladie et l'individu, faisait obstacle à l'adoption d'une approche centrée sur la famille. En périnatalité, cela semble également aller à l'encontre de l'égalité parentale.

Sur plan théorique, le nouveau cadre de référence des SIPPE démontre un souci d'impliquer les pères dans les interventions (Gouvernement du Québec, 2022a). On peut donc constater à partir des résultats de la présente étude un décalage entre les intentions du programme et son application sur le terrain. Les obstacles en lien avec les caractéristiques organisationnelles des SIPPE identifiés par notre étude mettent en lumière l'expression d'une hiérarchie quant aux rôles parentaux, plaçant la mère comme première responsable et le père comme parent facultatif au déroulement des services. On pourrait croire que les mères, se voyant attribuer socialement

davantage de responsabilités que leurs homologues masculins, feraient d'entrée de jeu face à des responsabilités inéquitables.

Or, il est possible d'envisager le Canada comme un pays plutôt égalitaire en ce qui a trait aux genres : Roskam et ses collègues (2022) ont évalué l'égalité des sexes (genres) au sein de 40 pays en se référant au Global Gender Gap Report 2018 (*World Economic Forum*, 2018). Une note a été attribuée selon quatre dimensions, soit la participation économique, le niveau d'éducation, la santé et la survie, ainsi que l'autonomisation politique. Selon ce calcul, le Canada se trouve en 6e position par rapport aux 40 pays retenus par l'équipe de recherche (Roskam et al., 2022). On pourrait penser qu'en contexte social égalitaire, hommes et femmes devraient connaître un certain degré d'égalité dans les sphères publique (p. ex. : au travail) et privée (p. ex. : rôle parental) (McDaniel, 2008). Toutefois, Roskam et ses collègues (2022) rapportent l'occurrence élevée de l'épuisement parental maternel malgré un contexte social égalitaire. Selon de Paula et ses collègues (2021), l'épuisement parental est un problème complexe et multifactoriel qui toucherait 0,2 % à 20 % des parents. Les responsabilités parentales (p. ex. : soins, éducation) demandent du temps et ainsi qu'une diminution des soins personnels chez le parent, ce qui peut induire du stress, le rendre chronique et provoquer un épuisement physique et émotionnel (Prikhidko et Swank, 2020). Considérant qu'un niveau de stress élevé chez une mère constitue un facteur de risque de la DPP et de l'APP (Hutchens et Kearny, 2020), il importe de se questionner sur l'application de pratiques égalitaires telles que revendiquées par les services sociaux québécois comme les SIPPE.

5.2.2 Intervenantes proactives face à l'inclusion des pères

Les résultats mettent en lumière plusieurs facilitateurs et deux obstacles en lien avec les intervenantes des SIPPE quant à l'adoption d'une ACFSM. En ce qui a trait aux facilitateurs liés aux croyances et aux attitudes des intervenantes, les thèmes suivants ont été identifiés : une

attitude positive face à la présence ou à l'implication des pères, un biais personnel favorable à l'inclusion des pères, une perspective humaniste, la présence d'attentes face aux deux parents, ainsi que la prescription de tâches et de références concrètes. Globalement, une perception positive de la part des intervenantes envers les pères émerge de notre étude. Cela concorde en partie avec les résultats de l'étude de St-Arneault (2013). Les résultats de cette dernière indiquent, d'une part, que la croyance que l'engagement paternel est important est bénéfique à l'inclusion des pères, car elle permettrait l'ouverture des intervenantes à changer leurs attitudes et leurs comportements envers eux (p. ex. : modifier l'horaire pour les rencontrer). D'autre part, l'étude de St-Arneault (2013) a mis de l'avant une croyance défavorable de la part des intervenantes participantes envers les compétences parentales des familles suivies par les SIPPE. Cela semble contraire à nos résultats : en effet trois participantes de notre étude ont mentionné valoriser les compétences parentales observées chez les parents utilisateurs des SIPPE comme stratégie pour favoriser l'engagement des pères. De plus, certaines participantes de notre échantillon ont mentionné entretenir des attentes face à l'engagement des pères. Ces résultats ne concordent pas non plus avec ceux de de Montigny et ses collègues (2020), qui rapportent des propos critiques ou négatifs de la part du personnel des SIPPE face aux pères. Dans le même ordre d'idées, nos résultats ne reflètent pas le malaise rapporté par des intervenantes et des intervenants des SIPPE par rapport aux pères lors de précédentes études (Deslauriers et Boivin, 2011 ; St-Arneault, 2013). Par contre, ils s'alignent avec les conclusions de l'étude de de Montigny et ses collègues (2017a) qui soulignent que, dans le domaine des services à l'enfance (éducation, services sociaux, santé, services communautaires et gestion), les perceptions positives du personnel à l'égard des pères sont associées à des attitudes plus favorables à leur inclusion dans les interventions familiales.

En ce qui concerne les compétences des intervenantes facilitant l'adoption d'une ACFSM, les participantes de l'étude ont identifié onze stratégies d'intervention leur permettant d'investir précisément leurs relations avec les pères (voir Facilitants - Compétences). Certaines de ces stratégies avaient été identifiées précédemment dans l'étude de Gervais (2014), dont la sollicitation des pères (p. ex. : participation au premier bain d'un nourrisson). Gervais (2014) avait indiqué que certaines stratégies utilisées par des intervenantes des services sociaux en périnatalité au Québec avaient créé le sentiment d'être accueilli et reconnu chez certains pères de son étude. De plus, comme dans l'étude de Gervais (2014), nos résultats suggèrent que les caractéristiques personnelles de l'intervenante telles que l'ouverture, la disponibilité et le savoir-être influençaient positivement l'expérience des pères et leur engagement dans les services.

Aussi, nos résultats suggèrent deux obstacles relevant de l'attitude des participantes. Elles ont rapporté parfois délaisser les pères lors des suivis et parfois choisir des modalités les excluant de la première rencontre (p. ex. : au téléphone avec une mère, en présentiel en l'absence d'un père). Ces thèmes paraissent concordants avec certains résultats de Gervais (2014) qui rapportait que certains pères disaient se sentir exclus en raison de l'absence de regard ou de parole de la part des intervenantes à leur endroit, ou encore en raison du temps restreint qui leur était alloué pour parler de leurs besoins lors des interventions. L'autrice explique que les pères semblent parfois évacués des considérations du personnel de la santé en périnatalité qui accorderaient parfois peu d'importance à leurs besoins (Gervais, 2014).

Sur le plan théorique, les croyances et les attitudes majoritairement positives envers les pères rapporté par les participantes de l'étude s'inscrivent en cohérence avec la stratégie d'intervention globale annoncée par le programme des SIPPE, soit de : « Renforcer le pouvoir d'agir grâce à un accompagnement centré sur les forces, les capacités et les ressources de la famille dans une perspective écologique » (Gouvernement du Québec, 2019). Ce postulat rejoint

d'ailleurs celui de l'ACFSM (Tchernegovski et al., 2018). Toutefois, seules quatre des onze stratégies présentées par la section intitulée « Implication du partenaire » publiée par les SIPPE ont été rapportées par nos participantes, c'est-à-dire inviter le père à participer aux rencontres, valoriser leurs compétences parentales, s'intéresser à leur expérience parentale et impliquer la mère partenaire pour offrir plus de place au père (Gouvernement du Québec, 2022a). Néanmoins, la diversité des stratégies nommées par notre échantillon témoigne de moyens innovants de la part des intervenantes pour encourager les pères à s'engager dans leur rôle parental tel que le recommandent notamment Pilkington et ses collègues (2015). Rappelons que le soutien du personnel de la santé est un facteur de protection de l'engagement d'un père dans son rôle parental (de Montigny et al., 2020) et ce dernier a démontré des bénéfices pour certaines mères partenaires (p.ex. : santé mentale, satisfaction conjugale (Fagan et Cabrera, 2012 ; Fagan et Lee, 2010 ; Laxman et al., 2015). Ainsi, on peut penser que la proactivité des intervenantes suggérée par notre étude contribue indirectement à l'engagement des pères dans le rétablissement de leurs partenaires atteintes de symptômes dépressifs ou anxieux.

5.2.3 Mères facilitatrices versus inhibitrices face à l'engagement des pères dans leur rétablissement

Certains facilitateurs et obstacles en lien avec des caractéristiques liées aux mères ont été identifiés dans la présente étude, c'est-à-dire l'inclusion du père dans les services à la demande de sa partenaire (facilitant), l'indisponibilité d'une mère (facilitant), l'impact des symptômes de DPP ou d'APP (obstacle) et le contrôle exercé par une mère face à son partenaire (obstacle). Par exemple, concernant l'indisponibilité d'une mère, certaines intervenantes ont rapporté que cela créait l'espace nécessaire à l'implication d'un père dans les soins à donner à l'enfant ce qui paraît rejoindre en partie les résultats de l'étude de Gervais et ses collègues (2016) qui rapportaient un paradoxe entre l'invitation lancée aux pères pour s'impliquer dans la période périnatale et

l'espace restreint qui leur serait dédié (p. ex. : au plan organisationnel). Selon l'équipe de recherche, cela limiterait l'expression de leurs besoins (Gervais et al., 2016). Gervais et ses collègues concluent que les pères ont besoin d'espace dans leurs interactions avec les intervenantes et intervenants des services de santé afin de parler de leurs expériences et de leurs besoins. Cela concorde avec les propos recueillis par notre étude : lorsqu'une mère serait indisponible, certains pères poseraient des questions à l'intervenante et assureraient la responsabilité des soins à donner à l'enfant. Cette dynamique suggère que l'espace offert au père par sa partenaire affecterait son engagement dans le rétablissement de celle-ci, par l'entremise de sa capacité à s'impliquer dans les suivis offerts et les responsabilités parentales.

D'autre part, nos résultats indiquent que les symptômes anxiodépressifs d'une mère pourraient faire obstacle à l'engagement du partenaire dans le rétablissement de sa conjointe, en raison de l'impact sur sa propre santé mentale. Décrits par nos participantes comme préoccupés, irritables, démunis ou épuisés, les partenaires seraient affectés par l'état de leur conjointe, parfois au point de voir leur propre santé mentale décliner, ce qui rejoint la littérature scientifique sur la perspective de pères dont la partenaire souffre de DPP. En effet, celle-ci indique que les symptômes anxiodépressifs vécus par une mère lors du post-partum peuvent entraîner un haut niveau d'inquiétudes chez le partenaire et affecter sa santé (Engqvist et Nilsson, 2011 ; Siverns, 2012). Par exemple, selon Ierardi et ses collègues (2019), certains pères montreraient eux-mêmes des symptômes dépressifs dans le contexte d'une DPP chez leur conjointe. Ces résultats rejoignent l'étude de Mayers et ses collègues (2020) sur l'impact d'une mauvaise santé mentale maternelle chez son partenaire lors du post-partum (p. ex. : déprime, anxiété et stress chez les partenaires).

Finalement, les résultats de la présente étude ont permis d'identifier un deuxième obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire en lien avec les caractéristiques

des mères, soit lorsque celles-ci exercent un contrôle envers leur partenaire concernant l'accès à l'enfant. Sur le plan théorique, tant l'encouragement d'une mère envers son partenaire à prendre une part active dans la vie de leur enfant, à titre d'exemple par sa demande de l'inclure dans le suivi offert par les SIPPE, qu'une attitude de vigile visant à réguler la place occupée par le père dans la famille sont des caractéristiques qui relèvent du microsysteme de Bronfenbrenner (2001) (de Montigny et al., 2017b). Composé de l'ensemble des contextes au sein desquels un parent, ici compris comme un père, joue un rôle direct (p. ex. : famille proche et élargie, services utilisés par ses enfants, etc.), le microsysteme de Bronfenbrenner (2001) s'inscrit dans un modèle composé de six sphères systémiques¹⁹ qui tient compte de la bidirectionnalité des relations (de Montigny et al., 2017b). En ce sens, la demande d'une mère d'inclure son partenaire dans les services pourrait s'inscrire dans une visée de « parentalisation réciproque », un concept décrit par Schiaretti et ses collègues (2017) comme la coordination de deux parents au sein d'une triade familiale. Cela rejoint la recommandation de Pilkington et ses collègues (2016) quant au développement de stratégies de soutien réciproque de la part des partenaires pour prévenir les symptômes anxiodépressifs en périnatalité. Il est toutefois possible de se questionner sur la disponibilité d'une mère atteinte de symptômes anxiodépressifs pour soutenir son partenaire, de même que sur la disponibilité d'un père, possiblement affecté par les symptômes de sa partenaire et ses propres besoins possiblement non répondus lors du post-partum, pour soutenir sa conjointe. En effet, selon Noonan et ses collègues (2021), la comorbidité d'enjeux de santé mentale chez un couple en périnatalité peut avoir un impact sur la réussite d'une intervention les impliquant tous deux. Finalement, les SIPPE associent le contrôle excessif ou la surprotection d'un parent à l'endroit de son enfant à une manifestation anxieuse chez cet adulte (Gouvernement du Québec, 2022c).

¹⁹ L'ontosystème, le microsysteme, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème.

Il est ainsi envisageable que les deux obstacles identifiés dans la présente étude par rapport aux caractéristiques des mères, c'est-à-dire l'impact des symptômes anxiodépressifs de celle-ci ainsi qu'un comportement de contrôle envers son partenaire concernant l'accès à l'enfant, soient liés. Pour Parke et Cookston (2019), le concept de mère comme gardienne d'accès (*mother as gatekeeper*) est décrit comme un ensemble de croyances et de comportements inhibant l'effort de collaboration au sein du couple parental, qui limiterait les possibilités d'apprentissage et d'épanouissement des pères. Les auteurs avancent que ce concept doit être élargi pour reconnaître que tous les parents, indépendamment de leur sexe assigné à la naissance, peuvent faciliter autant qu'inhiber l'implication de leur partenaire. En somme, on peut comprendre que, pour qu'un père s'engage dans le rétablissement de sa partenaire, il doit arriver à prendre sa place au sein de sa triade familiale. Nos résultats en lien avec les caractéristiques de la mère favorisant ou faisant obstacle à l'engagement de son partenaire dans son rétablissement pointent vers l'influence de la dynamique relationnelle sur la possibilité pour un père de s'engager.

5.2.4 Pères soutenant versus nuisibles au rétablissement des mères

La présente étude a permis d'identifier plusieurs caractéristiques en lien avec les pères pouvant faciliter ou faire obstacle à leur engagement dans le rétablissement de leur partenaire. D'abord, l'absence fréquente des pères au sein des familles vivant en contexte de vulnérabilité socio-économique a été soulignée par une majorité de nos participantes. Cet obstacle fondamental a été attribué soit à des impératifs liés au travail ou encore à la composition de la famille (monoparentale). L'absence des pères dans certaines familles recevant des services de la part des SIPPE est répertoriée par la littérature (St-Arneault, 2013 ; Turcotte et al., 2017).

De plus, les résultats indiquent que plusieurs participantes de notre étude croient que le parcours développemental des pères de familles suivies par les SIPPE serait un obstacle à leur engagement dans le rétablissement de leur partenaire, notamment par le phénomène de la

transmission intergénérationnelle d'adversité (p. ex. : relations d'attachement, stratégies de gestion du stress et des émotions). Ces résultats rejoignent ceux de Deslauriers et Boivin (2011) où les intervenantes et l'intervenant rapportaient croire que certaines expériences familiales vécues par les pères utilisateurs des SIPPE ne les préparaient pas bien à assumer leurs responsabilités parentales. L'étude de Pierre (2015) rapportait également cette croyance de la part des intervenantes (infirmières). L'autrice dénonçait les préjugés énoncés par certaines intervenantes à l'endroit de jeunes pères : en effet, certaines participantes de l'étude se sont dites surprises lorsqu'un père démontrait des compétences parentales (p. ex. : changer une couche). Selon Lacharité et Gagnier (2015), l'exposition des hommes à des situations de vulnérabilité sociale en grandissant affecterait le développement de leur fonction réflexive et de leur capacité à mentaliser lorsqu'ils exerceraient leur rôle parental. Cela concorde avec les résultats de notre étude, basés sur la perception d'intervenantes. Toutefois, Roy et Smith (2013) soulèvent que, dans les ménages économiquement défavorisés, les garçons seraient plus susceptibles d'être recrutés pour les tâches ménagères et les soins à leurs frères et à leurs sœurs, en raison de ressources parentales limitées dans ces familles. Ainsi, les garçons issus de milieux défavorisés pourraient faire des apprentissages relatifs à la parentalité et développer un sentiment de confiance en soi, d'empathie, voire de leadership (Roy et Smith, 2013). Cela n'a pas été rapporté par nos participantes. Un autre résultat en lien avec le parcours développemental des pères a été identifié par notre étude, soit l'impact négatif de l'accumulation d'expériences marquantes avec les services sociaux (p. ex. : DPJ) sur l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire. Ce résultat trouve écho dans la littérature sur les SIPPE (Deslauriers et Boivin, 2011 ; St-Arneault, 2013). Malgré qu'un parcours d'expériences de vie difficile semble perçu par notre échantillon comme un facteur défavorable à l'engagement des pères dans les services, et ainsi dans le rétablissement de leur partenaire, on peut penser qu'il soit bien présent au sein de familles

sélectionnées selon un cumul de facteurs de risque²⁰. On pourrait y voir un lien avec les défis répertoriés par les initiatives visant à rejoindre les pères de familles vivant en contexte de vulnérabilité (Dubeau et al., 2013 ; Lacharité et Gagnier, 2015 ; Turcotte et Dubeau, 2014) ou de précarité sociale et économique (Turcotte et al., 2011). Peu importe le parcours développemental des pères des SIPPE, le suivi offert semble être une opportunité de les accompagner dans la construction d'une identité parentale, ainsi que dans le développement d'une coparentalité avec leur partenaire.

De plus, les résultats ont permis de préciser les éléments facilitant l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire, en fonction de la qualité de leur présence. Dans un premier temps, l'engagement d'un père dans le rétablissement de sa partenaire semble facilité d'abord par sa proximité avec sa partenaire (p. ex. : cohabitation), puis par sa disponibilité, ainsi qu'encore davantage par son implication aidante auprès de sa partenaire, de son nourrisson ou de l'intervenante des SIPPE (p. ex. : proactivité, capacité empathique, capacité d'affirmation, partage des soins donnés au bébé). Les propos théoriques de Schiaretti et ses collègues (2017) permettent toutefois de nuancer l'intensité de l'implication favorable d'un père identifiée par notre étude. Les autrices estiment que dans un contexte post-partum lorsqu'une mère souffre de difficultés de santé mentale, l'implication d'un père gagnerait à être bien dosée : « Trop présent, le père risque de renvoyer à sa femme un sentiment d'incapacité maternelle déjà si important. » (Schiaretti et al., 2017, p.140). Les résultats de la présente étude n'ont pas fait mention d'une telle implication.

À l'inverse, l'engagement d'un père dans le rétablissement de sa partenaire paraît entravé lorsqu'il semble indisponible ou qu'il s'implique de manière à nuire à sa partenaire, à son

²⁰ Un faible revenu, une sous-scolarisation et un isolement social (Gouvernement du Québec, 2021).

nourrisson ou à l'intervenante des SIPPE. D'abord, l'étude a identifié différents thèmes en lien avec l'indisponibilité, c'est-à-dire l'adoption d'un rôle genré de pourvoyeur, un désintérêt face à un contenu d'intervention genré, une méconnaissance face aux enjeux du post-partum, une déresponsabilisation, une attitude fuyante, un refus de services et finalement des réticences face à l'autorité. Ensuite, les intervenantes participantes ont rapporté que dans certains cas, le père s'implique auprès de sa partenaire, de son nourrisson ou de l'intervenante des SIPPE de manière nuisible (p. ex., violence conjugale, attitude agressive envers les intervenantes), ce qui pourrait ensuite avoir un impact négatif important sur le rétablissement d'une mère atteinte de symptômes anxiodépressifs. Ces résultats concordent avec ceux de Deslauriers et Boivin (2011), qui précisent que les comportements problématiques des pères tels que la gestion des relations interpersonnelles difficiles et la violence conjugale, de même qu'une attitude agressive complexifient le travail du personnel à leur endroit. On peut penser ce cas de figure nuisible au rétablissement d'une mère.

Afin d'aborder l'implication clinique des résultats discutés, la prochaine section propose quelques recommandations, d'abord à l'attention des intervenant-es des SIPPE, puis à l'attention du contexte organisationnel du programme.

5.3 Implications cliniques

5.3.1 Pour les intervenant-es des SIPPE

Recommandation # 1 : Encourager une pratique réflexive chez les intervenantes.

Premièrement, plusieurs participantes de l'échantillon ont rapporté avoir une attitude positive face à la présence ou à l'implication des pères. Considérant que l'attitude du personnel de la santé peut avoir un impact sur l'inclusion des pères dans les services (de Montigny et al., 2017a ; Leonard et al., 2020), il s'agit d'un facteur facilitant l'engagement des pères dans le

rétablissement de leur partenaire aux prises avec des symptômes anxiodépressifs lors du post-partum. Il semble intéressant de faire un parallèle avec les travaux de psychologie sociale de Rosenthal et Jacobson (1968) sur l'influence des attentes d'un corps professoral à l'égard d'élèves du primaire et sur l'impact de ces attentes sur la performance des jeunes qui ont révélé un effet nommé Pygmalion. Il s'agit d'une théorie sur les prophéties positives autoréalisatrices, induites par les attentes élevées de dirigeants à l'égard de leurs subordonnés (Veestraeten et al., 2021). Selon Rosenthal et Jacobson (1968), la perception du potentiel d'une ou d'un élève par la personne qui lui enseigne aurait davantage d'impact sur sa performance que son talent ou son intelligence (Rosenthal et Jacobson, 1968). Il semble donc pertinent pour le personnel des SIPPE d'adopter une attitude confiante envers le potentiel des parents des SIPPE, soit une posture concordante avec l'autonomisation sous-jacente à l'approche centrée sur la famille. En ce sens, le personnel de la santé pourrait bénéficier d'initiatives visant à instaurer des changements quant à leurs croyances, à leur conception de leur rôle et à leurs interventions face aux pères (p. ex. : *Initiative Ami des pères au sein des familles*, de Montigny et al., 2020). Ainsi, la pratique réflexive permettrait l'amélioration des services offerts aux pères évoluant en situation de vulnérabilité en modifiant une caractéristique propre aux personnes intervenantes.

Recommandation # 2 : Soutenir l'apprentissage de la paternité par des interventions de modelage. Certaines participantes de l'étude ont rapporté croire que le parcours développemental des pères évoluant en contexte de vulnérabilité socio-économique ne les avait pas bien préparés à assumer un rôle parental, soit une idée rapportée par la littérature (Deslauriers et Boivin, 2011 ; Lacharité et Gagnier, 2015 ; Pierre, 2015). Les participantes ont aussi indiqué offrir des interventions d'accompagnement des parents dans leur rôle par des interventions de modelage, soit des occasions d'apprendre en observant les intervenantes offrir des soins au bébé par exemple. On peut penser que par cet accompagnement, les intervenant-es des SIPPE

influencent la construction d'une identité parentale chez les pères. Cela paraît une occasion d'influencer la transmission intergénérationnelle des modèles de paternité au sein de familles vivant en contexte de vulnérabilité socio-économique.

Recommandation # 3 : Dépister la DPP et l'APP chez les mères et chez les pères.

Troisièmement, dans une optique de dépistage, il semble pertinent d'adopter des pratiques d'évaluation des symptômes de DPP et d'APP auprès des mères, mais aussi des pères des familles suivies par les SIPPE, car les répercussions au long cours des premières interactions entre un enfant et un parent vivant une dysrégulation émotionnelle fréquente ne devraient pas être sous-estimés (p.ex. : possible insécurité de l'attachement (Grienenberger et al., 2005 ; Stevenson-Hinde et al., 2011), capacités de régulation biologique et comportementale affectées (Gressier et Sutter-Dallay, 2017)).

Plusieurs participantes de l'étude ont rapporté évaluer les symptômes dépressifs chez les mères lors du post-partum, et plus particulièrement le risque suicidaire, notamment par l'utilisation de l'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg, soit un outil de dépistage standardisé. Alors que certains auteurs et autrices recommandent l'utilisation d'échelles cliniques en contexte périnatal (Austin et al., 2017 ; Lam et al, 2016), le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs déconseille cette pratique auprès de la population enceinte ou en contexte postnatal en raison de données de très faible certitude quant aux bienfaits du dépistage par rapport aux soins cliniques habituels (Lang et al., 2022). Toutefois, l'équipe de recherche indique qu'il est nécessaire de mener de nouvelles études pour mieux distinguer l'expérience de la grossesse et de la période postnatale au regard de différentes caractéristiques dont le statut socio-économique. Considérant la prévalence de la DPP chez les mères au Québec (16,82 %) (Lanes et al., 2011) et le cumul de facteurs de risques vécu par les mères de famille vivant en

contexte de vulnérabilité psychosociale, l'évaluation des risques liés aux symptômes dépressifs d'une mère lors du post-partum paraît pertinente au sein des SIPPE.

Par contre, aucune participante n'a dit évaluer la présence de symptômes anxieux chez les mères par un outil standardisé, et ce, malgré la prévalence de l'APP chez les mères qui varie entre 10 % et 24,4 % (Dennis et al., 2017 ; Fawcett et al., 2019 ; Nielsen-Scott et al., 2022). Or, les conséquences de symptômes anxieux pendant le post-partum représentent un risque important pour un nourrisson. Par exemple, certaines pensées intrusives anxieuses peuvent avoir un contenu potentiellement homicide (p. ex. : bébé secoué) (American Psychiatric Association, 2015). Selon Somerville et ses collègues (2014), le *Perinatal Anxiety Screening Scale* serait un outil de mesure de l'anxiété périnatale plus performant que deux autres échelles visant à identifier l'anxiété problématique (EPDS-A, STAI). Selon Zappas et ses collaboratrices (2021), le dépistage de l'anxiété périnatale auprès des mères devrait avoir lieu au moins deux fois pendant la grossesse et à nouveau pendant la période postnatale. Il s'agit d'une avenue intéressante qui permettrait de mieux évaluer les risques pour les mères et les nourrissons des familles suivies par les SIPPE, ainsi que pour mieux orienter les références offertes aux mères atteintes d'APP.

Finalement, aucune pratique d'évaluation n'a été rapportée par notre échantillon en ce qui concerne le dépistage de symptômes dépressifs ou anxieux chez les pères lors du post-partum. La littérature sur la dépression paternelle en périnatalité indique une prévalence de 8,4 % (Cameron, et al., 2016) et des conséquences telles que l'apparition de troubles du développement neurologique chez la progéniture des pères atteints (Ashraf et al., 2023) ou encore de problèmes émotionnels et comportementaux chez l'enfant de 4-5 ans (Fletcher et al., 2011). Évaluer les symptômes dépressifs et anxieux chez les pères lors du post-partum permettrait de s'inscrire en phase avec l'intention annoncée par les SIPPE quant à l'implication du partenaire dans les

services (Gouvernement du Québec, 2022a) et de mieux orienter les pères vers des ressources en cas de besoin.

5.3.2 Pour le contexte organisationnel des SIPPE

Recommandation # 4 : Implanter un outil pour évaluer les besoins des pères.

Quatrièmement, aucune pratique d'évaluation des besoins des pères n'a été rapportée par les participantes de l'étude. Implanter un outil pour évaluer les besoins des pères dans le contexte des SIPPE pourrait permettre de modifier cette pratique, actuellement non inclusive à leur égard. Soulignons qu'après la finalisation de notre collecte de données en octobre 2022, un formulaire prévoyant un encadré pour répertorier les informations nominatives des pères ainsi que leurs présences aux rencontres a été publié par les SIPPE (voir Annexe E). Il serait intéressant d'évaluer l'implantation de ce nouvel outil de collecte d'informations afin de mettre en lumière son apport à la pratique, et possiblement ses limites. En effet, seule l'évaluation des besoins des mères apparaît sur ce formulaire. On peut penser que les pratiques d'évaluation mises en lumière par cette étude semblent maintenir une relation de soutien unidirectionnel orientée vers la mère, ou encore vers la dyade mère-nourrisson, et constituent une lacune importante dans une optique d'ACFSM. Rappelons qu'à plus long terme, l'absence d'évaluation des besoins d'un proche aidant, partenaire ou autre pourrait contribuer à son indisponibilité à offrir son soutien, voire à son épuisement. L'évaluation des besoins des pères pourrait être adoptée dans le but de construire un réseau de soutien durable pour une mère atteinte de symptômes dépressifs ou anxieux pendant le post-partum, mais également pour soutenir le père dans son rôle parental afin de limiter les impacts sur l'enfant.

Recommandation # 5 : Désigner la famille comme cliente des services offerts.

Finalement, on se rallie à Shah-Anwar et ses collègues (2019) quant à la nécessité de voir des changements organisationnels opérer en matière de politiques et de gestion pour implanter des

pratiques inclusives des pères en présence de difficultés de santé mentale chez une mère lors du post-partum. Suivant la littérature sur les enjeux d'un financement orienté vers le traitement d'un individu plutôt que sa famille (Pfeiffenberger et al. 2016 ; Tuck et al., 2023), on croit que désigner « la famille » comme cliente des SIPPE soutiendrait l'inclusion des pères dans les services. Il va sans dire que l'adoption de politiques sociales québécoises en faveur d'une conciliation travail-famille tenant davantage compte de l'égalité parentale permettrait de supporter une approche de services centrés sur la famille dans le contexte des SIPPE, notamment lors du post-partum.

CHAPITRE VI

Conclusion

6.1 Forces et limites

6.1.1 Forces

Cet essai doctoral adopte une posture inclusive par rapport au genre. L’affiche de recrutement a été conçue selon un vocabulaire inclusif. Seules des femmes ont répondu à l’affichage dans le but de participer à l’étude. Cela reflète le genre féminin majoritaire des équipes d’intervention actuelles. L’entretien a aussi été conçu selon un vocabulaire inclusif. Des questions permettant de confirmer le genre des partenaires des mères rencontrées par les participantes étaient prévues, ainsi que la possibilité d’examiner les similitudes et les différences des interventions selon le genre. Considérant qu’une seule participante a répondu être intervenue auprès d’une partenaire féminine à une occasion, le genre masculin s’est affirmé comme majoritaire en ce qui a trait aux partenaires. Finalement, l’adoption d’une écriture épiciène lors de la rédaction de cet essai dénote un souci d’inclusivité, mais aussi de représentativité des genres, intrinsèquement liés aux résultats de l’étude.

Un incitatif de recrutement adapté aux activités professionnelles des participantes, soit une participation gratuite à un webinaire portant sur les particularités et les bénéfices de l’inclusion des pères dans les services en périnatalité, a été élaboré à partir de la recension des écrits de l’essai. Ce contenu permettra d’informer la pratique des participantes dans le cadre de leur emploi au sein des SIPPE.

La méthode choisie pour réaliser les entretiens, soit la visioconférence, a permis de mener le projet à terme dans les délais envisagés malgré les restrictions liées à la pandémie de Covid-19 (distanciation sociale, isolement en attente de résultats de tests de dépistage, fermeture de lieux

de travail, etc.). La distance n'étant pas une contrainte, des participantes issues de sept régions du Québec ont pu partager leurs expériences, offrant ainsi une variété de réalités d'intervention.

L'étape de validation des résultats auprès des participantes (annexe D) représente une force de l'étude. Cet échange permettait aux personnes rencontrées de nuancer leurs propos à la lumière des résultats préliminaires obtenus. Les résultats présentés par cette étude tiennent compte de la rétroaction de participantes ayant répondu au sondage de validation.

Cette étude a permis de dresser un portrait des pratiques québécoises d'approche centrée sur la famille en santé mentale dans le contexte des SIPPE, et ce, pour la première fois. Les résultats obtenus permettent plus précisément de faire certains constats quant à l'inclusion des partenaires de mères atteintes de symptômes dépressifs ou anxieux lors du post-partum dans les services offerts. Il s'agit d'une étude novatrice, permettant d'informer la pratique.

La pertinence sociale des résultats pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité socio-économique constitue une force de cette étude. Toutefois, on peut penser que celle-ci dépende de la transmission des connaissances produites aux intervenant-es œuvrant auprès de ces familles lors du post-partum. De plus, les décisions administratives et politiques concernant l'organisation des services à offrir à une population vulnérable par cumul de facteurs de risque pourraient bénéficier des résultats de la présente étude.

6.1.2 Limites

Cette étude a été réalisée par une femme cisgenre, s'intéressant aux perceptions de personnes s'identifiant comme des femmes au sujet des personnes perçues comme des hommes. Selon Lefkowich (2019), la recherche qualitative est influencée par des dynamiques de pouvoir et de genre souvent invisibles. L'autrice explique que la manière dont les décisions méthodologiques sont prises, les résultats découverts et les synthèses proposées à partir de

données qualitatives peuvent contribuer à renforcer des normes sociales problématiques. Elle propose d'investir une pratique réflexive afin de contrer cette possibilité (Lefkowich, 2019). En ce sens, une attention a été accordée aux stéréotypes de genre contenus dans les propos des participantes, mais aussi dans la littérature consultée. Malgré cet effort, cet essai pourrait contribuer en partie à renforcer une vision stéréotypée quant aux rôles de genre associés aux services en périnatalité.

La subjectivité de la chercheuse a été sollicitée dans le cadre de cette étude menée selon un devis qualitatif. Afin d'encadrer son impact sur la collecte et l'analyse des données, un entretien de simulation (Tufford et Newman, 2012) préalable à la collecte de données a permis de mettre en lumière les présupposés de l'autrice (voir Chapitre IV — Résultats). Puis, un bon accord interjuge (Kappa : 0,80) a été obtenu pour 5 % du corpus analysé. Aussi, les réponses des participantes à un sondage de validation des résultats ont été considérées lors des étapes subséquentes de l'étude.

Les mesures pour assurer la confidentialité des données recueillies et le contexte de réalisation indépendante de l'étude ont été annoncées dans le formulaire de consentement et rappelées en début d'entretien.

Les résultats obtenus proviennent d'un échantillon de participantes volontaires. Il est important de souligner que le taux de réponse à l'affichage n'a pas permis de sélectionner au hasard les personnes rencontrées en entretien.

Finalement, dans le but de diminuer la désirabilité sociale et de faire émerger un contenu implicite, deux incidents critiques (Flanagan, 1954), soit un jugé comme positif et un comme négatif ont été abordés avec les participantes. Cela a permis de limiter l'émergence de descriptions de situations abstraites ou de lieux communs (St-Arneault, 2013). Toutefois, il est possible que les

propos des intervenantes rencontrées aient été empreints de désirabilité sociale, malgré cette stratégie.

6.2 Pistes futures de recherche

D'abord, afin de poursuivre le développement des connaissances concernant l'inclusion des partenaires dans les services offerts en périnatalité au Québec, il semble important que de futures études incluent les perspectives des pères eux-mêmes.

Il serait également pertinent de mener une recherche quantitative ou encore suivant un devis mixte sur la perception d'intervenantes des SIPPE quant aux partenaires de mères souffrant de symptômes dépressifs ou anxieux lors du post-partum, car on peut penser que la subjectivité de l'équipe de recherche serait ainsi moins sollicitée. Par exemple, l'utilisation du *Family Focused Mental Health Practice Questionnaire* adapté au contexte postnatal de Leonard et ses collègues (2020) pourrait être envisagée, ce qui permettrait d'arrimer les résultats à une littérature récente (Piché et al., 2023) et de dresser un portrait québécois représentatif.

Finalement, l'évaluation de l'efficacité des interventions d'ACFSM proposées dans le cadre des SIPPE, le cas échéant, permettrait de bonifier les connaissances issues de modèles théoriques affirmant la pertinence de cette approche lors du post-partum (Gentile et Fusco, 2017 ; Tissot et al., 2019). En effet, la littérature indique que les preuves des bénéfices de l'ACFSM en contexte de visites à domicile auprès de mères atteintes de troubles mentaux seraient actuellement insuffisantes (Leonard et al., 2020).

6.3 Conclusion générale

Cet essai doctoral a permis de dresser un premier portrait des pratiques québécoises d'approche centrée sur la famille en santé mentale dans le contexte des SIPPE, et plus particulièrement quant à l'inclusion des partenaires de mères atteintes de symptômes dépressifs ou anxieux lors du post-partum. Certaines lacunes ont été identifiées, notamment sur le plan

organisationnel et concernant l'évaluation des besoins des pères. La pratique clinique pourrait tenir compte de ces résultats dans le but d'améliorer les services offerts aux populations vulnérables au Québec. En plus de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques sur un sujet peu investigué, les résultats de cette étude exploratoire indiquent que les pratiques des SIPPE s'inscrivent en phase avec des initiatives internationales misant sur l'ACFSM pour soutenir les familles vulnérables lors du post-partum. Il serait pertinent de mener d'autres études afin de préciser les pratiques québécoises et de les comparer à celles adoptées ailleurs dans le monde afin de contribuer aux données probantes disponibles sur l'ACFSM.

Références

- Abelsohn, K. A., Epstein, R. et Ross, L. E. (2013). Celebrating the “other” parent: Mental health and wellness of expecting lesbian, bisexual, and queer non-birth parents. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 17(4), 387-405. <https://doi.org/10.1080/19359705.2013.771808>
- Alang, S. M. et Fomotar, M. (2015). Postpartum depression in an online community of lesbian mothers: Implications for clinical practice. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 19(1), 21-39. <https://doi.org/10.1080/19359705.2014.910853>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5^e éd.). Elsevier Masson.
- Ashraf, S., Shah, K., Vadukapuram, R., Shah, B., Jaiswal, S., Mansuri, Z. et Jain, S. (2023). Impact of paternal depression on child neurodevelopmental outcomes and disorders. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 25(1), 45432. <https://doi.org/10.4088/PCC.22r03303>
- Austin, M-P., Hight, N. et the Expert Working Group. (2017). *Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline*. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence. <https://cope.org.au/wp-content/uploads/2017/10/Final-COPE-Perinatal-Mental-Health-Guideline.pdf>
- Baldwin, S. (2015). Fathers and fatherhood: Changing trends and cultural factors. *Journal of Health Visiting*, 3(1), 24–29. <https://www.magonlinelibrary.com/doi/epub/10.12968/johv.2015.3.1.24>
- Baldy, C., Piffault, E., Chopin, M. C. et Wendland, J. (2023). Postpartum blues in fathers: Prevalence, associated factors, and impact on father-to-infant bond. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(10), 5899. <https://doi.org/10.3390/ijerph20105899>

- Bateson, K., Darwin, Z., Galdas, P. et Rosan, C. (2017). Engaging fathers: Acknowledging the barriers. *Journal of Health Visiting*, 5(3), 126–132.
<https://doi.org/10.12968/johv.2017.5.3.126>
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update, *Nursing Research*. 50(5). 275-285. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>
- Bilszta, J. L. C., Tang, M., Meyer, D., Milgrom, J., Ericksen, J. et Buist, A. E. (2008). Single motherhood versus poor partner relationship: Outcomes for antenatal mental health. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(1), 56-65.
<https://doi.org/10.1080/00048670701732731>
- Bloch, J. R., Webb, D. A., Mathews, L., Dennis, E. F., Bennett, I. M., et Culhane, J. F. (2010). Beyond marital status: The quality of the mother-father relationship and its influence on reproductive health behaviors and outcomes among unmarried low-income pregnant women. *Maternal and Child Health Journal*, 14(5), 726-734.
<https://doi.org/10.1007/s10995-009-0509-7>
- Brandth, B. et Kvande, E. (2019). Workplace support of fathers' parental leave use in Norway. *Community, Work & Family*, 22(1), 43-57. <https://www-tandfonline-com.proxybiblio.uqo.ca/doi/full/10.1080/13668803.2018.1472067>
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., Clarke, V. et Weate, P. (2016). Using thematic analysis in sport and exercise research. Dans B. Smith et A. C. Sparkes (dir.), *Routledge handbook of qualitative research in sport and exercise* (p.191-205). Routledge.
- Brujniks, S. J. E., Lemmens, L. H. J. M., Hollon, S. D., Peeters, F. P. M. L., Cuijpers, P., Arntz, A., Dingemans, P., Willems, L., van Oppen, P., Twisk, J. W. R., van den Boogaard, M.,

- Spijker, J., Bosmans, J. et Huibers, M. J. H. (2020). The effects of once-versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 216(4), 222-230.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2019.265>
- Button, S., Thornton, A., Lee, S., Shakespeare, J. et Ayers, S. (2017). Seeking help for perinatal psychological distress: A meta-synthesis of women's experiences. *British Journal of General Practice*, 67(663), e692-e699. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X692549>
- Cameron, E. E., Sedov, I. D. et Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 189-203. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.044>
- Carrière, M., Clément, M., Tétreault, S., Pépin, G., Fortier, M. et Paquet, S. (2010). Réflexion sur les services aux familles dont la mère souffre d'un trouble de santé mentale (TSM). *Santé mentale au Québec*, 35(2), 185-208. <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2010-v35-n2-smq1497271/1000559ar.pdf>
- Cohen, M. J. et Schiller, C. E. (2017). A theoretical framework for treating perinatal depression using couple-based interventions. *Psychotherapy*, 54(4), 406-415.
<https://doi.org/10.1037/pst0000151>
- Cuijpers, P. et Karyotaki, E. (2021). The effects of psychological treatment of perinatal depression: An overview. *Archives of Women's Mental Health*, 24(5), 801-806.
<https://doi.org/10.1007/s00737-021-01159-8>
- Danion-Grilliat, A. (2017). Le père, au risque de l'éthique. Dans : Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal éd., *Accueillir les pères en périnatalité: Cahier Marcé n° 7* (pp. 53-61). Toulouse: Érès.

- Darwin, Z., Domoney, J., Iles, J., Bristow, F., Siew, J. et Sethna, V. (2020). Assessing the mental health of fathers, other co-parents, and partners in the perinatal period: Mixed methods evidence synthesis. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 585479.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.585479>
- Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L. et Gilbody, S. (2017). Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: A qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth, 17*(1), 45.
<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1229-4>
- Davis, RN., Davis, MM., Freed, GL. et Clark, SJ. (2011). Fathers' depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year-old children. *Pediatrics 127*(4):612–618.
<https://doi.org/10.1542/peds.2010-1779>
- DeMaris, A. et Mahoney, A. (2017). The perception of fairness in infant care and mothers' postpartum depression. *Social Science & Medicine, 190*, 199-206.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.08.030>
- de Montigny, F., Gervais, C., Meunier, S. et Dubeau, D. (2017a). Professionals' positive perceptions of fathers are associated with more favourable attitudes towards including them in family interventions. *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992), 106*(12), 1945–1951.
<https://doi.org/10.1111/apa.13970>
- de Montigny, F., Gervais, C., Dubeau, D. (2017b). Le projet québécois « Initiative amis des pères au sein des familles » : Agir tôt sur la santé de la famille en soutenant l'engagement paternel. Dans : Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal éd., *Accueillir les pères en périnatalité: Cahier Marcé n° 7* (pp. 241-256). Toulouse: Érès. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.3917/eres.glang.2017.01.0009>

de Montigny, F., Gervais, C., Larivière-Bastien, D. et Dubeau, D. (2020). Assessing the impacts of an interdisciplinary program supporting father involvement on professionals' practices with fathers: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(5-6), 1003-1016.

<https://doi.org/10.1111/jocn.15176>

Dennis, C.-L., Brown, H. K., Wanigaratne, S., Fung, K., Vigod, S. N., Grigoriadis, S., Marini, F., et Brennenstuhl, S. (2018). Prevalence, incidence, and persistence of postpartum depression, anxiety, and comorbidity among chinese immigrant and nonimmigrant women: A longitudinal cohort study. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 63(1), 44-53. <https://doi.org/10.1177/0706743717720689>

Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., et Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315-323. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>

Deslauriers, J.-M et Boivin, A. (2011). Étude du discours des intervenants sur les jeunes pères et des jeunes pères sur les services sociaux et de santé. *Intervention*. 2(135). 73-83.

[https://revueintervention.org/wp-](https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/05/intervention_135_7_etude_du_discours.pdf)

[content/uploads/2020/05/intervention_135_7_etude_du_discours.pdf](https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/05/intervention_135_7_etude_du_discours.pdf)

Dubeau, D., de Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C. Brodeur, N., Parent, C., Saint-Jacques, M.-C., Tremblay, G., Turcotte G., Besnard, T., Paquette, D., Puentes-Neuman, G. et Roy, B. (2013). *Soutenir les pères en contexte de vulnérabilités et leurs enfants : des services au rendez-vous, adéquats et efficaces* (publication n° 2011-MH-144752).

https://frq.gouv.qc.ca/app/uploads/2021/09/pc_dubeaud_resume-2013_soutien-peres.pdf

- Edwards, E. et Timmons, S. (2005). A qualitative study of stigma among women suffering postnatal illness. *Journal of Mental Health, 14*(5), 471–481. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/09638230500271097>
- Eerola, P., Lammi-Taskula, J., O'Brien, M., Hietamäki, J. et Räikkönen, E. (2019). Fathers' leave take-up in Finland: Motivations and barriers in a complex Nordic leave scheme. *SAGE open, 9*(4), <https://journals-sagepub-com.proxybiblio.uqo.ca/doi/epub/10.1177/2158244019885389>
- Ellis, L. et Hoskin, A. (2018). Familial depressive symptoms and delinquency: Separate self-reports from mothers and their offspring. *International journal of offender therapy and comparative criminology, 62*(5), 1201–1215. <https://doi.org/10.1177/0306624X16678939>
- Engqvist, I. et Nilsson, K. (2011). Men's experience of their partners' post-partum psychiatric disorders: Narratives from the internet. *Mental Health in Family Medicine, 8*(3), 137-146. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3314270/>
- Fagan, J. et Cabrera, N. (2012). Longitudinal and reciprocal associations between coparenting conflict and father engagement. *Journal of Family Psychology, 26*(6), 1004-1011. <https://doi.org/10.1037/a0029998>
- Fagan, J. et Lee, Y. (2010). Perceptions and Satisfaction with Father Involvement and Adolescent Mothers' Postpartum Depressive Symptoms. *Journal of Youth and Adolescence, 39*(9), 1109-1121. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9444-6>
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., et Dennis, C.-L. (2016). Prevalence and risk factors for comorbid post-partum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of Affective Disorders, 198*, 142-147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.010>

- Farr, S. L., Dietz, P. M., O'Hara, M. W., Burley, K., et Ko, J. Y. (2014). Postpartum anxiety and comorbid depression in a population-based sample of women. *Journal of women's health* (2002), 23(2), 120-128. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4438>
- Fawcett, E. J., Fairbrother, N., Cox, M. L., White, I. R. et Fawcett, J. M. (2019). The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A multivariate bayesian meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 80(4), 1181. <https://doi.org/10.4088/JCP.18r12527>
- Fekadu Dadi, A., Miller, E. R., et Mwanri, L. (2020). Antenatal depression and its association with adverse birth outcomes in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 15(1), e0227323. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227323>
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Field, T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior and Development*, 51, 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.02.005>
- Fisher, S. D., Cobo, J., Figueiredo, B., Fletcher, R., Garfield, C. F., Hanley, J., Ramchandani, P., et Singley, D. B. (2021). Expanding the international conversation with fathers' mental health: Toward an era of inclusion in perinatal research and practice. *Archives of Women's Mental Health*, 24(5), 841-848. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01171-y>
- Flanagan, J.C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327-358. <https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/cit-article.pdf>

- Flanders, C. E., Gibson, M. F., Goldberg, A. E. et Ross, L. E. (2016). Postpartum depression among visible and invisible sexual minority women: A pilot study. *Archives of women's mental health*, 19(2), 299-305. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0566-4>
- Fletcher, R. J., Dowse, E., St George, J. et Payling, T. (2017). Mental health screening of fathers attending early parenting services in Australia. *Journal of Child Health Care*, 21(4), 498-508. <https://doi.org/10.1177/1367493517732166>
- Fletcher, R. J., Feeman, E., Garfield, C. et Vimpani, G. (2011). The effects of early paternal depression on children's development. *The Medical journal of Australia*, 195(11-12), 685–689. <https://doi.org/10.5694/mja11.10192>
- Fondation OLO, (2023). *Fondation Olo, des bébés en santé*. <https://don.fondationolo.ca/>
- Fortin, M- F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière Éducation.
- Foster, K., Maybery, D., Reupert, A., Gladstone, B., Grant, A., Ruud, T., Falkov, A., et Kowalenko, N. (2016). Family-focused practice in mental health care: An integrative review. *Child et Youth Services*, 37(2), 129-155. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2016.1104048>
- Furtado, M., Van Lieshout, R. J., Van Ameringen, M., Green, S. M., et Frey, B. N. (2019). Biological and psychosocial predictors of anxiety worsening in the postpartum period: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 250, 218-225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.064>
- Garret-Gloaneac, N. et Pernel, A. (2010). Un soin psychique au bébé, ça n'existe pas ? Et pourquoi pas !. *L'information psychiatrique*, 86, 813-823. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1684/ipe.2010.0698>

- Gentile, S., et Fusco, M. L. (2017). Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. *Psychiatry Research*, 252, 325-332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.064>
- Gervais, C. (2014). *Développement, implantation et évaluation d'une initiative de promotion et de soutien à l'engagement paternel*. [thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognitio. <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/7534/>
- Gervais, C., de Montigny, F., Lacharité, C. et St-Arneault, K. (2016). Where fathers fit in Quebec's perinatal health care services system and what they need. *Psychology of Men & Masculinity*, 17(2), 126-136. <https://doi.org/10.1037/a0039558>
- Goldfinger, C., Green, S. M., Furtado, M., et McCabe, R. E. (2020). Characterizing the nature of worry in a sample of perinatal women with generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(2), 136-145. <https://doi.org/10.1002/cpp.2413>
- Gouvernement du Québec. (2022a). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : balises de l'intervention*. (publication n°19-836-01W). La Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3995759>
- Gouvernement du Québec. (2022b). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Lien de confiance avec le père : fiche synthèse*. ISBN : 978-2-550-91579-9 Ministère de la santé et des services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-836-13W.pdf>
- Gouvernement du Québec (2022c). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Santé mentale et troubles mentaux : fiche synthèse*. (publication n°22-836-01W). Ministère de la santé et des services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-836-01W.pdf>

Gouvernement du Québec. (2021). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence.*

(publication n°18-936-02W). Ministère de la santé et des services sociaux.

<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3995764>

Gouvernement du Québec. (2019). *Aperçu du programme des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) – Modèle logique.* (publication n°19-836-04W). Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-836-04W.pdf>

Gouvernement du Québec. (2016). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Guide de pratiques pour accompagner les familles.* (publication n°16-836-01W). Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2699423>

Gouvernement du Québec. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025 :*

Orientations ministérielles. (publication n°15-216-01W). Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf)

[216-01W.pdf](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf)

Grant, A. et Reupert, A. (2016). The impact of organizational factors and government policy on psychiatric nurses' family-focused practice with parents who have mental illness, their dependent children, and families in Ireland. *Journal of Family Nursing*, 22(2), 199–223.

<https://doi.org/10.1177/1074840716643770>

Grant, A., Reupert, A., Maybery, D. et Goodyear, M. (2019). Predictors and enablers of mental health nurses' family-focused practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 140–151. <https://doi.org/10.1111/inm.12503>

- Gregg, L., Adderley, H., Calam, R., et Wittkowski, A. (2021). The implementation of family-focused practice in adult mental health services: A systematic review exploring the influence of practitioner and workplace factors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(4), 885-906. <https://doi.org/10.1111/inm.12837>
- Gressier, F. et Sutter-Dallay, A-L., (2017). La dépression périnatale paternelle. Dans : Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal éd., *Accueillir les pères en périnatalité: Cahier Marcé n° 7* (p. 173-179). Toulouse: Érès.
- Gressier, F., Shadili, G., Glangeaud-Freudenthal, N. M-C. et Chambry, J. (2017). Influence de la relation père-bébé sur le développement psychoaffectif de l'enfant et de l'adolescent. Dans : Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal éd., *Accueillir les pères en périnatalité: Cahier Marcé n° 7* (p. 189-195). Toulouse: Érès.
- Grienenberger, J. F., Kelly, K. et Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, 7(3), 299-311.
<https://doi.org/10.1080/14616730500245963>
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., et Anaya, I. (2018). Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: A systematic review, meta- analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in Psychiatry*, 8.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248>
- Hanington, L., Heron, J., Stein, A. et Ramchandani, P. (2012). Parental depression and child outcomes – is marital conflict the missing link? *Child*, 38(4), 520-529.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01270.x>

- He, L., Soh, K. L., Yu, J., Chen, A. et Dong, X. (2023). Effect of family-centered interventions for perinatal depression: An overview of systematic reviews. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1094360. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1094360>
- Humphries, H., et Nolan, M. (2015). Evaluation of a brief intervention to assist health visitors and community practitioners to engage with fathers as part of the healthy child initiative. *Primary Health Care Research and Development, 16*(4), 367–376.
doi:10.1017/S1463423615000031
- Hutchens, B. F. et Kearney, J. (2020). Risk factors for postpartum depression: An umbrella review. *Journal of Midwifery et Women's Health, 65*(1), 96-108.
<https://doi.org/10.1111/jmwh.13067>
- Ierardi, J. A., Fantasia, H. C., Mawn, B. et Watson Driscoll, J. (2019). The experience of men whose partners have postpartum depression. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 25*(6), 434-444. <https://doi.org/10.1177/1078390319849102>
- Isserlis, C. (2017). Postface : Qu'en est-il de la prise en compte de la santé des hommes au cours de leur parcours pour devenir père en France? Dans : Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal éd., *Accueillir les pères en périnatalité: Cahier Marcé n° 7* (p. 257-263). Toulouse: Érès. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.3917/eres.glang.2017.01.0009>
- Jacobs, R. H., Talati, A., Wickramaratne, P. et Warner, V. (2015). The influence of paternal and maternal major depressive disorder on offspring psychiatric disorders. *Journal of child and family studies, 24*(8), 2345–2351. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0037-y>
- Kerstis, B., Berglund, A., Engström, G., Edlund, B., Sylvén, S. et Aarts, C. (2014). Depressive symptoms post-partum among parents are associated with marital separation: A Swedish cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health, 42*(7), 660-668.
<https://doi.org/10.1177/1403494814542262>

- Lacharité, C. et Gagnier, J.-P. (2015). Agir auprès des pères en situation de vulnérabilité : Une invitation au dialogue et à la réflexion. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 54(1), 81-105. <https://doi.org/10.3917/ctf.054.0081>
- Ladouceur, R., Bélanger, L., et Léger, É. (2003). *Arrêtez de vous faire du souci pour tout et pour rien*. Paris, France : Odile Jacob.
- Lagdon, S., Grant, A., Davidson, G., Devaney, J., Donaghy, M., Duffy, J., Galway, K. et McCartan, C. (2021). Families with parental mental health problems: A systematic narrative review of family-focused practice. *Child Abuse Review*, 30(5), 400-421. <https://doi.org/10.1002/car.2706>
- Lam, R. W., McIntosh, D., Wang, J., Enns, M. W., Kolivakis, T., Michalak, E. E., Sareen, J., Song, W.-Y., Kennedy, S. H., MacQueen, G. M., Milev, R. V., Parikh, S. V., Ravindran, A. V., et the CANMAT Depression Work Group. (2016). Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 1. Disease Burden and Principles of Care. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 510-523. <https://doi.org/10.1177/0706743716659416>
- Lanes, A., Kuk, J. L., et Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11(1), 302. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-302>
- Lang, E., Colquhoun, H., LeBlanc, J. C., Riva, J. J., Moore, A., Traversy, G., Wilson, B. et Grad, R. (2022). Recommandation sur l'utilisation d'instruments de dépistage de la dépression durant la grossesse et la période postnatale. *Canadian Medical Association Journal*, 194(28), E1000-E1009. <https://doi.org/10.1503/cmaj.220290-f>

- Laxman, D. J., McBride, B. A., Jeans, L. M., Dyer, W. J., Santos, R. M., Kern, J. L., Sugimura, N., Curtiss, S. L. et Weglarz-Ward, J. M. (2015). Father involvement and maternal depressive symptoms in families of children with disabilities or delays. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5), 1078-1086. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1608-7>
- Leach, L. S., Poyser, C. et Fairweather-Schmidt, K. (2017). Maternal perinatal anxiety: A review of prevalence and correlates. *Clinical Psychologist*, 21(1), 4-19. <https://doi.org/10.1111/cp.12058>
- Lefkowich, M. (2019). When women study men : Gendered implications for qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 160940691987238. <https://doi.org/10.1177/1609406919872388>
- Léger. (2021, 7 juin). *Enquête auprès de pères d'enfants de moins de 18 ans*. N 15803-003. Regroupement pour la Valorisation de la Paternité. https://www.rvpaternite.org/wp-content/uploads/2021/06/sondage-leger_sqp2021.pdf
- Leonard, R., Linden, M. et Grant, A. (2020). Predictors of family focused practice among health visitors: A mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(5), 1255-1265. <https://doi.org/10.1111/jan.14310>
- Letourneau, N. L., Dennis, C.-L., Benzies, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P. D., Este, D., et Watson, W. (2012). Postpartum depression is a family affair: Addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(7), 445-457. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.673054>
- Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Dennis, C.-L., Stewart, M. et Tryphonopoulos, P. D. (2011). Identifying the support needs of fathers affected by post-partum depression: A pilot study: Support for fathers affected by post-partum depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(1), 41-47. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01627.x>

- Lever Taylor, B., Billings, J., Morant, N. et Johnson, S. (2018). How do women's partners view perinatal mental health services? A qualitative meta-synthesis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), 112-129. <https://doi.org/10.1002/cpp.2133>
- Liu, Y., Guo, N., Li, T., Zhuang, W. et Jiang, H. (2020). Prevalence and associated factors of postpartum anxiety and depression symptoms among women in Shanghai, China. *Journal of Affective Disorders*, 274, 848-856. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.028>
- Liu, H. et Yang, Y. (2021). *Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: A randomized controlled trial. Annals of General Psychiatry*, 20(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00320-4>
- Maccio, E. M. et Pangburn, J. A. (2011). The case for investigating postpartum depression in lesbians and bisexual women. *Women's Health Issues*, 21(3), 187-190. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.007>
- MacCourt, P. (2013). *Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale*. Comité consultatif sur les aidants membres de la famille de la Commission de la santé mentale du Canada. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/Caregiving_MHCC_Family_Caregivers_Guidelines_FINAL_FRE_0.pdf
- Madsen, S. A. (2009). Men's mental health: Fatherhood and psychotherapy: *The Journal of Men's Studies*. <https://journals-sagepub-com.proxybiblio.uqo.ca/doi/epdf/10.3149/jms.1701.15>
- Mancinelli, E., Dell'Arciprete, G., Pattarozzi, D., Gabrielli, S. et Salcuni, S. (2023). Digital behavioral activation interventions during the perinatal period: Scoping review. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 6, e40937. <https://doi.org/10.2196/40937>

- Marrs, J., Cossar, J. et Wroblewska, A. (2014). Keeping the family together and bonding: A father's role in a perinatal mental health unit. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(4), 340-354. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.920951>
- Maybery, D. et Reupert, A. (2009). Parental mental illness: A review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(9), 784-791. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x>
- Mayers, A., Hambidge, S., Bryant, O. et Arden-Close, E. (2020). Supporting women who develop poor postnatal mental health: What support do fathers receive to support their partner and their own mental health? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 359. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03043-2>
- McDaniel, A. E. (2008). Measuring gender egalitarianism: The attitudinal difference between men and women. *International Journal of Sociology*, 38(1), 58–80. <http://www.jstor.org/stable/20628319>
- McLoughlin, J. (2013). Stigma associated with postnatal depression: A literature review. *British Journal of Midwifery*, 21(11), 784-791. <https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.11.784>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., et Saldaña Johnny. (2020). *Qualitative data analysis: a methods sourcebook* (Fourth). SAGE.
- Milgrom, J., Gemmill, A.W., Bilszta, J.L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D. et Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of affective disorders*, 108, 147–157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>
- Milgrom, J., Hirshler, Y., Reece, J., Holt, C. et Gemmill, A. W. (2019). Social support-A protective factor for depressed perinatal women? *International journal of environmental research and public health*, 16(8), 1426. <https://doi.org/10.3390/ijerph16081426>

Ministère de la santé et des services sociaux. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif*.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>

Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Naître et grandir. (2023). *Le congé de paternité*.

[https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/viefamille/fiche.aspx?doc=conge-paternite#:~:text=Selon%20le%20R%C3%A9gime%20qu%C3%A9becois%20d,moyen%20\(r%C3%A9gime%20de%20base\)](https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/viefamille/fiche.aspx?doc=conge-paternite#:~:text=Selon%20le%20R%C3%A9gime%20qu%C3%A9becois%20d,moyen%20(r%C3%A9gime%20de%20base))

Nakamura, A., El-Khoury Lesueur, F., Sutter-Dallay, A.-L., Franck, J.-È, Thierry, X., Melchior, M., et van der Waerden, J. (2020). The role of prenatal social support in social inequalities with regard to maternal post-partum depression according to migrant status. *Journal of Affective Disorders*, 272, 465-473. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.024>

Ng-Knight, T., Shelton, K. H., Frederickson, N., McManus, I. C. et Rice, F. (2018). Maternal depressive symptoms and adolescent academic attainment: Testing pathways via parenting and self-control. *Journal of adolescence*, 62, 61–69. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.11.003>

Nielsen-Scott, M., Fellmeth, G., Opondo, C., et Alderdice, F. (2022). Prevalence of perinatal anxiety in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 306, 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.032>

Noonan, M., Jomeen, J. et Doody, O. (2021). A review of the involvement of partners and family members in psychosocial interventions for supporting women at risk of or experiencing perinatal depression and anxiety. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5396. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105396>

- Observatoire des tout-petits (2021). *L'engagement paternel : quels impacts sur le développement des tout-petits ?* <https://tout-petits.org/publications/dossiers-web/comment-favoriser-l-engagement-des-peres-par-nos-politiques-publiques/l-engagement-paternel-essentiel-au-developpement-optimal-des-tout-petits/>
- O'Hara, M.W., 1986. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of general psychiatry*. 43, 569–573.
- O'Hara, M. W. et McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annu. Rev. Clin. Psychol* 9, 379–407. <https://doi.org/10.1146/annurevclinpsy-050212-185612>.
- O'Hara, M. W. et Swain, A. M. (1996). Rates and risk of post-partum depression-A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.3109/09540269609037816>
- O'Mahen, H. A., Richards, D. A., Woodford, J., Wilkinson, E., McGinley, J., Taylor, R. S. et Warren, F. C. (2014). Netmums : A phase II randomized controlled trial of a guided Internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychological Medicine*, 44(8), 1675-1689. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002092>
- Organisation mondiale de la Santé. (2024, 8 février). *Thème de santé : dépression*. https://www.who.int/fr/health-topics/depression#tab=tab_1
- Pacaut, P., Gourdes-Vachon, I. et Tremblay, S., (2011). *Les pères du Québec : Les soins et l'éducation de leurs jeunes enfants : évolution et données récentes*. Ministère de la famille et des aînés et Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2249925>
- Parikh, S. V., Quilty, L. C., Ravitz, P., Rosenbluth, M., Pavlova, B., Grigoriadis, S., Velyvis, V., Kennedy, S. H., Lam, R. W., MacQueen, G. M., Milev, R. V., Ravindran, A. V., Uher, R.,

- et le CANMAT Depression Work Group. (2016). Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 2. Psychological Treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 524-539. <https://doi.org/10.1177/0706743716659418>
- Parke, R. D. et Cookston, J. T. (2019). Fathers and Families. Dans M. H. Bornstein (Éd.), *Handbook of Parenting* (3^e éd., p. 64-136). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780429433214-3>
- Paula, A. J. de, Condeles, P. C., Moreno, A. L., Ferreira, M. B. G., Fonseca, L. M. M. et Ruiz, M. T. (2021). Parental burnout : A scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75, e20210203. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0203>
- Paulson, JF. et Bazemore, SD. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta- analysis. *Journal of American Medical Association* 303:1961–1969. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20483973/>
- Paulson, J. F., Keefe, H. A. et Leiferman, J. A. (2009). Early parental depression and child language development. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 50(3), 254–262. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01973.x>
- Pfeiffenberger, A. S., D’Souza, A. J., Huthwaite, M. A., et Romans, S. E. (2016). The well-being of children of parents with a mental illness: The responsiveness of crisis mental health services in Wellington, New Zealand. *Child & Family Social Work*, 21(4), 600–607.
<https://doi.org/10.1111/cfs.12186>
- Piché, G., Villatte, A., Clément, M.-È., Morin, M.-H., Fournier-Marceau, M., Maybery, D., Reupert, A., Richard-Devantoy, S., Cyr-Villeneuve, C. et Lemieux, A. (2023). Pratiques centrées sur la famille chez les professionnels en santé mentale adulte : Un portrait de la situation au Québec. *Revue Santé Mentale au Québec*.

- Pierre, M. (2015). *La relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières dans les SIPPE : Une analyse sensible au genre*. [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/16296>
- Pilkington, P., Milne, L., Cairns, K. et Whelan, T. (2016). Enhancing reciprocal partner support to prevent perinatal depression and anxiety: A Delphi consensus study. *BMC Psychiatry*, 16(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0721-0>
- Pilkington, P. D., Whelan, T. A. et Milne, L. C. (2015). A review of partner-inclusive interventions for preventing postnatal depression and anxiety. *Clinical Psychologist*, 19(2), 63-75. <https://doi.org/10.1111/cp.12054>
- Price-Robertson, R., Obradovic, A. et Morgan, B. (2017). Relational recovery: Beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15(2), 108-120.
<https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014>
- Prikhidko, A. et Swank, JM. (2020). Exhausted parents experience of anger: the relationship between anger and burnout. *Fam J*, 28(3), 283-9. <https://doi.org/10.1177/1066-480720933543>
- QSR International. (1999). *NVivo Qualitative Data Analysis Software* (version 12) [logiciel].
<https://qsrinternational.com/nvivo/nvivo-products/>
- Racine, N., Plamondon, A., Hentges, R., Tough, S., et Madigan, S. (2019). Dynamic and bidirectional associations between maternal stress, anxiety, and social support : The critical role of partner and family support. *Journal of Affective Disorders*, 252, 19-24.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.083>
- Radley, J., Barlow, J. et Johns, L. (2021). Mental health professionals' experiences of working with parents with psychosis and their families : A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 393. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06416-1>

- Rados, SN., Tadinac, M., Herman, R. (2018). Anxiety during pregnancy and postpartum: course, predictors and comorbidity with postpartum depression. *Acta Clinica Croatica*. 57(1), 39-51. <https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.01.05>
- Ramakrishna, S., Cooklin, A. R., et Leach, L. S. (2019). Comorbid anxiety and depression: A community-based study examining symptomology and correlates during the post-partum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(5), 468-479. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1578870>
- Regroupement pour la Valorisation de la Paternité. (2019, 7 février). *La paternité au Québec : un état des lieux*. Rapport de recherche. https://www.rvpaternite.org/wp-content/uploads/2019/09/rapport_complet_sondage2019_rvp_web.pdf
- Reupert, A., Ward, B., McCormick, F., Ward, C., Waller, S., et Kidd, S. (2018). Developing a model of family focused practice with consumers, families, practitioners and managers: a community based participatory research approach. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2844-0>
- Reupert, A., Gladstone, B., Helena Hine, R., Yates, S., McGaw, V., Charles, G., Drost, L. et Foster, K. (2020). Stigma in relation to families living with parental mental illness: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.12820>
- Rini, C., Dunkel Schetter, C., Hobel, C. J., Glynn, L. M., et Sandman, C. A. (2006). Effective social support: Antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal Relationships*, 13, 207. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00114.x>
- Roehrich, S. (2007). *Men's Perspectives on a Spouse's or Partner's Postpartum Depression*. [thèse de doctorat, Virginia Polytechnic Institute and State University]. VTechWorks. <http://hdl.handle.net/10919/29076>

- Rosenthal, R. et Jacobson, L. (1968, septembre). Pygmalion in the classroom. Dans *The Urban Review*. 16-20
- Roskam, I., Gallée, L., Aguiar, J., Akgun, E., Arena, A., Arikan, G., Aunola, K., Bader, M., Barham, E. J., Besson, E., Beyers, W., Boujut, E., Brianda, M. E., Brytek-Matera, A., Carbonneau, N., César, F., Chen, B.-B., Dorard, G., dos Santos Elias, L. C., ...
- Mikolajczak, M. (2022). Gender equality and maternal burnout: A 40-country study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 53(2), 157-178.
<https://doi.org/10.1177/00220221211072813>
- Ross, L. (2003). *Guide de santé postnatale : Neuf mois plus tard-- un enfant naît, la famille grandit : maman*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Québec.
- Roy, K. et Smith, J. (2013). Nonresident fathers, kin, and intergenerational parenting. Dans N. J. Cabrera et C. S. Tamis-LeMonda (dir.). *Handbook of father involvement: Multidisciplinary perspectives* (2^e ed., p. 320-337). New York: Routledge.
- Schiaretti, M., Cazas, O. et Gressier, F. (2017). Paternité et place difficile des conjoints de mères déprimées, bipolaires, schizophrènes : retour d'expériences en unité mère-bébé. Dans : Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal (dir.). *Accueillir les pères en périnatalité: Cahier Marcé n° 7*. 137-143. Toulouse: Érès.
- Sethna, V., Murray, L., Edmondson, O., Iles, J. et Ramchandani, P. G. (2018). Depression and playfulness in fathers and young infants: A matched design comparison study. *Journal of affective disorders*, 229, 364–370. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.107>
- Shah-Anwar, S., Gumley, A. et Hunter, S. (2019). Mental health professionals' perspectives of family-focused practice across child and adult mental health settings: A qualitative

synthesis. *Child & Youth Services*, 40(4), 383-404.

<https://doi.org/10.1080/0145935X.2019.1591947>

Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., et Chong, Y. S. (2018).

Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235-248.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>

Siverns, J. T. (2012). *Transition to parenthood for first-time fathers whose partners have postpartum depression*. [thèse de doctorat, McMaster University]. Open Access

Dissertations and Theses. <http://hdl.handle.net/11375/12578>

Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., Coo, S., Doherty,

D., et Page, A. C. (2014). The perinatal anxiety screening scale: Development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 443-454.

<https://doi.org/10.1007/s00737-014-0425-8>

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., et Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

St-Arneault, K. (2013). Perceptions des intervenants de leurs pratiques professionnelles à l'égard des pères dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.

[mémoire de maîtrise, Université du Québec en Outaouais]. Dépôt institutionnel de l'UQO.

http://di.uqo.ca/id/eprint/607/1/St-Arneault_Kate_2013_m%C3%A9moire.pdf

Stapleton, L. R., Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J., et Sandman,

C. A. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 26(3), 453-463.

<https://doi.org/10.1037/a0028332>

Stevenson-Hinde, J., Shouldice, A. et Chicot, R. (2011). Maternal anxiety, behavioral inhibition, and attachment. *Attachment & Human Development*, 13(3), 199-215.

<https://doi.org/10.1080/14616734.2011.562409>

Stewart, D. E., Robertson, E., Phil, M., Dennis, C.-L., Grace, S. L. et Wallington, T. (2003, octobre). *Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions*.

University Health Network Women's Health Program. Toronto Public Health.

Strand, J. et Rudolfsson, L. (2018). Professionals' experiences of integrating a child perspective in adult psychosis service. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 21(1), 57-

78. <https://www.muse.jhu.edu/article/759958>

Sword, W., Clark, A. M., Hegadoren, K., Brooks, S. et Kingston, D. (2012). The complexity of post-partum mental health and illness: A critical realist study. *Nursing Inquiry*, 19(1), 51-

62. <http://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00560.x>

Tchernegovski, P., Hine, R., Reupert, A. E., et Maybery, D. J. (2018). Adult mental health clinicians' perspectives of parents with a mental illness and their children: Single and dual focus approaches. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-10.

<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3428-8>

Tissot, H., Favez, N., et Despland, J.-N. (2019). Dépression parentale dans la période du post-partum : six arguments en faveur d'une approche familiale. *Psychothérapies*, 39(4), 217-

223. <https://doi.org/10.3917/psys.194.0217>

Tissot, H., Favez, N., Frascarolo, F. et Despland, J.-N. (2016). Coparenting Behaviors as Mediators between Postpartum Parental Depressive Symptoms and Toddler's Symptoms.

Frontiers in Psychology, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01912>

- Trettin, S., Moses-Kolko, E. L. et Wisner, K. L. (2006). Lesbian perinatal depression and the heterosexism that affects knowledge about this minority population. *Archives of women's mental health*, 9(2), 67-73. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0106-8>
- Tuck, M., Wittkowski, A. et Gregg, L. (2023). A balancing act: A systematic review and metasynthesis of family-focused practice in adult mental health services. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(1), 190-211. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00418-z>
- Tufford, L. et Newman, P. (2012). Bracketing in qualitative research. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 11(1), 80-96. <https://journals-sagepub-com.proxybiblio.uqo.ca/doi/10.1177/1473325010368316>
- Turcotte, D., Alvarez-Lizotte, P. et St-Gelais, M. (2017). *L'intervention avec les familles monoparentales et recomposées : Une étude des besoins des intervenants en périnatalité et petite enfance de la Capitale-Nationale*. https://www.arucfamille.ulaval.ca/sites/arucfamille.ulaval.ca/files/rapport_besoins_perinatale-2017.pdf
- Turcotte, G. et Dubeau, D. (2014). *Relais-Pères : Guide de pratique. Une approche novatrice de proximité pour rejoindre les pères en contexte de vulnérabilité*. Centre de recherche du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire. <https://www.rvpaternite.org/wp-content/uploads/2019/09/guide-relais-pres-franais-v2-web.pdf>
- Turcotte, G., Forget, G., Ouellet, F., Dubeau, D. et Sanchez, I. (2011). Le projet Relais-pères. Une pratique de proximité pour soutenir les pères en situation de vulnérabilité. *Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*, 135(2), 84-95. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/05/intervention_135_8_le_projet_relais-peres.pdf

- van Santvoort, F., Hosman, C. M., Janssens, J. M., van Doesum, K. T., Reupert, A., et van Loon, L. M. (2015). The impact of various parental mental disorders on children's diagnoses: A systematic review. *Clinical child and family psychology review*, 18(4), 281–299.
<https://doi.org/10.1007/s10567-015-0191-9>
- Veestraeten, M., Johnson, S. K., Leroy, H., Sy, T. et Sels, L. (2021). Exploring the bounds of pygmalion effects: Congruence of implicit followership theories drives and binds leader performance expectations and follower work engagement. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 28(2), 137-153. <https://doi.org/10.1177/1548051820980428>
- Vennat, D., Belot, R.-A., Capponi, I. et Mellier, D. (2018). Le défaut de soutien familial dans l’immédiat post-partum : Quels impacts sur l’émergence de la détresse maternelle ? *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence*, 66(6), 370-381.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.07.005>
- Villatte, A., Marquis, J., Piché, G. et Habib, R. (2022). Devenir adulte lorsque l’on a un parent atteint d’un trouble mental : Enjeux identitaires et pistes de réflexion pratiques. Dans J. Marcotte et M-C. Richard (dir.). *Construction de soi et appartenance dans la transition à la vie adulte* (p. 55-82). Presses de l’Université du Québec
- Walker, L. O., Sterling, B. S., Guy, S., et Mahometa, M. J. (2013). Cumulative poor psychosocial and behavioral health among low-income women at 6 weeks post-partum. *Nursing Research*, 62(4), 233–242. <http://doi.org/10.1097/NNR.0b013e31829499ac>
- Ward, B., Reupert, A., McCormick, F., Waller, S. et Kidd, S. (2017). Family-focused practice within a recovery framework: Practitioners’ qualitative perspectives. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2146-y>
- Wassef, A., Cantin, J. et Da Costa, D. (2019). *Santé mentale et troubles mentaux*. Institut national de santé publique du Québec.

<https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/sante-mentale.pdf>

- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., et Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *The American journal of psychiatry*, *163*(6), 1001–1008. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.6.1001>
- Winnicott, D. W. (2006). La préoccupation maternelle primaire. Dans *La mère suffisamment bonne*. Paris, France: Payot & Rivages. (Ouvrage original publié en 1956).
- Woolhouse, H., Gartland, D., Perlen, S., Donath, S., et Brown, S. (2014). Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post partum: results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery*, *30*, 378–384. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.006>
- World Economic Forum. (2018). The global gender gap report. http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2018.pdf
- Xie, Q. (2013, 4 au 6 novembre). *Agree or Disagree? A Demonstration of An Alternative Statistic to Cohen's Kappa for Measuring the Extent and Reliability of Agreement between Observers*. Conference presentation at Federal Committee on Statistical Methodology Research Conference. Washington, DC. https://nces.ed.gov/FCSM/pdf/J4_Xie_2013FCSM.pdf
- Yelland, J., Sutherland, G. et Brown, S.J. (2010). Postpartum anxiety, depression and social health: Findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*, *10*(1), 771–782. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-771>
- Yim, I. S., Tanner Stapleton, L. R., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J., et Schetter, C. D. (2015). Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic

Review and Call for Integration. *Annual review of clinical psychology*, 11, 99-137.

<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426>

Zappas, M. P., Becker, K., et Walton-Moss, B. (2021). Postpartum anxiety. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 60-64. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.08.017>

**ANNEXE A – APERÇU DU PROGRAMME DES SERVICES INTÉGRÉS EN
PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE**

APERÇU DU PROGRAMME DES SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE (SIPPE) – MODÈLE LOGIQUE



18-188-5408 | Gouvernement du Québec, 2018

**ANNEXE B – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET QUESTIONNAIRE
SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE**

Perspectives d'intervenant.e.s en périnatalité à l'égard des partenaires de mères présentant des symptômes dépressifs et/ou anxieux lors du post-partum

Jade Marquis, cand. D.Psy. – Département de psychoéducation et de psychologie – Geneviève Piché, Ph.d., ps ed, directrice de recherche

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui a pour but de mieux connaître les pratiques des intervenant.e.s vis-à-vis les partenaires de mères atteintes de symptômes dépressifs et/ou anxieux lors du post-partum dans un contexte de vulnérabilité socio-économique (Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)). Les objectifs de recherche sont les suivants :

- 1) Documenter l'adoption de l'approche centrée sur la famille, selon le point de vue des intervenant.e.s., en présence de symptômes dépressifs et/ou anxieux chez la mère des familles rencontrées dans le cadre du programme des SIPPE.
- 2) Décrire les compétences perçues par les intervenant.e.s concernant leur capacité à intervenir auprès des pères, partenaires des mères ayant des symptômes dépressifs et/ou anxieux.
- 3) Identifier les croyances des intervenant.e.s quant à l'importance d'inclure les pères dans leurs interventions et quant à la capacité des conjoints à soutenir leur partenaire lorsqu'atteinte de symptômes dépressifs et/ou anxieux.

Vous êtes invité.e.s à participer à un projet de recherche qui consiste à : 1) consulter ce formulaire de consentement, 2) remplir un court questionnaire sociodémographique de 17 questions en ligne (10 min), 3) participer à une entrevue individuelle via la plateforme Zoom d'une durée de 1h30 et finalement 4) remplir un sondage de validation des résultats de l'étude en ligne (15 min) avant la parution de l'essai doctoral.

L'entrevue sera enregistrée (vidéo et audio) et devra être réalisée à l'extérieur des heures de travail, dans un endroit qui vous permettra de vous concentrer sur la tâche et de répondre librement. Lorsque rédigés, les résultats de l'essai doctoral ainsi qu'un hyperlien vers le sondage de validation en ligne (15 min) vous seront envoyés afin de sonder votre avis quant à la validité de l'analyse.

Votre admissibilité repose sur trois critères : 1) travailler depuis au moins un an auprès de familles suivies par les SIPPE, 2) faire partie d'un des ordres professionnels suivants : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, Ordre des psychologues du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec, Ordre professionnel des diététistes du Québec, et finalement 3) maîtriser le français.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais*. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification : un code numérique sera attribué à la transcription de votre entrevue, et la présentation des résultats ne permettra pas d'identifier votre employeur (p. ex. : le nom du secteur desservi ou de la ville de provenance ne seront pas divulgués). Les noms et les adresses courriels des participant.e.s ne seront connus que par la chercheuse. Les données ne seront utilisées qu'aux fins décrites dans le présent formulaire de consentement (aucune utilisation secondaire des données n'est envisagée).

Les résultats seront diffusés dans le cadre d'un essai doctoral réalisé au Département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais. La parution d'éventuels articles scientifiques et la transmission des connaissances produites lors de communications scientifiques sont envisagées (p. ex. : activité de transfert des connaissances présentée en collaboration avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale et le Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF)). Les données recueillies seront protégées par un mot de passe et conservées sur l'ordinateur de la chercheuse. Une copie de sauvegarde sera hébergée sur une plateforme sécurisée (serveur du Laboratoire de recherche et d'actions pour les personnes ayant des problèmes de santé mentales et leurs proches (LaPProche)) et munie d'un mot de passe. Le registre des codes sera protégé par un mot de passe et conservé sur une clé USB placée sous-clé dans le bureau de la directrice de cet essai (UQO, campus de St-Jérôme). Les seules personnes qui y auront accès sont la chercheuse et la directrice de recherche de cette étude. Les données seront détruites grâce à un logiciel de destruction des données (Active KillDisk) à la suite de l'évaluation finale de l'essai doctoral, soit au plus tard au printemps 2024. Les participant.e.s aux entrevues auront accès, sur demande, à la transcription de leur entretien.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire, et ce, à chaque étape. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Le cas échéant, veuillez en faire mention par courriel à la chercheuse afin que vos réponses soient détruites et retirées des données analysées. Les risques associés à votre participation sont minimaux, c'est-à-dire que le contenu abordé par l'entrevue reflètera ce à quoi vous est habituellement exposé dans le cadre de votre travail.

Les bénéfices directs anticipés sont la contribution à l'avancement des connaissances concernant les pratiques des intervenant.e.s vis-à-vis les partenaires de mères atteintes de symptômes dépressifs et/ou anxieux lors du post-partum dans un contexte de vulnérabilité socio-économique (SIPPE). À l'inverse, aucun inconvénient n'est anticipé en lien avec votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée : toutefois, une participation gratuite à un webinaire portant sur les particularités et bénéfices de l'inclusion des pères dans les services en périnatalité vous sera offerte en tant que participant.e à l'étude (hiver 2022, à confirmer).

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique (#2022-1648). Si vous avez des questions le concernant, communiquez avec Jade Marquis, chercheuse, par courriel (marj108@uqo.ca (<mailto:marj108@uqo.ca>)) ou par téléphone ([REDACTED] ou Geneviève Piché, directrice de l'essai (genevieve.piche@uqo.ca (<mailto:genevieve.piche@uqo.ca>)) ; 819-595-3900 poste 4069). Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais par courriel (andre.durivage@uqo.ca (<mailto:andre.durivage@uqo.ca>)) ou par téléphone (819-595-3900 poste 1781).

*Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

En participant au questionnaire sociodémographique suivant, j'atteste que j'ai clairement compris les renseignements concernant ma participation au projet de recherche et j'accepte d'y participer.**

** Cela ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au

cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Questionnaire sociodémographique - caractéristiques professionnelles

Les questions 1 à 10 portent sur vos caractéristiques professionnelles en lien avec votre travail actuel auprès des familles suivies par les **Services intégrés en périnatalité et petite enfance**.

1. Dans quelle région administrative du Québec travaillez-vous? *

❗ Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Bas-Saint-Laurent
- Saguenay–Lac-Saint-Jean
- Capitale Nationale
- Mauricie
- Estrie
- Montréal
- Outaouais
- Abitibi-Témiscamingue
- Côte-Nord
- Nord du Québec
- Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
- Chaudière-Appalaches
- Laval
- Lanaudière
- Laurentides
- Montérégie
- Centre-du-Québec
- Ne s'applique pas (p. ex. : organisme provincial)

2. Est-ce que votre emploi est... ? *

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

À temps plein

À temps partiel

Autre

3. Où travaillez-vous en milieu :

*

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Rural

Urbain

Les deux

4. Depuis combien d'années occupez-vous cet emploi ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

5. Incluant vos emplois préalables, depuis combien de temps travaillez-vous auprès des familles? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

6. En lien avec votre travail actuel, quel est le plus haut diplôme que vous ayez obtenu ? *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Diplôme d'études collégiales technique
- Premier cycle universitaire (certificat, bac, microprogramme, etc.)
- Deuxième cycle universitaire (DESS, maîtrise, etc.)
- Troisième cycle universitaire (PhD, DPsy, etc.)
- Autre

7. Dans quelle discipline avez-vous obtenu ce diplôme? *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Nutrition
- Psychoéducation
- Psychologie
- Soins infirmiers ou sciences infirmières
- Travail social/Service social
- Autre

8. En lien avec votre travail actuel, détenez-vous un autre diplôme pertinent? *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui. Passez à la question 9.
- Non. Passez à la question 10.

9. Précisez (si plus d'un diplôme en main, veuillez indiquer celui qui est le plus pertinent en lien avec votre travail actuel) :

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Diplôme d'études professionnelles (DEP)
- Diplôme d'études collégiales (programme général ou technique)
- Premier cycle universitaire (certificat, bac, microprogramme, etc.)
- Deuxième cycle universitaire (DESS, maîtrise, etc.)
- Troisième cycle universitaire (PhD, DPsy, etc.)
- Autre

10. Êtes-vous actuellement membre d'une ou de plusieurs des associations suivantes? *

❗ Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Association canadienne des psychoéducateurs et psychoéducatrices
- Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux
- Association des nutritionnistes cliniciens du Québec
- Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec
- Association des psychologues du Québec
- Association québécoise des infirmières et infirmiers
- Association québécoise des infirmiers et infirmières en santé mentale
- Association québécoise des psychologues scolaires
- Je ne suis membre d'aucune association professionnelle
- Autre:

Questionnaire sociodémographique - caractéristiques personnelles et familiales

Les prochaines questions portent sur vos caractéristiques personnelles et familiales.

11. Quel âge avez-vous ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

12. Êtes-vous... ? *

❗ Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Un homme

Une femme

Je préfère ne pas répondre

Autre

13. Quel est votre lieu de naissance? *

❗ Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au Québec. Veuillez passer à la question 15.

Ailleurs au Canada. Veuillez passer à la question 14.

Autre

14. Depuis combien d'années vivez-vous au Canada ?

Veillez écrire votre réponse ici :

15. Vous considérez-vous comme une « minorité visible » ? *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui. Précisez en commentaire (Africain, Haïtien, Jamaïcain, Latino-Américain, Asiatique du Sud, Asiatique du Sud-Est ou de l'Est, Arabe/Asiatique de l'Ouest, Autochtone, Indien de l'Amérique du Nord, Inuit, Métis, autres groupes).

Non

Je préfère ne pas répondre

Faites le commentaire de votre choix ici :

16. Êtes-vous parent (biologique, beau-parent, adoptif, famille d'accueil) d'un ou plusieurs enfants ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

17. Comment avez-vous eu connaissance de ce projet de recherche ? *

❗ Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Bouche-à-oreille

Milieu de travail

Infolettre de la Fondation OLO

Réseaux sociaux (Facebook, Instagram)

Site web du Laboratoire LaPProche

Autre:

Merci pour votre participation!

Les données recueillies permettront de mieux situer l'expérience dont vous ferez part en entrevue prochainement.

Au plaisir de vous rencontrer sous peu!

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

ANNEXE C - CANEVAS D'ENTRETIEN

Canevas d'entretien

1) Entrevue semi-structurée

Mise en contexte

Présentations, confirmation verbale du consentement à l'enregistrement vidéo, début de l'enregistrement, rappel du but de l'entretien (mieux connaître les pratiques des intervenant-es vis-à-vis des partenaires de mères ayant des symptômes dépressifs ou anxieux lors du post-partum dans un contexte de vulnérabilité socio-économique (Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)), rappel du contexte (projet d'essai doctoral) et de la durée de l'entretien (maximum une heure trente).

Si consentement : début de l'enregistrement. Sinon, remerciement et fin de l'échange.

Présentation de définitions de la dépression post-partum et de l'anxiété post-partum.

Questions d'entrevue

Bloc 1

Est-ce qu'il vous arrive de travailler auprès de mères qui présentent des symptômes dépressifs et/ou anxieux lors du post-partum?

Si oui : J'aimerais que vous me parliez un peu de votre travail dans ces contextes-là : vos interventions ressemblent à quoi ?

Dans le doute : Pourriez-vous me décrire comment vous intervenez auprès de ces mères? Quelles interventions faites-vous auprès d'elles?

Si non, remercier le/la participant.e pour son temps et mettre un terme à l'entretien.

Bloc 2

Est-ce qu'il arrive que vous interveniez auprès des conjoints de ces mères ?

Si oui : Comment ça se passe?

Vos interventions portent sur quoi?

Comment réagissent les conjoints ?

Comment réagissent les mères?

Comment réagissez-vous?

Si non : 1) Pour quelle.s raison.s selon vous?

2) Est-ce qu'il arrive toutefois que vous rencontriez des conjoints dans le cadre de votre travail auprès des mères ?

Si oui : Comment ça se passe ?

Comment réagissent les conjoints ?
Comment réagissent les mères?
Comment réagissez-vous?
Si non : Selon vous, pourquoi?

Bloc 3

Est-ce qu'il vous arrive de travailler auprès de conjointes, donc auprès de couples lesbiens?

Si oui : Comment ça se passe?
Vos interventions portent sur quoi?
Comment réagissent les conjointes?
Comment réagissent les mères?
Comment réagissez-vous?

Est-ce différent d'avec les conjoints?

Si non, passer au bloc 4.

**Si le.la participant.e. a répondu non aux deux questions précédentes (ne rencontre ni conjoints ni conjointes), remercier la personne pour son temps et mettre un terme à l'entretien.*

**Si le.la participant.e. a répondu non aux questions du deuxième bloc, passez au bloc 5.*

Bloc 4

Les prochaines questions porteront sur les familles composées de couples hétérosexuels. Il sera question de conjoints masculins, et donc de partenaires qualifiés de « pères ».

Lorsque vous rencontrez un père, vous sentez-vous confiant-e de l'aborder?

Si oui ou Si non : Selon vous, qu'est-ce qui fait que vous vous sentez ainsi?

Valider avec le.la participant.e. sa réponse à la première question du bloc 2 (expérience d'intervention auprès des conjoints). Si non, passer au bloc 5.

Si oui : Lorsque vous intervenez auprès d'un père, vous sentez-vous confiant-e de l'inclure dans l'intervention?

Si oui ou Si non : Selon vous, qu'est-ce qui fait que vous vous sentez ainsi?

Bloc 5

Introduction au concept d'ACFSM (définition).

Que pensez-vous de cette idée d'approche centrée sur la famille, par rapport à votre travail en contexte post-partum, auprès des familles suivies par les SIPPE ?

Au besoin : Pourriez-vous m'expliquer davantage votre point de vue?

Diriez-vous que vous adoptez une ACFSM dans votre travail auprès des familles suivies par les SIPPE en contexte post-partum ?

Si oui : Qu'est-ce qui rend cela possible selon vous ?

Si non : Pourquoi ? *Au besoin* : Qu'est-ce qui rend cela impossible selon vous ?

Est-ce que vous adoptez une approche différente lorsque la mère rencontrée présente des symptômes dépressifs et/ou anxieux lors du post-partum ?

Si oui : Comment est-ce différent ?

Si non : Donc, considérez-vous adopter en tout point la même approche qu'en l'absence de symptômes dépressifs et/ou anxieux chez la mère?

Bloc 6

Pensez-vous que le conjoint d'une mère qui souffre de symptômes dépressifs et/ou anxieux lors du post-partum dans le contexte des SIPPE puisse offrir son soutien à sa partenaire?

Dans quelle mesure, de quelles façons ?

Si oui : Qu'est-ce qui rend cela possible selon vous ? *Au besoin* : Pourriez-vous m'expliquer/préciser davantage votre point de vue ?

Si non : Qu'est-ce qui rend cela impossible selon vous ? *Au besoin* : Pourriez-vous m'expliquer/préciser davantage votre point de vue ?

Bloc 7

Pensez-vous que, en tant qu'intervenant, vous pourriez avoir un rôle à jouer là-dedans, par exemple en incluant le conjoint dans le suivi pour le sensibiliser ou l'informer ?

Si oui : Qu'est-ce qui rendrait cela possible selon vous ? *Au besoin* : Pourriez-vous m'expliquer/préciser davantage votre point de vue ?

Si non : Qu'est-ce qui rend cela impossible selon vous ? *Au besoin* : Pourriez-vous m'expliquer/préciser davantage votre point de vue ?

Advenant que vous décidiez d'inclure davantage le conjoint dans les suivis, en lui transmettant par exemple de l'information sur les symptômes dépressifs et/ou anxieux lors du post-partum, quelle serait, selon vous, la réaction :

de la mère ?

de son conjoint ?

Selon vous, quelles retombées cela pourrait avoir :
pour la mère ?

pour le couple parental ?
pour leur enfant ?

2) Exploration de deux incidents critiques

Maintenant, j'aimerais que vous pensiez à une de vos interventions marquantes auprès d'un père d'une famille SIPPE auprès d'une mère ayant des symptômes dépressifs et/ou anxieux. Qu'est-ce qui s'est passé?

À ce moment-là, vous sentiez-vous capable de jouer votre rôle auprès de ce père et de sa famille?

Si oui : Qu'est-ce qui a rendu cela possible selon vous ?

Si non : Qu'est-ce qui a rendu cela impossible selon vous ?

Quelles étaient vos intentions ou quels étaient vos objectifs avec cette intervention?

Est-ce que ces derniers ont évolué en cours de route?

Si oui et si non : Selon vous, pourquoi?

Comment le père a-t-il agi pendant cet événement?

Si la mère était présente, comment a-t-elle agi?

Selon vous, qu'est-ce que le père attendait de vous?

Semblait-il chercher votre aide?

Si oui et si non : Selon vous, pourquoi?

Vous sentiez-vous à l'aise de discuter avec le père de ce qui le préoccupait à ce moment?

Si oui et si non : Selon vous, pourquoi?

Comment la situation s'est-elle terminée?

Avec le recul, qu'est-ce qui a été plus facile et plus difficile lors de cet événement?

Qu'est-ce qui était important pour vous lors de cet événement ?

Si un.e autre intervenant.e était dans la même situation, qu'est-ce que vous aimeriez lui dire?

Selon vous, était-ce une situation positive ou négative?

Selon la réponse, répéter les questions prévues au point 2 pour explorer un deuxième incident critique, perçu à l'opposé du premier (p.ex. : premier incident critique perçu comme positif, explorer un deuxième incident critique perçu comme négatif).

3) Conclusion

Prochaines étapes (sondage de validation à venir) et remerciements.

**ANNEXE D – SONDAGE DE VALIDATION DES PROPOS DES
PARTICIPANTES**

Sondage de validation des résultats préliminaires

Dans le cadre de l'étude prospective d'intervention, a été personnalisé à l'égard des participants de nombreux questionnaires destinés à évaluer l'impact de la prise en charge, réalisée par Jean-Marie, Céline, et Françoise, sur la santé mentale et le bien-être des participants. Ce sondage a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM (2022-2048) et est supervisé par Dr. Genevieve Pichis, professeure au département de psychiatrie et de psychologie de l'UQAM.

Il y a 15 questions dans ce questionnaire.

Éléments de définition

L'approche centrée sur la famille (ACF) soutient l'implication de chacun des membres lors de soins et de soins usuels d'un parent atteint d'un trouble mental. Elle sous-tend un continuum d'intensité de soins et services incluant l'évaluation des besoins de la famille, l'éducation de ses membres (p. ex. : information sur les troubles mentaux) et l'accompagnement du parent dans son rôle parental. L'ACF repose sur un paradigme d'autonomisation des individus (empowerment), soit l'idée qu'un parent atteint d'un trouble mental peut être le vecteur du changement dans sa famille (Chernegovski, 2018).

Therapewest, C., Hove, N., Riquelme, A. E., et McHenry, D. J. (2018). Adult mental health outcomes perspectives of parents with a mental illness and their children. *Stigma and Social Approaches, BMC Health Services Research*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3242-8>

Est-ce que cette définition concorde avec votre compréhension de l'ACF telle qu'abordée dans le cadre de votre entrevue avec la chercheure de cette étude? *

- Oui
- Non

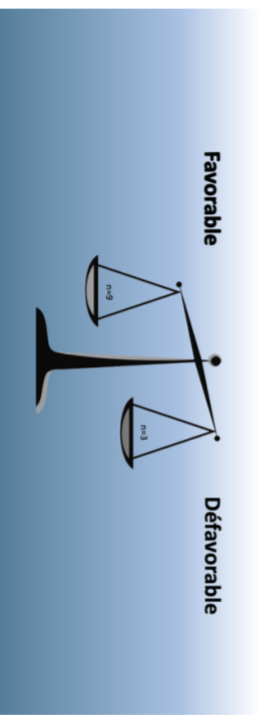
Préfère ne pas répondre

Failles le commentaire de votre choix ici :

9 participantes rencontrées ont affirmé adopter une ACF et 3 participantes

ont dit ne pas l'adopter.

1. Documenter l'adoption de l'ACF dans le cadre du programme des SIPPE



Reconnaissez-vous, sur ce schéma, votre propre perspective par rapport à l'adoption d'une ACF dans votre travail au sein des SIPPE? *

- Oui
- Non

Préfère ne pas répondre

Failles le commentaire de votre choix ici :

Certaines participantes ont identifié des facilitateurs ou des obstacles à

l'adoption de l'ACF:



1.1 Identifier les facteurs facilitateurs et les obstacles à l'adoption de l'ACF dans le cadre du programme SIPPE

Facilitants	Obstacles
<ul style="list-style-type: none">❖ Inclusion de membres de la famille élargie (p.ex. grand-parent)❖ Mandat de prévention des SIPPE (vs programme d'intervention en réajustage)❖ Adoption d'une posture égalitaire face aux clients, a.s.❖ Mère aux prises avec des enjeux de santé mentale (p.ex. parents de vie prévu comme en lieu de sécurité)	<ul style="list-style-type: none">❖ Composition de la famille (p.ex. monoparentalité)❖ Exclusion de membres de la famille (p.ex. beaux-parents)❖ Conflit d'intérêt face aux membres de la famille (p.ex. séparation conjugale)❖ Parents aux prises avec des enjeux de santé mentale

Reconnaissez-vous, dans la liste présentée, certains facilitateurs ou certains obstacles à l'adoption de l'ACF dans votre travail au sein des SIPPE? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Préfère ne pas répondre

Faites le commentaire de votre choix ici :

Certaines participantes ont identifié des particularités quant aux interventions

postpartum.



2. Identifier les caractéristiques de l'intervention postpartum en présence de symptômes anxiodépressifs

Début :	Puis :
<ul style="list-style-type: none">• Augmentation de la fréquence du suivi• Activation comportementale pour répondre aux besoins de base de la mère (alimentation, sommeil, activité physique)• Evaluation du risque suicidaire et du risque pour la sécurité de l'enfant• Recrutement d'un réseau social (personnel et communautaire) pour assurer un filet de sécurité	

Intervenez-vous ainsi en présence de symptômes anxiodépressifs chez les mères rencontrées pendant le postpartum dans votre travail au sein des SIPPE? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Préfère ne pas répondre

Faites le commentaire de votre choix ici :

Les prochaines questions porteront sur les réponses des participantes en

lien avec cet objectif :



3. Identifier, selon le point de vue d'intervenant.e.s., les caractéristiques facilitantes et les obstacles face à l'engagement des pères dans le rétablissement des mères rencontrées

l'engagement des pères



3.1 Caractéristiques organisationnelles

CAORE	FACILITANTS	OBSTACLES
	Traces administratives : <ul style="list-style-type: none">dossiers familiaux (1.1)	Traces administratives : <ul style="list-style-type: none">dossiers au nom des mères seulement (1.1)absence des pères dans les notes aux dossiers (1.2)logiciel statistique et formulaires excluant les pères (2.3)
	Mandat de prévention (1.2)	Horaire des services <ul style="list-style-type: none">premier contact (p ex.: téléphonique) (3.4)visites à domicile (2.5)
	Intervention de longue durée (3.3)	Offre de services orientée vers la mère (4.7)
CONTENU	Contenu d'intervention inclusif, parfois ciblé pour les pères (4.4)	Opérationnalisation des lignes directrices (1.2)
	Valeur d'inclusion des pères (1.1)	

Dans le cadre de votre travail au sein des SJPPE, vous est-il déjà arrivé, ne serait-ce qu'une fois, d'intervenir auprès d'un père, soit le partenaire d'une mère qui présentait des symptômes anxiodépressifs pendant le postpartum?
* Si vous répondez Non à cette question, merci de répondre Ne s'applique pas aux questions suivantes.

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Préfère ne pas répondre

Faites le commentaire de votre choix ici :

Ces caractéristiques organisationnelles faciliteraient ou feraient obstacle à

Etes-vous en accord avec certaines caractéristiques présentées dans le tableau comme facilitant ou faisant obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement des mères rencontrées?

(Les chiffres entre parenthèse indiquent d'abord le nombre de participantes ayant mentionné l'item, puis le nombre de fois où ce sujet a été discuté.)

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Préfère ne pas répondre

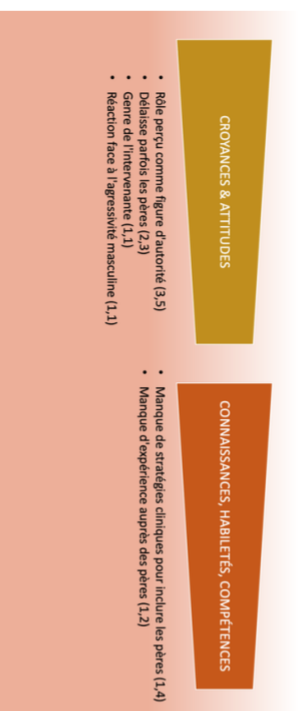
Ne s'applique pas

Faites le commentaire de votre choix ici :

Certaines croyances et attitudes des intervenantes faciliteraient

l'engagement des pères.

3.2 Caractéristiques de la main d'œuvre



Reconnaissez-vous certaines caractéristiques listées comme faisant obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement des mères rencontrées? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non
 Préfère ne pas répondre
 Ne s'applique pas

Faites le commentaire de votre choix ici :

Ces caractéristiques liées aux clientes faciliteraient ou feraient obstacle à

l'engagement des pères

3.3 Caractéristiques en lien avec les clientes (mères)

FACILITANTS	OBSTACLES
Demande explicite de la cliente d'inclure le père (conjoint) dans les services (2,3)	Contrôle exercé face au père (conjoint) (3,11)
Cliente indisponible (2,3)	Désir de confidentialité de la cliente (1,2)
	Impact des symptômes antécédents de la cliente pendant le postpartum (4,4)

Est-ce que certaines caractéristiques présentées dans le tableau ci-dessus comme facilitant ou faisant obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire (mère) concordent avec votre perception? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non
 Préfère ne pas répondre
 Ne s'applique pas

Faites le commentaire de votre choix ici :

Le parcours développemental de certains pères ferait parfois obstacle à leur

engagement.



3.4 Caractéristiques en lien avec les pères

Un parcours développemental faisant parfois obstacle :

- Transmission intergénérationnelle (3,4)
- Historique d'intervention personnel (2,3)
- Différences culturelles (1,2)

« Les pères, surtout SIPPE, c'est souvent des jeunes pères, qui ont eu eux-mêmes un parcours de vie plus ou moins facile avec des parents plus ou moins aimants, présents, et tout ce que tu veux faire pour eux c'est pas, c'est pas naturel de dire [...] je vais prendre soin de toi [...] vas prendre un bain, je vais m'occuper du bébé... »

partenaire X

Pensez-vous que les items présentés puissent faire obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire, par exemple une mère atteinte de symptômes anxiodépressifs pendant le postpartum? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non
 Préfère ne pas répondre
 Ne s'applique pas

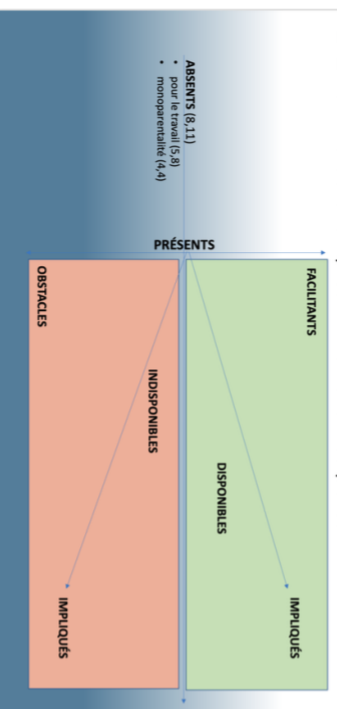
Faites le commentaire de votre choix ici :

Ce schéma propose de situer différentes caractéristiques en lien avec les

pères.



3.4 Caractéristiques en lien avec les pères



Reconnaissez-vous les items présentés en lien avec l'absence de certains pères (travail, monoparentalité) dans le cadre de votre travail au sein des SIPPE? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non
 Préfère ne pas répondre
 Ne s'applique pas

Faites le commentaire de votre choix ici :

Le quadrant supérieur droit du schéma porte sur des éléments facilitateurs

relation conjugale.



3.5 Caractéristiques en lien avec la relation conjugale

FACILITANT	OBSTACLES
Aborder la reconnaissance de l'autre comme coparent (2,2)	Division inégallitaire des tâches au quotidien (3,5) Dynamique conflictuelle (3,7)

Êtes-vous en accord avec certaines caractéristiques présentées par le tableau ci-dessus et identifiées comme facilitant ou faisant obstacle à l'engagement des pères dans le rétablissement de leur partenaire? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Préfère ne pas répondre
- Ne s'applique pas

Faites le commentaire de votre choix ici :

Merci beaucoup pour votre contribution à l'avancement des connaissances concernant les pratiques familiales inclusives en santé mentale auprès de familles vivant en contexte de vulnérabilité socio-économique!

Envoyer votre questionnaire.
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

ANNEXE E – INFORMATIONS SUR LA FAMILLE (SIPPE)

Nom et prénom de l'usager :	<input type="text"/>	Numéro de dossier :	<input type="text"/>
Date de naissance de l'usager :	<input type="text"/>		

INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Le présent document vise à recueillir des **informations générales sur la famille** et à documenter sommairement les facteurs de risque et de protection^{1,2}.

Critères d'admissibilité aux SIPPE	
<input type="checkbox"/> Faible revenu Revenu familial : _____	Et l'un des facteurs de risque suivants : <input type="checkbox"/> Sous-scolarisation Scolarisation atteinte : _____ <input type="checkbox"/> Isolement social
Suivis dans les SIPPE	Autres services
Date de début du service dans les SIPPE : _____ Type de suivi : <input type="checkbox"/> Suivi prénatal Nombre de semaines de grossesse : _____ <input type="checkbox"/> Suivi postnatal Intervenante pivot : _____ Équipe des SIPPE : _____	<input type="checkbox"/> Autres services du CISSS/CIUSSS (ex. : PJ, santé mentale) _____ <input type="checkbox"/> Autres services/ressources de la communauté _____
	Services en attente
	<input type="checkbox"/> En attente de services pour : _____ _____ _____

Renseignements généraux concernant les parents			
MÈRE		PÈRE ou CONJOINT(E), le cas échéant	
Nom et prénom :		Nom et prénom :	
<input type="checkbox"/> Vit avec l'enfant		<input type="checkbox"/> Vit avec l'enfant	
Date de naissance :		Date de naissance :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone cellulaire :	Autre téléphone :	Téléphone cellulaire :	Autre téléphone :
Courriel :		Courriel :	
Langue parlée :		Langue parlée :	
Problème d'accès en lien avec la langue :		Problème d'accès en lien avec la langue :	
<input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____		<input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____	
<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Non	

1. Les éléments d'informations inclus dans ce document, rempli par l'intervenante seulement, découlent des échanges avec les parents.
2. Le document Informations sur la famille ne remplace pas l'Avis de grossesse.

1

Personnes présentes :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :
Date de passation :	
Remplie par :	

GRILLE D'ANALYSE DES BESOINS DES FAMILLES SUIVIES DANS LES SIPPE - INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Nom et prénom de l'usager : Numéro de dossier :

Date de naissance de l'usager :

<input type="checkbox"/> S'identifie comme une personne appartenant à la communauté autochtone Laquelle :	<input type="checkbox"/> S'identifie comme une personne appartenant à la communauté autochtone Laquelle :
<input type="checkbox"/> S'identifie comme une personne immigrante Depuis :	<input type="checkbox"/> S'identifie comme une personne immigrante Depuis :
Au besoin, veuillez répondre à la question sur le parcours migratoire dans le document Pour aller plus loin.	Au besoin, veuillez répondre à la question sur le parcours migratoire dans le document Pour aller plus loin.
Situation de vie de la mère³	Situation de vie du père/conjoint(e)⁴
<input type="checkbox"/> Vit seule <input type="checkbox"/> Vit avec conjoint(e) (qu'il soit ou non le père de l'enfant) <input type="checkbox"/> Vit avec conjoint(e) (qu'il soit ou non le père de l'enfant) et enfant(s) de moins de 18 ans (le(s) sien(s) ou celui (ceux) du (de la) conjoint(e)) <input type="checkbox"/> Famille monoparentale (vit sans conjoint(e) avec enfant(s)) <input type="checkbox"/> Vit avec une ou des personnes de la famille immédiate (mère, père, sœur, frère) <input type="checkbox"/> Vit avec une ou des personnes non apparentées (réseau social hors de la famille) <input type="checkbox"/> Séparation récente (moins d'un an)	<input type="checkbox"/> Vit seule <input type="checkbox"/> Vit avec conjoint(e) (qu'il soit ou non le père de l'enfant) <input type="checkbox"/> Vit avec conjoint(e) (qu'il soit ou non le père de l'enfant) et enfant(s) de moins de 18 ans (le(s) sien(s) ou celui (ceux) du (de la) conjoint(e)) <input type="checkbox"/> Famille monoparentale (vit sans conjoint(e) avec enfant(s)) <input type="checkbox"/> Vit avec une ou des personnes de la famille immédiate (mère, père, sœur, frère) <input type="checkbox"/> Vit avec une ou des personnes non apparentées (réseau social hors de la famille) <input type="checkbox"/> Séparation récente (moins d'un an)

Renseignements généraux concernant les enfants						
Prénom	Date de naissance	Type de garde			Fréquent un service de garde éducatif à l'enfance ou autre lieu	
		Temps complet	Partagée	Autres (Ex. : 1 fds/2)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
Problème d'accès à un service de garde?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :				

Prénom	Vaccination Médical			Suivis				
	Oui	Non	À jour?	Dentaire		Médical		Par d'autres professionnels Si oui, précisez le type de professionnel (ex. : psychologue, orthophoniste)
				Oui	Non	Oui	Non	
Problème(s) de santé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :						
Inquiétudes en lien avec la croissance (poids, grandeur) et le développement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez la médication ou le traitement s'il y a lieu :						

Personnes présentes : Mère Père Autre :

Date de passation :

Remplie par :

3. Les situations de vie de la mère et du père qui sont proposées sont tirées du système d'information I-CLSC.

4. Idem

GRILLE D'ANALYSE DES BESOINS DES FAMILLES SUIVIES DANS LES SIPPE - INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Nom et prénom de l'usager : Numéro de dossier :

Date de naissance de l'usager :

SANTÉ	
Santé physique	
Suivi médical ou de grossesse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom du soignant (médecin, infirmière praticienne spécialisée (IPS), sage-femme) Nom de l'établissement/Clinique/GMF/Maison des naissances
Problème(s) de santé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Précisez le diagnostic : 1- 2- 3-	Précisez la médication ou le traitement 1- 2- 3-
Questions ou inquiétudes en lien avec votre santé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Questions ou inquiétudes en lien avec la santé du père ou conjoint(e)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Besoins spécifiques liés à une déficience physique ou intellectuelle (ex. : besoin d'une aide technique) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Expérience(s) de grossesse antérieure(s) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nombre de grossesses : _____	Comment avez-vous vécu cette (ces) grossesse(s) (ex. : type d'accouchement, âge gestationnel, bébé prématuré, de petit poids, mort-né, grossesse multiple, situation particulière de santé ou psychosociale)?
Dépression post-partum <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non En quelle année? _____	
Santé mentale	
Avez-vous des inquiétudes ou des sources de stress en ce moment? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Que faites-vous par rapport à ces inquiétudes/sources de stress?	
Problème(s) de santé mentale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Problème(s) de dépendance <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Suivi par un professionnel (médecin, psychiatre, infirmière, psychologue, travailleuse sociale, autre)
Diagnostic : 1- 2- 3-	Médication ou traitement : 1- 2- 3-
Questions ou inquiétudes en lien avec la santé mentale du père ou de votre conjoint(e)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Événements particulièrement marquants ou difficiles dans votre vie (ex. : abus, placement, deuil, immigration, etc.)	
Tentative(s) de suicide <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :	

Personnes présentes :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :
Date de passation :	
Remplie par :	