

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE FINALE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
KATE ST-ARNEAULT

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.

JANVIER 2013

Sommaire

Chaque année, le Québec dénombre plus de 85 000 naissances dont plus de 8 % surviennent chez des familles dont la mère a moins de vingt ans ou n'a pas obtenu de diplôme d'études secondaires. Ces femmes peuvent bénéficier d'un mécanisme de soutien leur étant spécifiquement destiné, soit les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Bien que l'on reconnaisse de nombreux bienfaits à l'engagement des pères auprès de leur enfant et que le soutien social est déterminant dans l'envergure qu'aura cet engagement, peu de connaissances existent actuellement à propos des relations entre les services professionnels interdisciplinaires tels les SIPPE et les pères des familles vivant en contexte de vulnérabilité socioéconomique. Dans la perspective de mieux comprendre les pratiques professionnelles à l'égard des pères au sein de ce programme, cette étude qualitative phénoménologique explore les perceptions et les croyances des intervenants des SIPPE à propos des pères qu'ils côtoient et des pratiques qu'ils mettent en place à leur endroit. L'analyse des données recueillies lors d'entretiens auprès de huit intervenants pivots a permis de dégager diverses perceptions et croyances à l'égard des pères, des services offerts aux familles et de la rencontre professionnelle avec les pères. Les résultats de cette analyse permettent d'élaborer certaines recommandations au niveau de la pratique professionnelle, de la formation, de la gestion et de la recherche.

Mots-clés : pères, croyances, perceptions, pratiques professionnelles, équipe interdisciplinaire.

Keywords : fathers, beliefs, perceptions, professional practices, interdisciplinary team.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Problématique	4
Les croyances et perceptions des intervenants au sujet des pères	13
But de l'étude	15
Questions de recherche	15
Contexte théorique	17
La transition à la paternité	19
L'engagement paternel	22
Les déterminants de l'engagement paternel	24
Les caractéristiques du père, de sa famille et de son environnement social	25
Les services sociaux et de santé comme déterminants de l'engagement paternel	36
Le programme des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	41
L'accompagnement des familles	43
La place du père au sein du cadre de référence des SIPPE	44

Les critiques à l'égard du programme des SIPPE	45
Le « Illness Beliefs Model »	48
Méthode	52
La phénoménologie comme philosophie	53
La phénoménologie comme méthodologie	55
Le milieu	59
La population cible	60
L'échantillonnage	61
Les critères d'inclusion et d'exclusion	62
Le déroulement de l'étude	62
Le recrutement des participants	62
Les instruments de collecte de données	63
Les considérations éthiques	67
L'analyse des données	68
La collecte de données verbales	69
La lecture des données	70
La division des données en unités significatives	70
L'organisation et l'énonciation des données brutes en langage disciplinaire	71
La synthèse des résultats	71
Les limites et les forces de l'étude	72
Résultats	74

Le profil sociodémographique des intervenantes.....	75
Les perceptions des intervenantes.....	77
Les différentes identités du père.....	77
Les services offerts.....	83
La rencontre entre les pères et les intervenantes.....	89
Analyse des croyances contraignantes et facilitantes à propos de l'intervention auprès des pères.....	95
Les croyances contraignantes.....	96
Les croyances facilitantes.....	98
Discussion.....	100
L'intersection des différentes croyances lors des interactions professionnelles entre les intervenantes des SIPPE et les pères.....	101
Les croyances à propos de la famille et de la situation de santé.....	102
Les croyances à propos du changement thérapeutique et du professionnel.....	106
L'intervention des SIPPE ancrée dans le paradigme de l'investissement à l'endroit des enfants.....	110
Le besoin d'identifier les risques.....	111
Des services légitimes.....	113
Recommandations.....	116
La pratique clinique.....	116
La gestion.....	117

La formation.....	118
La recherche.....	119
Conclusion.....	120
Références.....	124
Appendice A : Choix de la directrice et de la co-directrice de mémoire.....	139
Appendice B : Approbation du projet de recherche.....	141
Appendice C : Formulaire de consentement.....	144
Appendice D : Questionnaire sociodémographique.....	147
Appendice E : Guide d'entretien.....	150
Appendice F : Certificat éthique.....	155
Appendice G : Arbre thématique des unités significatives.....	158

Liste des tableaux

Tableau 1 : Dimensions de l'engagement paternel.....	23
Tableau 2 : Portrait des activités professionnelles des intervenantes.....	76

Liste des figures

Figure 1 : Représentation graphique du Cadre conceptuel de l'engagement des pères et de ses déterminants	25
Figure 2 : Représentation graphique du « Illness Beliefs Model »	51
Figure 3 : Arbre thématique des unités significatives	159

Remerciements

Un projet d'étude comme un mémoire de maîtrise, peu importe son envergure, ne se réalise jamais seul. Avoir la chance d'être guidée, conseillée, soutenue, encouragée, et même parfois déstabilisée, c'est un cadeau inestimable dans le parcours académique d'une étudiante. Dans mon cas, j'ai effectivement eu cette chance et j'en remercie chaudement ma directrice de mémoire, Mme Francine de Montigny. Elle a su, dès les premiers jours, voir en moi un potentiel dont je ne soupçonnais pas encore l'existence. Au cours des trois années et demie qu'aura duré cette aventure, avançant parfois à pas de tortue, d'autres moments à grandes enjambées, Francine a fait preuve d'une patience hors du commun. Chère Francine, merci de m'avoir pris par la main aux bons moments, mais surtout de m'avoir laissé voler de mes propres ailes dès que j'en ressentais le besoin. À tes côtés, j'ai appris à aimer la recherche et ma passion pour ma profession s'en est trouvée renouvelée.

À ma co-directrice, Mme Christine Gervais, je te remercie de m'avoir permis de croire que nos rêves sont possibles si on y travaille un peu. Grâce à toi, j'ai pu, lors des moments plus difficiles, garder espoir qu'un jour la conciliation travail-famille-études serait plus douce... Tes conseils et ton écoute seront toujours aussi appréciés.

Merci au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et à l'Université du Québec en Outaouais pour votre appui financier et surtout pour votre soutien si important à la formation de deuxième cycle en sciences infirmières. Je souhaite aussi

dire à quel point les professeurs du réseau des Université du Québec qui m'ont enseigné pendant mes études de maîtrise m'ont marqué par leur enthousiasme, leurs connaissances et leur compétence. Il ne faudrait pas oublier l'accueil chaleureux et la gentillesse de tout le personnel du département de sciences infirmières de l'UQO. Un merci tout particulier aux intervenantes du programme des SIPPE qui ont accepté de partager, avec grande générosité et sans gêne, leur expérience professionnelle. Un grand merci aussi à leur employeur qui a cru bon de soutenir une simple étudiante en cours de projet alors qu'il avait bien d'autres priorités à gérer au sein de son établissement.

Finalement, je ne peux passer sous silence l'influence positive qu'ont eue mes proches sur le déroulement de cette traversée. À mon amie Karine Juneau, jamais je n'ai osé t'avouer que j'ai entrepris ces études en partie parce que j'admirais ta détermination, en partie parce que j'avais envie, moi aussi, de me dépasser professionnellement. À ma mère et ma belle-mère, mes infirmières préférées, je n'aurais probablement jamais choisi cette profession si je n'avais pas vu la flamme dans vos yeux lorsque vous me racontiez vos journées, vos débuts, votre parcours. C'est aussi en grande partie grâce à vous deux que j'ai pu persévérer malgré les aléas du quotidien familial. À mon père, le regard que tu continues de poser sur moi et mon frère encore aujourd'hui fait en sorte qu'on a envie de s'accomplir, de se dépasser, juste pour voir la fierté dans tes yeux. Finalement, à Yan, mon amoureux, mon mari et le père de mes enfants, merci du fond du cœur pour toutes les fois où je ne te l'ai pas dit. Mon intérêt pour la recherche sur la paternité, ce n'est pas un hasard. À toi seul, tu représentes, à mes yeux, « l'engagement paternel ».

Introduction

La transition à la parentalité est d'abord et avant tout une expérience profondément intime. Pour une majorité de couples québécois, désirer, concevoir puis accueillir un enfant fait appel bien sûr à l'instinct, mais aussi à une décision commune. La transition et l'exercice de la parentalité sont aussi des événements sociaux et culturels (Lacharité, 2012). Historiquement, la société québécoise a choisi d'être responsable, conjointement avec les parents, du développement, de la santé et du bien-être de cet enfant d'où la mise en place de divers services, programmes et politiques à l'intention des familles (Hamelin-Brabant et Gauthier, 2010). Ces mesures sociales reposent sur la prémisse que la santé globale est déterminée par de nombreux facteurs biologiques, sociaux et environnementaux, les déterminants ayant le plus d'impacts chez les enfants d'âge préscolaire étant ceux liés au milieu familial (Ministère de la santé et des services sociaux, 2012). Le jeune âge et le faible niveau de scolarité des parents ainsi qu'un revenu familial sous le seuil de la pauvreté sont alors vus comme des facteurs de risque pour l'enfant. Diverses approches de soutien ont donc été développées à l'égard de ces parents dits vulnérables.

Les professionnels de la santé et des services sociaux sont les agents de première ligne de ces mesures sociales destinées aux jeunes familles à risque. À ce titre, les infirmières, nutritionnistes et différents intervenants psychosociaux forment la base des équipes interdisciplinaires qui accompagnent les familles au sein des services intégrés en

périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Ils sont donc appelés à côtoyer régulièrement ces mères, ces pères et ces enfants. Alors que les actions à l'égard des mères et des enfants sont bien encadrées et documentées (Comité conseil post-chantiers sur les SIPPE, 2011; MSSS, 2004), celles dirigées à l'endroit des pères demeurent obscures. Les conditions actuelles entourant ce programme font en sorte que la nature et la qualité de l'intervention auprès de ces derniers semblent dépendantes de la volonté, des croyances et des perceptions individuelles des intervenants. Cette étude qualitative vise donc à explorer les perceptions et les croyances des intervenants des SIPPE des pères qu'ils côtoient et des pratiques professionnelles à leur égard.

Le présent mémoire se subdivise en cinq principaux chapitres. La problématique des pratiques professionnelles à l'égard de pères vivant en contexte de vulnérabilité socioéconomique ainsi que le but et les questions de recherche de l'étude sont présentés dans le premier chapitre. Le deuxième chapitre fait état des connaissances actuelles à propos de la transition à la paternité, de l'engagement paternel des pères jeunes et économiquement défavorisés et du programme des SIPPE, permettant ainsi de mettre cette recherche en contexte au plan théorique. De plus, le cadre théorique qui sous-tend la structure de l'étude, soit le « Illness Belief Model », y est également détaillé. Le troisième chapitre présente la méthodologie choisie, soit la phénoménologie, ainsi que la démarche méthodologique. Le chapitre suivant présente le résultat des analyses des données recueillies et le cinquième et dernier chapitre, la discussion traite des limites et forces de l'étude ainsi que des recommandations qui en découlent.

Problématique

Le concept de « nouvelle paternité » réfère au fait que, depuis une quarantaine d'années, les pères n'occupent plus seulement la place de pourvoyeur ou de figure d'autorité au sein de leur famille (Deslauriers, Gaudet et Bizot, 2009). En effet, depuis que les femmes travaillent de plus en plus à l'extérieur du foyer, elles s'attendent à ce que les hommes partagent avec elles les soins et l'éducation des enfants en plus des tâches ménagères (Lamb, 2010), partage qui tend de plus en plus vers l'équité (Ministère de la Famille et des Aînés, 2011). Cette nouvelle paternité a fait naître le concept d'engagement paternel qui se définit actuellement au Québec comme la participation et la préoccupation continue du père envers le développement physique, psychologique et social de son enfant (Forget, 2009). Bien que cette définition de l'engagement paternel soit loin d'être unanime au sein de la communauté scientifique, certains s'intéressant plus au temps que le père passe avec son enfant alors que d'autres étudient leurs activités communes ou la qualité de leurs interactions (Turcotte, Dubeau, Bolté et Paquette, 2001), force est de constater que l'implication du père auprès de ses enfants comporte de nombreux bénéfices. Ces bienfaits touchent particulièrement la santé et le développement des enfants, mais aussi le bien-être psychologique des pères ainsi que la qualité de la relation conjugale et co-parentale (Conseil de la famille et de l'enfance du Québec, 2008).

Chez les familles où le père est engagé dans les soins et l'éducation de ses enfants, ces derniers démontrent un avantage sur les plans du développement langagier et cognitif, ainsi que de la régulation émotionnelle au cours de la petite enfance (Cabrera, Shannon et Tamis-LeMonda, 2007). Ces enfants sont moins à risque de souffrir de retards cognitifs (Bronte-Tinkew, Carrano, Horowitz et Kinukawa, 2008), d'hyperactivité et de difficultés en général (Flouri, 2008). Une fois adolescents, ils font preuve d'une meilleure estime personnelle (Allgood, Beckert et Peterson, 2012; Bulanda et Majumdar, 2009). Chez les familles vivant en contexte de vulnérabilité socio-économique, ce type d'engagement agit, entre autres, comme facteur de protection contre le développement de comportements délinquants chez les enfants devenus adolescents (Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid et Bremberg, 2008). Bien qu'à ce jour aucun lien direct n'ait encore été établi entre l'engagement des pères au cours de la petite enfance et la réussite scolaire des enfants à un âge plus avancé, l'état des connaissances actuelles laisse entrevoir la possibilité d'une telle hypothèse. En effet, un père impliqué dès la période prénatale est plus à même de l'être au cours des premières années de vie de l'enfant (Cabrera, Fagan et Farrie, 2008). Dans le même ordre d'idées, un investissement lors de la petite enfance se traduit habituellement par la poursuite de l'engagement dans l'éducation à l'âge scolaire (McBride, Dyer, Liu, Brown et Hong, 2009), ce qui, tout comme l'engagement maternel, constitue en soi un facteur de réussite académique chez les enfants (Flouri et Buchanan, 2004; McBride, Schoppe-Sullivan et Ho, 2005).

Les bénéfices de l'engagement paternel concernent aussi les pères. Ceux-ci ont une plus grande estime d'eux-mêmes, un meilleur sentiment d'auto-efficacité, et par conséquent, vivent moins de détresse psychologique (Schindler, 2010). En fait, s'engager auprès de leurs enfants permet aux pères de percevoir une amélioration de leur bien-être personnel (Knoester, Petts et Eggebeen, 2007) et de leur satisfaction conjugale (Hosley, Canfield, O'Donnel et Roid, 2008; Lee et Doherty, 2007).

Cependant, l'engagement paternel prend forme dans un contexte personnel, social et économique propre à chacun. S'engager auprès de ses enfants est rarement tributaire de la seule volonté du père, différentes caractéristiques personnelles et familiales, notamment, entrent en ligne de compte (Cabrera, Fitzgerald, Bradley et Roggman, 2007; Turcotte et Gaudet, 2009). Par exemple, il a été démontré que les pères plus jeunes (Castillo, Welch et Sarver, 2011), souffrant de dépression (Bronte-Tinkew, Moore, Matthews et Carrano, 2007) et éprouvant un stress parental élevé (Bronte-Tinkew, Horowitz et Carrano, 2010; Fagan, Bernd et Whiteman, 2007; de Montigny, Lacharité et Devault, 2012) sont significativement moins engagés auprès de leurs enfants. De la même façon, l'insatisfaction conjugale (Lee et Doherty, 2007), la présence de conflits entre les parents (Cabrera, Shannon et Taillade, 2009), les séparations (Castillo et al., 2011) et l'attitude de vigile¹ (*maternal gatekeeping*) de la mère (Barry, Smith, Deutsch

¹ Le *maternal gatekeeping* réfère à un ensemble de croyances et d'attitudes de la mère qui peuvent faciliter ou faire obstacle à la participation du père et à l'établissement d'une relation de collaboration entre les deux parents. En s'accaparant les tâches reliées aux soins des enfants ou encore en critiquant le père lorsqu'il les effectue, la mère limite le père ou le décourage dans ses actions auprès de ses enfants. Par contre, en encourageant le père à prendre en charge plus de tâches ou d'activités liées aux enfants, elle lui permet de s'engager activement auprès de ceux-ci (Schoppe-Sullivan et al., 2008).

et Perry-Jenkins, 2011; de Montigny, Lacharité, Baker, Devault et Gervais, 2011; Gaunt, 2008) peuvent aussi limiter le niveau d'implication du père dans les soins des enfants. À l'opposé, les croyances des pères à l'égard de leur rôle et de leur efficacité parentale (Freeman, Newland et Coyl, 2008), les encouragements de la mère (Schoppe-Sullivan, Brown, Cannon, Mangelsdorf, et Szewczyk Sokolowski, 2008), le nombre d'heures travaillées par cette dernière (Schindler, 2010) et la satisfaction conjugale en période prénatale (Lee et Doherty, 2007) sont des conditions qui favorisent l'engagement du père.

En plus des caractéristiques personnelles et familiales, l'environnement socio-économique influence aussi l'engagement paternel (Cabrera et al., 2007; Turcotte et Gaudet, 2009). Les politiques sociales (Deslauriers, 2005; Villeneuve, 2010; Wells et Sarkadi, 2012), les conditions de travail (Devault, Milcent, Ouellet, Laurin, Jauron et Lacharité, 2008) et les différentes formes de soutien social (Aycan et Eskin, 2005; Castillo et Sarver, 2012; Devault, Denis, Lacharité et de Montigny, 2013; Fagan et al., 2007; Magill-Evans, Harrison, Rempel, et Slater, 2006) influent toutes sur l'engagement paternel. Alors que les hommes d'aujourd'hui vivent leur transition à la paternité dans un contexte social bien différent de celui de leur propre père (Deslauriers et al., 2009; St-Denis et St-Amand, 2010), il peut être difficile de se modeler sur celui-ci pour construire leur nouvelle identité (Barclay et Lupton, 1999; Fägerskiöld, 2008). Cette absence de référence semble encore plus marquée pour les pères vivant en contexte de vulnérabilité socio-économique (Devault et al., 2013; Ouellet, Milcent et Devault, 2006). Cette

absence de modèle explique en partie le rôle déterminant que joue le soutien social, qu'il soit de nature formelle ou informelle, puisque c'est à l'aide des informations et des encouragements que lui fournit son réseau que l'homme développera son sentiment de compétence ou d'efficacité parentale (de Montigny et Lacharité, 2005; de Montigny, Lacharité et Amyot, 2006) et qu'il sera poussé à s'investir encore davantage (de Montigny et Lacharité, 2008).

Paradoxalement, alors que les pères vivant en contexte de vulnérabilité socio-économique sont ceux qui bénéficient le plus de recevoir du soutien social (Dallas, 2009; Turcotte, Forget, Ouellet et Sanchez, 2009), ils forment aussi le groupe de pères qui ont le moins de sources de soutien informel et de modèles de rôle dans leur entourage (Devault, Lacharité, Ouellet et Forget, 2003; Devault, Forget, Ouellet et Milcent, 2009). Pour pallier à cette situation, un programme développé spécifiquement pour la clientèle de parents en situation de précarité socio-économique, soit les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), est actuellement déployé à travers le réseau des CLSC depuis 2004. Le fait d'offrir une source de soutien aux familles vulnérables du Québec fut initialement, et est encore, un des moteurs à la base de ce programme.

Les SIPPE (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004) visent à maximiser le potentiel de santé des enfants, des mères et des pères, à optimiser le développement des enfants ainsi qu'à améliorer les conditions de vie des familles vivant en contexte de

vulnérabilité. Pour y arriver, les SIPPE proposent à la famille un suivi, principalement mené à domicile, par une équipe interdisciplinaire composée essentiellement d'infirmières, de nutritionnistes, de psychoéducateurs et de travailleurs sociaux. Ce suivi, d'une intensité et d'une durée variables en fonction de l'âge de l'enfant, des besoins exprimés par les parents et des différents centres de santé et de services sociaux, débute en période prénatale et s'étend jusqu'à l'entrée à l'école du premier enfant suivi par le programme.

Actuellement, on ne connaît pas encore l'impact qu'ont ces interventions auprès des pères puisqu'aucune donnée les concernant n'est colligée (Institut national de santé publique du Québec, 2010). Ce que l'on sait par contre, c'est que la majorité des parents ne complètent pas le suivi offert sur cinq ans et que leur participation est grandement influencée par leurs perceptions des intervenants ainsi que l'attitude de ces derniers (INSPQ, 2010). Une équipe de chercheurs s'est intéressé en 2008 à l'expérience que vivaient les parents accompagnés par les intervenants du programme des SIPPE dans deux quartiers de Montréal (Laurin, René, Dallaire, Ouellet, Devault et Turcotte, 2008). Ces parents, sans mettre en doute la pertinence des services, avaient toutefois de nombreuses critiques à formuler à propos de leur mise en application, notamment au sujet des visites à domicile par les infirmières ou les intervenants sociaux, qui suscitait chez eux un fort sentiment d'intrusion, de contrôle, d'être jugés ou évalués. Plusieurs avaient l'impression que les professionnels présumaient automatiquement de leur manque de compétence parentale. Les chercheurs ont aussi dénoté dans le discours des

parents une grande méfiance envers les intervenants sociaux ainsi qu'un sentiment d'impuissance face aux institutions sociales et une impression d'être forcés à adhérer aux services.

Même s'il existe très peu d'indices sur le vécu spécifique des pères au sein du programme des SIPPE, on sait par contre qu'actuellement au Québec, le domaine de l'intervention en période périnatale demeure un monde de femmes. En effet, la majorité des professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant auprès des familles ayant de jeunes enfants, toutes disciplines confondues, sont des femmes (Contandriopoulos, Fournier et Pham-Dang, 2007; Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, 2011; Service Canada, 2011). Le suivi que ces intervenantes proposent est principalement axé sur l'aspect physiologique de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement en plus de la santé mentale de la mère en période postnatale (MSSS, 2008a). Les interventions ciblent donc essentiellement la dyade mère-enfant plutôt que la famille inclusive du père (Baker, Miron et de Montigny, 2010; Buckelew, Pierrie et Chabra, 2006; de Montigny, Devault, Lacharité et Dubeau, 2010; de Montigny et Lacharité, 2004; Lacharité, de Montigny, Miron, Devault, Larouche et Desmet, 2005). Il s'ensuit que les pères déplorent ne pas se sentir soutenus au moment de leur transition à la paternité (de Montigny et al., 2007; Deave et Johnson, 2008).

Pourtant, la Politique de périnatalité du Québec 2008-2018 recommande spécifiquement d'« adapter les pratiques, les interventions et les services offerts dans le

réseau de la santé et des services sociaux de façon à accueillir et favoriser l'engagement des pères envers leur jeune enfant » (MSSS, 2008a, p.63). Malgré cet appui politique, les cliniciens se disent toujours aussi peu outillés à travailler auprès des pères (de Montigny et al., 2009). En effet, la paternité occupe encore peu de place dans les corpus d'enseignement des futurs infirmières, sages-femmes et travailleurs sociaux, ce qui a pour effet que plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux tiennent pour acquis que les besoins des pères sont identiques à ceux des mères (de Montigny et al., 2009; de Montigny, Devault, Este, Fleurant et Nascimento, 2011). Non seulement les services actuels correspondent peu aux besoins et attentes des hommes (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004; Dubeau et al., 2011), mais lorsque les pères sont considérés dans les services, ils le sont habituellement sous l'angle du soutien qu'ils peuvent apporter à la mère (Lacharité, 2009). Il n'est donc pas étonnant de constater que certains d'entre eux affirment se sentir exclus des services périnataux (de Montigny et Lacharité, 2004) ou encore avoir de la difficulté à se faire une place dans les services (Lacharité et al., 2005; Baker, Miron, de Montigny et Boilard, 2007).

De plus, la culture organisationnelle actuelle du réseau de la santé et des services sociaux restreint de façon substantielle les contacts possibles entre les différents intervenants de périnatalité et de petite enfance et les nouveaux pères. En effet, non seulement les horaires des services sont souvent incompatibles avec celui de l'emploi du père, mais les interventions dirigées directement envers lui ne sont pas encouragées ou valorisées par le mode de fonctionnement en place (Gervais, de Montigny et Lacharité,

soumis). Par exemple, dans le cadre du programme des SIPPE, des critères d'admissibilité au programme jusqu'à l'évaluation du rendement des intervenants (Comité conseil post-chantiers sur les SIPPE, 2011), en passant par la documentation des interventions dans les dossiers (Gervais et al, soumis) ne s'intéressent qu'aux mères, les pères étant plutôt considérés dans le calcul du revenu familial ou dans les sources de soutien à la mère. Il s'ensuit que l'intervenant qui se soucie de l'expérience du père le fait au détriment du calcul de son rendement (Comité conseil post-chantiers sur les SIPPE, 2011), ce qui, en contexte actuel de compression budgétaire et de coupures de postes, peut influencer sur la volonté des intervenants de s'intéresser au vécu des pères et de les inclure dans leurs interventions. Dans un contexte où très peu de mécanismes institutionnels existent pour inciter les intervenants à inclure les pères dans leurs interventions, il semble intéressant de se demander quels facteurs expliquent la grande diversité de pratiques à leur endroit mentionnée dans la littérature.

Les croyances et perceptions des intervenants au sujet des pères

On reconnaît qu'en plus de la formation et des conditions organisationnelles, les attitudes et les pratiques des professionnels sont influencées par leurs croyances et leurs perceptions à propos, entre autres, de la clientèle, de la situation familiale ou du contexte social (Wright et Bell, 2009). Spécifiquement, il semble que les croyances des intervenants soient gage de la qualité de leurs soins envers les pères. Par exemple, plusieurs infirmières de l'étude de Massaoudi, Wickberg et Hwang (2011) ne croient pas que les pères puissent être en détresse psychologique en période périnatale alors elles

n'évaluent jamais cet aspect de la santé familiale. Pourtant, on sait que jusqu'à 16% des pères peuvent ressentir des symptômes dépressifs allant de légers à sévères pendant la période postnatale (Pinheiro, Magalhaes, Horta, Pinheiro, daSilva et Pinto, 2006). De la même façon, l'étude de Höglund et Holmström (2008) portant sur l'intervention téléphonique affirme que lorsque l'infirmière croit que le père est moins compétent que la mère et qu'il est plus difficile d'intervenir auprès de lui, elle demande à ce dernier de se retirer afin de lui permettre de parler à la mère.

Dans différentes études, on apprend que les intervenants ne perçoivent pas les bienfaits de l'engagement paternel (Kaila-Behm et Vehviläinen-Julkunen, 2000; Ménard, 1999), le rôle de père autrement qu'en tant que soutien de la mère (Baker et al., 2010; Kaila-Behm et Vehviläinen-Julkunen, 2000) ou encore le père aussi compétent et préoccupé par ses enfants que la mère (de Montigny et Lacharité, 2012; Höglund et Holmström, 2008; Massaoudi et al., 2011). On peut se questionner sur les effets de ces croyances et de ces perceptions sur les interventions auprès des pères en termes de fréquence ou de qualité. On sait que lorsque les professionnels de la santé, particulièrement les infirmières, adoptent une approche collaborative à l'égard des pères, ceux-ci rapportent une perception plus élevée d'efficacité parentale (de Montigny et al., 2006; de Montigny et Lacharité, 2008) et un plus grand engagement auprès de l'enfant (de Montigny et al., 2012). Pourtant, on connaît peu les spécificités de l'intervention des professionnels de la santé à l'égard des pères vivant en contexte de vulnérabilité, en particulier leurs croyances et perceptions à propos de ces pères et des interventions à

leur endroit. Une meilleure compréhension des croyances et perceptions faisant obstacle ou favorisant l'intervention auprès des pères du programme des SIPPE permettra d'outiller les intervenants et leurs gestionnaires afin d'optimiser la qualité et surtout l'efficacité des services offerts à ces familles. Pour les infirmières en particulier, souvent appelées à jouer le rôle d'intervenante pivot auprès des familles dans le cadre du programme des SIPPE, réfléchir sur leurs pratiques et prendre conscience des facteurs qui les influencent constitue des moyens d'optimiser leur expertise et leur capacité d'adaptation auprès d'une clientèle en particulier (Benner, Tanner et Chesla, 2009).

But de l'étude

Le soutien social de nature formelle s'avère être un des déterminants importants de l'engagement paternel en contexte de vulnérabilité socio-économique. Compte tenu que l'intervention actuelle auprès des pères est dépendante des croyances et perceptions des intervenants de la santé et des services sociaux et qu'aucun chercheur du Québec ne s'est encore attardé spécifiquement à l'étude des croyances à propos des pères en contexte de vulnérabilité, cette étude vise à explorer les perceptions et les croyances des intervenants des SIPPE des pères qu'ils côtoient et des interventions à leur égard.

Questions de recherche

1. Quelles sont les croyances et perceptions au sujet des pères entretenues par les intervenants œuvrant au programme des SIPPE?

2. Quelles sont les croyances et perceptions des intervenants œuvrant au programme des SIPPE au sujet de leurs pratiques professionnelles à l'endroit des pères qu'ils côtoient?

Contexte théorique

Bien que l'importance de l'engagement paternel soit reconnue depuis plusieurs années et que le soutien social semble le favoriser, on en sait encore très peu sur le soutien professionnel offert aux pères québécois vivant en contexte de précarité socioéconomique. Ce qu'on sait par contre, c'est que l'attitude des intervenants et la perception que les parents ont d'eux auront un grand impact sur la participation des parents dans les activités et services offerts (INSPQ, 2010). Puisqu'il est reconnu que les croyances et les perceptions influencent les attitudes et les pratiques professionnelles (Wright et Bell, 2009), le but de cette étude est d'explorer les perceptions et les croyances qu'entretiennent les intervenants des SIPPE à propos des pères et des pratiques professionnelles à leur égard.

Ce troisième chapitre trace le portrait du contexte théorique arrimant les différents thèmes de cette étude, soit la transition à la paternité, l'expérience des pères en contexte de vulnérabilité ainsi que le programme des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. À travers ce chapitre sont aussi présentés les différents cadres de référence qui supportent, chacun à sa façon, la présente étude. En premier lieu, la théorie intermédiaire sur les transitions (Meleis, 2010) et le cadre conceptuel de l'engagement des pères et de ses déterminants (Ministère de la Famille et des Aînés, 2011) ont permis de dégager les thèmes pertinents à explorer pour élaborer le contexte théorique de cette recherche. Finalement, le cadre théorique « Illness Beliefs Model » (Wright et Bell,

2009) sert de fil conducteur à tout le processus, allant de l'élaboration des instruments de recherche jusqu'à l'analyse et l'interprétation des données.

La transition à la paternité

Les périodes de transition font partie du cours normal de la vie et signifient plus qu'un simple changement. Qu'elles soient développementales, situationnelles, organisationnelles ou de santé-maladie (Schumacher et Meleis, 2010), les transitions impliquent que la personne effectue certains ajustements cognitifs, affectifs et comportementaux (Palkovitz et Palm, 2009). Les transitions correspondent donc à des moments de réorganisation pouvant rendre la personne plus vulnérable ou à risque de vivre différentes problématiques (Meleis, Sawyer, Im, Messias et Schumacher, 2010).

Selon la théorie intermédiaire proposée par Meleis et ses collègues (2010), le concept de transition diffère de celui de changement, nécessitant la présence de différentes propriétés. Pour être considéré comme vivant une transition, la personne doit devenir consciente du processus et engagée envers celui-ci. De plus, bien que la transition soit provoquée par un ou des changements dans la vie de la personne, la transition produit aussi différents changements en retour. Ensuite, pour qu'une transition se concrétise, une certaine période de temps, variable selon les personnes et les situations, est nécessaire au processus. Finalement, contrairement au simple changement, divers événements critiques jalonnent le parcours de la personne en transition. Alors que certaines conditions facilitent ou font obstacle au déroulement des transitions humaines, certains

indicateurs permettent d'identifier qu'une transition se déroule ou a été complétée avec succès : le bien-être subjectif de la personne, sa maîtrise des habiletés requises en regard de son nouveau rôle ainsi que sa perception d'entretenir des relations interpersonnelles de qualité avec ses proches.

L'homme qui devient père vit une transition développementale. Cette transition à la paternité peut s'amorcer à différents moments selon les individus et selon les théories. Par exemple, Galinsky (1981) avait choisi la naissance de l'enfant comme point de départ de la parentalité des hommes et des femmes. Par contre, Rubin (1967) et Mercer (1985) identifient le moment de la grossesse comme le début de la transition à la maternité, ce qui pourrait aussi être le cas des futurs pères, les hommes identifiant la grossesse comme un événement critique de leur transition vers leur nouvelle identité (Genesoni et Tallandini, 2009). Peu importe que cela se produise pendant la grossesse ou une fois l'enfant né, l'homme qui prend conscience qu'il devient père de cet enfant, c'est-à-dire qu'il vit un changement majeur dans sa vie, amorce sa transition à la paternité.

À partir de ce moment, l'homme redéfinira son identité, ajustera sa relation avec sa partenaire, développera celle avec son enfant et entreprendra différentes actions lui permettant d'assumer son nouveau rôle (Chin, Hall et Daiches, 2011). Se faisant, il s'engagera dans le processus de changement, ce qui entraînera en retour différents ajustements tant chez lui que chez ceux qui l'entourent. En plus de la grossesse, les

hommes considèrent aussi la naissance et le retour à la maison avec le nourrisson comme des événements critiques, stressants et exigeants (Genesoni et Tallandini, 2009). Ces auteurs expliquent que c'est au cours de la grossesse que les hommes vivent leur plus grande période de réorganisation identitaire alors que l'accouchement représente un moment d'émotions intenses et que la période postnatale est celle où ils perçoivent le plus l'influence des différents facteurs environnementaux sur leur nouvelle identité. Certains contextes peuvent influencer leur expérience de la paternité, tels que leur santé mentale et physique, leurs attentes, leur niveau de préparation, de connaissances et d'habiletés, leurs conditions de vie ou les ressources dont ils disposent, par exemple (Schumacher et Meleis, 2010).

S'il est difficile de fixer un moment où la transition à la paternité s'amorce, il est tout aussi difficile d'identifier celui où la transition peut être considérée terminée. Grâce aux travaux de Meleis et ses collègues (2010), on peut tout de même affirmer que la transition se déroule sainement et avec succès si le père éprouve un bien-être général, s'il se sent à l'aise et confiant dans son nouveau rôle, donc s'il s'implique dans les soins et responsabilités concernant son enfant, et s'il croit réussir à maintenir des relations familiales et sociales harmonieuses. Implicitement, le niveau d'engagement paternel peut constituer, parmi d'autres éléments, un indicateur que l'identité paternelle a été intégrée (McBride, Brown, Bost, Shin, Vaughn et Korth, 2005).

L'engagement paternel

Initialement, l'implication paternelle fut définie selon trois composantes, soit 1) l'accessibilité; 2) l'engagement; et 3) la responsabilité (Lamb, Pleck, Charnov et Levine, 1987). Récemment le concept d'implication paternelle a été revisité pour tenir compte des différentes façons dont les chercheurs l'ont opérationnalisé au cours des années et propose maintenant cinq composantes : 1) un engagement positif dans les activités avec l'enfant; 2) une chaleur et une sensibilité; 3) un contrôle; 4) des soins indirects; et 5) la responsabilité du processus de prise en charge des besoins de l'enfant - s'assurer que les quatre autres aspects sont comblés par le père lui-même ou par autrui - (Lamb, 2010). Selon Lamb (2010), l'engagement paternel est un concept pouvant être confondu avec celui d'implication, alors qu'à son avis, il n'en forme qu'une partie. De plus, ce chercheur exclut la dimension de pourvoyeur de sa conceptualisation; selon lui, cet aspect de la paternité a été abondamment étudié et il souhaite concentrer les nouvelles recherches vers des dimensions encore peu évaluées.

Cependant, cette définition ou opérationnalisation des concepts d'implication ou d'engagement ne fait pas l'unanimité. Au Québec notamment, le Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants –Alliance de recherche pour le développement des enfants dans leur communauté (Grave-Ardec) définit plutôt l'engagement paternel comme la participation et la préoccupation continues du père biologique, ou du père substitut, envers le développement physique, psychologique et social de son enfant (Forget, 2009). Ces chercheurs visent une définition « non-normative » qui fait écho à la

diversité de l'expression de la paternité. L'engagement paternel comporte ici six dimensions : 1) le père pourvoyeur; 2) le père responsable; 3) le père en interaction; 4) le père qui prend soin; 5) le père affectueux; et 6) le père évocateur (voir Tableau 1 pour une description plus détaillée). Cette définition permet de tenir compte du principe que la parentalité est un rôle continu. Elle reconnaît aussi les variétés de compositions et de réalités familiales actuelles.

Tableau 1

Dimensions de l'engagement paternel

Dimension	Description	Exemples
Père pourvoyeur	Contribue au soutien financier et matériel de l'enfant.	- Travaille pour subvenir aux besoins de la famille. - Paie une pension alimentaire.
Père responsable	Prend en charge les tâches indirectes et les responsabilités relatives au bien-être et à l'éducation de l'enfant.	- S'intéresse au cheminement scolaire. - Effectue les suivis de santé requis.
Père en interaction	Est présent et interagit de façon significative avec son enfant.	- Joue à un jeu avec l'enfant. - Discute avec son enfant de ses activités, ses amis.
Père qui prend soin	Participe activement aux soins de l'enfant.	- Donne le bain. - Aide aux devoirs.
Père affectueux	Se rend disponible pour soutenir affectivement et cognitivement son enfant.	- Console son enfant. - Établit des contacts physiques chaleureux.
Père évocateur	Évoque spontanément son enfant lors que ce dernier est absent.	- Raconte des interactions avec son enfant ou des souvenirs qui le concerne à ses collègues de travail, ses amis.

L'engagement paternel est donc possible malgré les séparations conjugales, ou autres situations limitant l'accès du père à l'enfant, ainsi qu'en présence d'enfants qui ne sont pas biologiquement les siens, par exemple. Mais si, comme le soutiennent ces chercheurs, l'expression de l'engagement paternel est si diversifiée, quels sont les différents facteurs qui l'influencent? Le Ministère de la Famille et des Aînés (2011) a intégré les connaissances dont la littérature faisait état et a ainsi proposé un cadre conceptuel de l'engagement paternel et de ses déterminants.

Les déterminants de l'engagement paternel

Basé sur le modèle bioécologique de Bronfenbrenner (1996), une première intégration des déterminants de l'engagement paternel a été proposée par Turcotte et ses collègues (2001). Depuis, différentes mises à jour intégrant les nouvelles connaissances issues de la recherche ont été réalisées (Dubeau, Clément et Chamberland, 2005; Turcotte et Gaudet, 2009) et clairement représentées sous forme graphique par le MFA en 2011 (Figure 1). Ce modèle propose trois sphères d'influence sur l'engagement paternel, soit les caractéristiques du père lui-même, son environnement proximal - la famille - et son environnement distal - l'environnement social global -, et insiste sur l'importance et la complexité des interactions entre ces trois sphères.

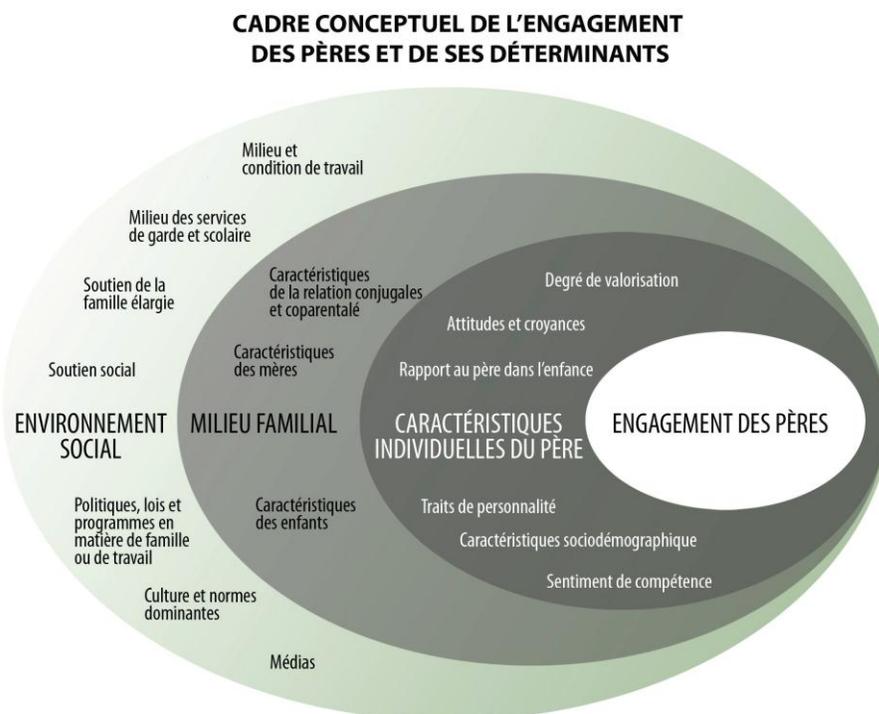


Figure 1. Représentation graphique du Cadre conceptuel de l'engagement des pères et de ses déterminants, tiré de MFA (2011), p.9.

Examinons plus spécifiquement comment la littérature récente appuie un tel modèle, en se limitant toutefois aux études menées auprès de jeunes pères d'enfants d'âge préscolaire ou de pères vivant en contexte de pauvreté, soit le type de père susceptible de recevoir les services des intervenants du programme des SIPPE.

Les caractéristiques du père, de sa famille et de son environnement social

Quelques études québécoises, d'autres internationales, font état des différents facteurs de protection et des obstacles à l'engagement paternel des pères en situation de

vulnérabilité. La richesse de ces études est de reposer directement sur le discours ou les données rapportées par les pères eux-mêmes.

Trois études québécoises se sont penchées sur la signification accordée à la paternité par les jeunes pères (Deslauriers, 2010, 2012; Devault et al., 2008; Ouellet et al., 2006; Quéniart, 2004). Les pères interrogés dans ces études avaient tous moins de vingt-cinq ans à la naissance de leur premier enfant. Dans la première étude qualitative employant la méthodologie de la théorisation ancrée (Quéniart, 2004), trente-deux hommes provenant de milieux socioéconomiques variés (différents statut conjugal, statut d'emploi, différents niveaux de revenu familial) ont été interviewés. Aux yeux de ces jeunes hommes, un père est une personne sur qui l'enfant doit pouvoir compter tout au long de sa vie. Les propos des pères mettent en évidence que pour eux, le fait de devenir père a été un appel à la responsabilisation, un déclic les poussant à changer quelques-unes de leurs habitudes de vie ou leurs activités sociales qui pouvaient entrer en conflit avec leurs nouvelles responsabilités. À leur avis, la priorité est maintenant accordée à l'enfant et ils désirent être présents pour ce dernier à tous les niveaux.

Toujours selon ces pères (Quéniart, 2004), le soutien matériel et psychosocial offert par les parents d'origine (la famille élargie) est garant d'une plus grande confiance en leurs capacités à assumer leur nouveau rôle et leurs nouvelles responsabilités. Par contre, le besoin du jeune homme de s'émanciper et d'affirmer son indépendance face à ses parents l'amène à délimiter de nouvelles frontières avec ses parents. Finalement, les

jeunes hommes rencontrés pour cette recherche affirment que leur rapport avec leur propre père durant l'enfance les amènent à vouloir se distancer du rôle autoritaire pour adopter plutôt une figure de guide pour leur enfant.

Deslauriers (2010, 2012) a également interrogé trente pères dans son étude qualitative, aussi basée sur la méthodologie de la théorisation ancrée. La majorité d'entre eux n'avaient pas de diplôme d'études secondaires et tous vivaient sous le seuil de la pauvreté. Les discours de ces hommes ressemblent à ceux retrouvés dans l'étude de Quéniart (2004), c'est-à-dire qu'eux aussi croient en l'importance du rôle du père et voient la transition à la paternité comme un appel à la responsabilisation. Ayant majoritairement vécu une enfance instable ainsi qu'une adolescence marginale et délinquante, ces hommes souhaitent modifier leurs habitudes de vie néfastes, et ce dès la période prénatale. De plus, ils désirent être un meilleur père que ne l'a été le leur (Deslauriers, 2012). Par contre, ces jeunes adultes doutent profondément de leurs capacités à s'occuper d'un enfant convenablement et croient que la mère de l'enfant est plus compétente dans le domaine (Deslauriers, 2010).

Les pères rencontrés par Deslauriers (2010, 2012) occupent majoritairement des emplois précaires, mal rémunérés, ce qui les force parfois à cumuler différents boulots. Le stress financier imposé par les nouveaux besoins matériels, tels qu'un logement pour la nouvelle famille ou l'équipement pour le bébé, engendre chez eux une pression à se trouver un travail et surtout un revenu stable. Finalement, la relation conjugale étant très

récente lors de la conception et la communication en lien avec les décisions concernant l'enfant étant particulièrement difficile, les jeunes hommes craignent déjà une éventuelle séparation où l'accès à l'enfant en serait affecté. Toutes ces données ont permis à l'auteur d'affirmer que le principal défi des jeunes pères est lié aux multiples transitions qu'ils doivent réaliser en peu de temps (Deslauriers, 2010). Devant à la fois intégrer le rôle d'adulte, de père, de conjoint, de membre d'une équipe parentale et de travailleur, ces hommes sont littéralement brusqués dans leur acquisition de nouvelles connaissances, habiletés et compétences.

Une troisième étude québécoise (Ouellet et al., 2006; Devault et al., 2008) s'est aussi intéressée au vécu des jeunes pères. Elle visait à décrire comment les pères en situation d'exclusion socio-professionnelle vivent leur paternité afin de proposer une typologie de leur engagement selon leur trajectoire de vie. Cette recherche, basée sur les récits de vie thématiques, a nécessité de rencontrer dix-sept pères, dont sept récemment immigrés, qui effectuaient un stage en entreprise d'insertion socio-professionnelle. La majorité d'entre eux n'a pas obtenu de diplôme d'études secondaires et a connu une enfance et une adolescence difficiles, la moitié ayant même dû être prise en charge par les Centres jeunesse. Dans la même veine que les études décrites plus tôt, ces hommes ont perçu la transition à la paternité comme un appel au changement (habitudes de vie, responsabilités, etc.). Ces changements sont par contre, pour quelques-uns, une source de sacrifices, de regrets, certains jeunes pères étant tiraillés entre leurs désirs personnels et les besoins liés à l'enfant.

Les relations conjugales décrites au sein de cette étude sont tout aussi récentes lors l'arrivée de l'enfant (Ouellet et al., 2006; Devault et al., 2008). Les pères rapportent que la grossesse et la première année de vie de l'enfant sont des périodes tumultueuses sur les plans conjugal et co-parental si bien que la plupart des couples sont séparés au moment des entretiens. Cette étude se démarque des autres en affirmant que la durée de la relation conjugale avant l'arrivée de l'enfant est un gage d'engagement paternel ultérieur : plus les parents ont eu l'occasion d'apprendre à se connaître avant de concevoir, plus ils seront en mesure de former une équipe parentale efficace.

De plus, Ouellet et ses collègues (2006) proposent un continuum de la paternité où se retrouvent trois situations types selon les hommes rencontrés. Les jeunes hommes dont la paternité est *en suspension* forment le premier groupe. Ces pères ont très rarement accès à leur enfant en raison de facteurs personnels, de raisons liées à la mère de l'enfant ou encore selon les contraintes établies par le système légal. Le deuxième type de paternité est qualifié de *en pointillé* puisque ces hommes démontrent un engagement plus large que le premier groupe, mais toutes les dimensions de l'engagement paternel ne sont pas actives. De plus, ces pères sont plus préoccupés par leurs propres difficultés que par les besoins de l'enfant et leurs contacts avec ce dernier sont habituellement négociés avec la mère. Ce type de paternité laisse croire à un engagement paternel fragile. Finalement, le troisième type de paternité, celle *en continu*, s'aperçoit lorsque le père prend en charge les responsabilités liées à son rôle, qu'il trouve un travail stable, qu'il est disponible pour les soins à son enfant et qu'il modifie ses habitudes de vie

incompatibles avec sa paternité. Les préoccupations de ces hommes sont plutôt tournées vers l'enfant et leur engagement paternel est régulier et multidimensionnel.

Sur le plan international, une étude réalisée aux États-Unis abonde dans le même sens que les études québécoises (Lemay, Cashman, Elfenbein et Felice, 2010). À l'aide d'un devis qualitatif exploratoire et descriptif, ces auteurs ont exploré les croyances, attitudes et besoins des jeunes hommes à l'égard de leur paternité actuelle ou à venir. Ce groupe multiethnique de trente jeunes pères perçoit la disponibilité et la présence pour leur enfant comme les plus grandes qualités d'un bon père. Puissant facteur de motivation, l'idée de devenir un bon père incite les jeunes hommes à tenter d'améliorer leur niveau d'éducation, leur statut d'emploi ainsi que leurs comportements et habitudes de vie. Tout comme la majorité des autres jeunes pères rencontrés dans les études précédemment mentionnées, la plupart d'entre eux cherchent à se distancer du modèle paternel reçu, qu'ils qualifient d'absent ou d'abusif. Ces jeunes hommes mentionnent être heureux et se sentir gratifiés par leur rôle de père, mais relatent toutefois le poids que représentent les responsabilités financières, les soins à l'enfant lorsqu'il est malade ou la relation conjugale instable.

Les croyances des pères plus âgés vivant en contexte de pauvreté jouent un rôle tout aussi important dans leur niveau d'engagement. Ainsi, Freeman, Newland et Coyl (2008) ont pu démontrer par leurs travaux quantitatifs que les pères (N = 101) d'enfants participant aux programmes *Head Start* et *Early Head Start* de certains états américains

perçoivent le manque de temps et les horaires de travail comme un obstacle à leur engagement paternel dans 80 % des cas. Cinquante pourcent croient aussi que le manque d'énergie et de ressources les freinent, tandis que le tiers affirme que le stress et l'attitude de *vigile* de la mère limitent leur engagement. Plus positivement, leurs perceptions d'efficacité parentale et la définition qu'ils accordent au rôle de père est directement liée à leur niveau d'engagement paternel. À l'aide d'analyses de régression, les chercheurs ont pu déterminer que le lien entre les facteurs de risques contextuels (âge, statut conjugal, statut socioéconomique) et le niveau d'investissement du père auprès de ses enfants est modelé par les croyances de ce dernier. En somme, les pères qui valorisent leur rôle et qui se perçoivent efficaces dans leur rôle sont plus à même de s'engager activement auprès de leur enfant et ce, malgré les différents facteurs de risque connus.

Toujours aux États-Unis, Summers, Boller et Raikers (2004) ont rencontré 575 pères économiquement défavorisés. Âgés en moyenne de 29 ans, ils sont pères d'enfant de 2 ans au moment de l'entrevue. Ces hommes d'origines ethniques diverses identifient plusieurs obstacles et facteurs facilitants leur rôle paternel. Parmi les obstacles, ils nomment plusieurs caractéristiques de leur emploi limitant leur temps et leur énergie disponibles pour s'occuper de leur enfant. Certains nomment aussi le manque de ressources financières et d'informations concernant le rôle parental ainsi que l'absence de modèle positif de la part de leur propre père. D'un autre côté, plusieurs de ces pères mentionnent que le soutien reçu de la mère de l'enfant et de leurs familles élargies ainsi

que le fait d'avoir une expérience antérieure de prendre soin d'un enfant facilitent leur rôle de père.

Les travaux de Kettani et Euillet (2012) menés en France font aussi état de l'impact des croyances des pères en situation de pauvreté. Ces auteures ont comparé le stress parental, le sentiment de compétence et l'engagement parental chez deux groupes de pères : le premier considéré en situation de précarité socioéconomique (N = 82) et l'autre, considéré « contrôle » (N = 105). Sur les plans de l'âge du père ou des enfants, les groupes ne présentent pas de différences significatives. Par contre, le groupe considéré précaire est constitué d'autant de pères originaires de l'Union européenne que de pères immigrants, ce que le groupe contrôle ne présente pas comme caractéristique. En comparant le niveau d'engagement paternel, aucune différence significative n'est observée entre les deux groupes. Par contre, les pères considérés « précaires » sont plus stressés par leur rôle et se sentent moins compétents en tant que parent. De façon encore plus intéressante, c'est la perception de la précarité qui influence le plus le stress et le sentiment de compétence. Ici, contrairement à Freeman et ses collègues (2008), les croyances des pères n'influencent pas l'engagement du père comme tel, mais jouent plutôt sur le sentiment de compétence et le niveau de stress parental.

Si pour Kettani et Euillet (2012) le stress parental ne semble pas affecter l'engagement paternel, l'étude corrélationnelle de Fagan, Bernd et Whiteman (2007) démontre l'inverse. Les pères de cet échantillon des États-Unis étaient en moyenne âgés

de 19 ans, les mères de 17 ans et tous appartenait à une ethnie autre que caucasienne. En analysant les données issues des cinquante dyades de pères et mères adolescents au temps 1 - en fin de grossesse - et au temps 2 - à 3 mois de vie de l'enfant-, ils ont démontré que le stress parental éprouvé par le père diminue son implication dans les soins de l'enfant à 3 mois de vie. De plus, son niveau d'engagement prénatal prédit son investissement dans les soins ultérieurs.

Les pères séparés ou divorcés vivant en contexte de vulnérabilité socioéconomique ont aussi fait l'objet d'études concernant leur engagement parental post-rupture. Allard, Bourret, Tremblay, Bergeron et Roy (2005) ont tenté de comprendre les stratégies utilisées par ces pères qui ont maintenu leur engagement malgré la séparation conjugale afin d'en cerner les facteurs facilitants. Parmi les quinze pères d'enfants d'âge préscolaire rencontrés pour cette étude qualitative, la majorité était séparée depuis plus de deux ans. Ils étaient âgés entre 24 et 48 ans. Ce qui ressort fortement de leurs discours sont les nombreux efforts qu'ils ont dû déployer pour réussir à maintenir leur engagement paternel. Ces hommes font état de la profonde souffrance qu'ils ont ressentie suite à la séparation, détresse ayant mené nombre d'entre eux à la dépression ou à la consommation de drogues ou d'alcool. Ils ont dû surmonter cette souffrance pour éventuellement en arriver à redéfinir leur rôle parental, à prioriser leur enfant et à trouver un logement adéquat où ils pourraient de nouveau accueillir leur enfant. Les hommes interviewés démontrent une capacité à demander et accepter de l'aide tant de leur famille et amis que des ressources communautaires. Pour chacun de ces hommes, le soutien

matériel et psychologique s'est avéré crucial en regard de leur engagement après séparation. Plusieurs mentionnent la disqualification sociale qu'ils ont ressentie, les forçant à prouver continuellement leurs compétences tant à eux-mêmes, qu'à leur ex-conjointe qui contrôle l'accès à l'enfant et aux professionnels des systèmes sociaux et légaux qui encadrent les arrangements à propos de la garde de l'enfant.

Aux États-Unis, l'étude corrélationnelle de Perry (2009) menée auprès de 278 pères afro-américains pauvres, âgé en moyenne de 29,6 ans et n'ayant jamais cohabité avec la mère de leur enfant âgé de trois ans identifie différents facteurs pouvant influencer le niveau d'engagement paternel de ces pères. Selon ses travaux, les pères plus jeunes, moins éduqués et ayant un revenu plus élevé ont plus de chances de s'impliquer activement dans les soins et les activités liés à l'enfant. Cet auteur explique ce résultat par le fait que le meilleur revenu est un argument de poids dans les négociations avec la mère pour l'accès à l'enfant. De plus, selon ce chercheur, les jeunes pères, donc habituellement les pères moins éduqués, sont plus ouverts aux rôles familiaux non-traditionnels. Toujours au sein de cette étude, les pères qui perçoivent un plus grand soutien à leur endroit de la part de la mère de l'enfant sont plus à même de s'investir auprès de ce dernier. Finalement, les pères dont les enfants ont plus de contacts avec leurs grands-parents maternels sont moins enclins à s'engager. L'auteur se questionne à savoir si c'est le soutien de la famille maternelle élargie qui entraîne le désengagement des pères, ceux-ci se sentant éclipsés par cette dernière, ou si plutôt le soutien accru de la famille est en fait le résultat d'un moins grand investissement du père.

Les résultats de Castillo et Sarver (2012) abondent dans le même sens en ce qui a trait à l'âge du père et à la relation co-parentale. Cette étude corrélationnelle a aussi été menée aux États-Unis auprès de pères n'habitant pas avec la mère de leur enfant âgé d'un an. Ces hommes vivent sous le seuil de la pauvreté, sont âgés en moyenne de 26 ans et proviennent de différents milieux ethniques. Ces travaux indiquent que les pères plus jeunes et ceux qui maintiennent une relation co-parentale de qualité sont plus portés à s'engager auprès de leur enfant, tout comme les pères qui perçoivent un plus grand soutien de la part de leur famille élargie et de leurs amis. Par contre, ni le revenu, ni le niveau de scolarité, ni le statut d'emploi ou l'origine ethnique n'ont d'impact sur l'engagement.

En résumé, les croyances à propos des rôles familiaux, de la compétence parentale et des impacts de la paternité entretenues tant par les pères eux-mêmes que par les mères de leurs enfants semblent influencer grandement l'engagement paternel des hommes jeunes ou vivant en contexte de précarité socioéconomique. Des écrits recensés, il ressort une grande volonté d'implication de ces hommes dans la vie de leur enfant, mais l'investissement comme tel est parfois brimé ou limité par : 1) des facteurs personnels; 2) des caractéristiques de la mère de l'enfant et de la relation conjugale et co-parentale; et 3) des caractéristiques du contexte social au sein duquel se déploie la paternité, surtout la disponibilité du soutien de nature informelle et la précarité des conditions d'emploi. Examinons maintenant plus spécifiquement comment les services sociaux et de santé

influent eux aussi sur l'engagement de pères vivant en contexte de vulnérabilité socioéconomique.

Les services sociaux et de santé comme déterminants de l'engagement paternel

Ayant eu peu de modèles paternels positifs sur lesquels se baser pour développer leur rôle parental, les pères jeunes et les pères économiquement défavorisés présentés dans les études de la section précédente affirment avoir peu de connaissances sur la parentalité et parfois douter de leur compétence à assumer leur rôle. Le soutien offert par la mère de l'enfant ainsi que par leur réseau social (famille élargie et amis) semble crucial pour le développement de leur engagement. Mais quelle est l'expérience de ces pères du soutien formel qu'ils reçoivent?

À cet égard, une étude qualitative canadienne s'est intéressée à l'expérience des jeunes pères en contact avec divers organismes de services sociaux (Deslauriers, Devault, Groulx et Sévigny, 2012). Quinze pères ont été rencontrés lors d'entretiens individuels et 28 autres lors de la tenue de cinq entrevues collectives pour un total de 43 pères âgés en moyenne de 24,8 ans. La moitié de ces pères n'avait pas obtenu de diplôme d'études secondaires, était séparé de la mère de leur enfant, le tiers des pères n'avaient plus aucun contact avec leur enfant et la majorité vivait sous le seuil du faible revenu. Ces jeunes hommes rapportent le sentiment d'être jugés immatures et incapables d'assumer leurs responsabilités parentales par les institutions sociales comme le système judiciaire et les organisations de services sociaux. Ils se disent victimes de

discrimination puisque selon eux, il est beaucoup plus facile pour les jeunes mères d'obtenir du soutien pour faire face à leurs différents défis. Ils ont l'impression que les préjugés dont ils sont victimes font en sorte qu'ils doivent constamment prouver qu'ils sont de bons parents. Ces pères déplorent le manque de services adaptés à leurs propres besoins, plus spécifiquement en lien avec leur rôle de pourvoyeur, tels qu'un soutien pour le retour aux études ou pour trouver un meilleur emploi.

Aux États-Unis, une recherche menée par Dallas (2009) s'est penchée sur l'expérience des jeunes pères de leurs interactions avec des professionnels de la santé de façon générale au cours de la période périnatale. L'auteure a rencontré 25 familles composées de pères afro-américains âgés de moins de vingt ans, la mère de leur enfant ainsi qu'au moins un grand-parent maternel et un grand-parent paternel ($N_{\text{total}} = 111$). Les résultats des analyses d'entrevues familiales mettent en évidence trois types d'interactions que les professionnels de la santé ont avec les pères adolescents : de soutien, neutres et de distanciation. Les interactions de soutien sont celles le plus fréquemment rapporté. En leur fournissant informations, soutien émotionnel et soutien matériel, les professionnels que ces jeunes pères côtoient contribuent à reconnaître leur rôle et à les encourager à s'impliquer dans le processus de la transition à la parentalité. Les interactions qualifiées de neutres forment le deuxième type le plus mentionné. Ce genre d'interaction se manifeste principalement par le fait d'ignorer le père en ne tenant pas compte de son horaire de travail ou d'école, en ne s'adressant pas à lui lors des rendez-vous ou en dirigeant toute la conversation autour de la mère. Ceci ne permet pas

de reconnaître le jeune homme en tant que père, même lorsque ce dernier essaie d'agir en tant que tel. Finalement, les interactions de distanciation sont celles où le jeune père est carrément dénigré ou lorsque les professionnels nient sa paternité.

Ross, Church, Hill, Seaman et Roberts (2012) ont aussi interviewé 32 hommes écossais ou anglais devenus pères à vingt-cinq ans ou moins ainsi que la mère de leur enfant ($N_{\text{total}} = 62$) à deux moments, soit en grossesse et lorsque l'enfant était âgé d'environ 18 mois. Il en ressort que les jeunes hommes ont vécu plus d'interactions négatives avec les intervenants de la santé que leur partenaire, sans toutefois préciser de quel type d'intervenants il s'agit. Plusieurs rapportent s'être sentis exclus ou marginalisés, voire ignorés lors des rendez-vous prénataux, ce qui a eu comme effet chez certains d'entre eux de choisir de ne plus prendre part à ces suivis. Un certain nombre d'entre eux n'a pas pu participer aux cours prénataux, ceux-ci étant réservés exclusivement aux futures jeunes mères. Suite à la naissance de leur enfant, plusieurs jeunes pères se sont donc retrouvés face à un manque de connaissances et d'habiletés en lien avec les soins à donner à l'enfant. Ils auraient souhaité recevoir plus de conseils et de soutien à ce sujet avant et immédiatement après l'accouchement.

L'étude de Summers et ses collègues mentionnée plus tôt (2004) rapporte qu'un bon nombre des 575 pères rencontrés ont déclaré ne pas connaître de ressources pour les pères dans leur communauté et que si de telles ressources existaient, ils n'en auraient pas besoin. Parmi ceux-ci, certains affirmaient fermement l'indépendance du rôle parental

alors que les autres voyaient plutôt l'enseignement s'adressant aux parents comme une ingérence dans leurs familles. Environ la moitié de l'échantillon de pères avaient des enfants qui recevaient les services du programme *Early Head Start*, programme s'apparentant au programme des SIPPE par la clientèle rejointe et une partie des services offerts, soit l'accompagnement des familles à domicile. Spécifiquement, certains de ces pères rapportent que leur participation à ce programme leur a permis de recevoir du soutien direct en lien avec leur implication auprès de leur enfant (informations et soutien émotionnel) ainsi qu'en lien avec leur statut d'emploi et leurs besoins financiers. Pour un autre groupe de pères, le soutien offert par ce programme était plutôt indirect. En effet, la mère de l'enfant recevant les informations lors des activités, elle pouvait alors informer le père à son tour puisque ce dernier ne participait pas aux rencontres. La participation de l'enfant aux différentes activités était une autre forme de soutien indirect puisqu'elle permettait au père de s'assurer que le développement de son enfant était optimisé en son absence. Finalement, un troisième groupe de pères dont l'enfant était inscrit à ce programme ont avancé qu'ils ne percevaient aucun soutien puisque les activités se déroulaient pendant leurs heures de travail, que le programme était principalement destiné aux mères et que les pères séparés vivant des conflits avec la mère de l'enfant pouvaient difficilement y participer.

Finalement, une étude de cas à propos du programme *Sure Start* implanté dans la ville anglaise de Hinton s'est penchée sur les bénéfices perçus par les pères et les mères de la participation des pères dans les activités liées au programme (Potter et Carpenter,

2010). Les intervenants du programme *Sure Start* avaient beaucoup de difficultés à engager les pères dans les services et ont mis différentes mesures de l'avant pour contrecarrer ce défi. Entre autres, un intervenant « père » a été identifié avec la tâche de chercher à rejoindre plus de pères, ce qui fut réussi trois ans plus tard. Cet intervenant a notamment mis en place des groupes exclusifs aux pères, les a consultés à propos des activités à mettre en place et a utilisé différentes activités ponctuelles pour attirer les pères dans les services. Dix-sept pères et huit mères ont été interrogés dans le cadre de cette étude. Ces parents perçoivent que les pères qui s'engagent dans le programme sont plus engagés envers leur enfant, que leur réseau social s'est élargi, qu'ils reçoivent davantage de soutien, que leurs connaissances, habiletés et attitudes liées à la parentalité sont améliorées et que le stress familial semble diminué. Ces mêmes avantages sont aussi perçus par sept pères québécois ayant participé à des groupes de pères au sein d'organismes communautaires (Marois, 2010).

En résumé, les pères semblent avoir des opinions diversifiées quant au soutien offert par différents services sociaux et de santé. Ce qui semble ressortir des discours des pères est que lorsque le service professionnel est accueillant et qu'il répond à un besoin perçu, ces derniers ont plus tendance à vouloir y participer. Puisque la recherche dont il est ici question porte sur les perceptions et croyances des intervenants du programme des SIPPE à propos des pères qu'ils côtoient et des interventions qu'ils mettent en place à leur égard, il est essentiel de s'attarder à mieux comprendre les enjeux liés à ce programme en particulier.

Le programme des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

En 2009-2010, c'est près de six milles femmes qui ont été inscrites au programme des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012a). Les SIPPE sont issus de trois programmes distincts soit Naître égaux – Grandir en santé (1991), le Programme de soutien aux jeunes parents (2000) et le programme de Soutien éducatif précoce (1997) (MSSS, 2004). Ces trois programmes s'adressaient à différentes clientèles dites vulnérables, en raison de leur situation de pauvreté socio-économique ou du jeune âge des parents puisque ces deux caractéristiques augmentent le risque de vivre des problèmes psychosociaux et de santé. Puisque ces services n'étaient pas en mesure à eux seuls de répondre à la complexité des besoins des familles qu'ils accompagnaient, l'idée de les intégrer est née et les SIPPE ont alors été déployés à travers le réseau des CLSC dès 2004. La politique de périnatalité 2008-2018 (MSSS, 2008a) et le programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2008b) considèrent toujours le programme des SIPPE comme la mesure à privilégier pour soutenir les parents québécois vivant en contexte de vulnérabilité.

À long terme, les SIPPE souhaitent favoriser le développement et l'adaptation sociale des enfants de familles vivant en contexte de vulnérabilité pour ainsi « contribuer à diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et des problèmes sociaux, dont l'abus et la négligence envers les enfants » (MSSS, 2004, p.14). Parmi les nombreux déterminants du développement et de l'adaptation sociale des enfants en lien avec le système familial, les conditions de vie et l'environnement social, seuls deux

d'entre eux ont été retenus comme critères pour les SIPPE : le jeune âge des parents et la pauvreté. Le jeune âge des parents est un facteur de risque pour l'enfant. En effet, les enfants nés de jeunes parents ont plus de chances de développer des problèmes de comportement et des retards de développement (Bonneau, Ménard, Paquet et Pampalon, 2001, cité dans MSSS, 2004). De la même manière, les enfants de milieux pauvres sont plus à risque de mortalité au cours de la première année, de problèmes de santé physique et psychologique, de problèmes de comportement et de retards scolaires (Baron, 1999, cité dans MSSS, 2004). Les SIPPE ciblent donc spécifiquement la clientèle de familles 1) dont les mères ont moins de vingt ans à l'accouchement; et 2) dont les mères ont plus de vingt ans, n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires et vivent sous le seuil du faible revenu. Bien que n'en ayant pas fait mention dans la description de ses assises théoriques, le cadre de référence des SIPPE ouvre la porte à l'immigration récente en tant que facteur de vulnérabilité pouvant permettre à d'autres femmes de recevoir les services. Un rapport sur l'optimisation des services paru en 2007 (Agence de santé et de services sociaux de Montréal, 2007) affirme alors que les SIPPE s'adressent aussi aux familles ayant immigré depuis moins de cinq ans et cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité liés à leur parcours migratoire.

Plus spécifiquement, l'objectif des SIPPE est de diminuer la mortalité et la morbidité chez tous les membres de la famille, à favoriser le développement optimal des enfants ainsi qu'à améliorer les conditions de vie des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables. Pour y arriver, les SIPPE misent sur le développement et le soutien

du pouvoir d'agir des individus et des communautés, donc sur la participation de ces derniers à l'identification de leurs problèmes, besoins et projets, ainsi qu'au choix et à la mise en œuvre de la réponse à ceux-ci. Concrètement, ce renforcement du pouvoir d'agir des familles se fait à deux niveaux : l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être. Puisque cette étude s'intéresse au vécu des intervenants et que le soutien à la création d'environnements favorables relève moins de l'intervenant que de son gestionnaire de programme, nous ne décrivons ici que l'angle d'intervention portant sur l'accompagnement des familles.

L'accompagnement des familles

Le cadre de référence des SIPPE élaboré par le MSSS (2004) décrit en détail le type d'accompagnement qui doit être offert aux familles, précisant même les qualités requises chez l'intervenant. Ainsi, le suivi intensif individualisé offert aux familles correspondant aux critères d'admissibilité décrits plus haut débute vers la douzième semaine de grossesse et prend fin lorsque l'enfant atteint l'âge de cinq, soit l'âge de son entrée à l'école (MSSS, 2004). L'intensité et les objectifs du suivi varient selon les besoins et la situation de chaque famille, mais les rencontres se font principalement à domicile, aux deux à quatre semaines en moyenne, et durent entre soixante et quatre-vingt-dix minutes. À ces visites s'ajoutent différentes activités de groupe, telles les rencontres prénatales.

Le suivi individualisé est principalement offert par un intervenant qualifié de « pivot » ou de « privilégié », c'est-à-dire un intervenant principal qui établira un lien de confiance durable avec la famille. La profession de cet intervenant doit répondre aux besoins les plus criants de la famille. Cet intervenant est chargé de répondre aux besoins immédiats des familles, d'encourager les parents à utiliser les ressources communautaires ainsi que de soutenir leur insertion sociale, l'apprentissage de leur nouveau rôle parental et l'adoption de saines habitudes de vie. Afin d'optimiser son soutien, l'intervenant pivot est appuyé par une équipe interdisciplinaire disponible pour le seconder lorsque la situation ou les besoins des familles dépassent son champ d'expertise.

La place du père au sein du cadre de référence des SIPPE

Bien que les critères d'admissibilité de la clientèle reposent sur des caractéristiques maternelles et que les indicateurs du monitoring ne concernent que les interventions réalisées auprès des mères, le MSSS reconnaît que les pères des familles vivant en contexte de vulnérabilité ont un profil psychosocial semblable (MSSS, 2004), c'est-à-dire qu'ils sont peu scolarisés et qu'ils ont peu de revenus. De plus, le cadre de référence présente la relation conjugale de ces couples comme étant instable, à un point tel que souvent le père se désinvestit totalement de la vie familiale après quelques années de vie de l'enfant (Cardinal Remete, 1999; Charbonneau, 1999; Goulet, Marcil, Kamdom et Toussaint-Lachance, 2001; cités dans MSSS, 2004).

Le cadre de référence reconnaît que le travail de l'intervenant tourne principalement autour de la santé et du bien-être de la mère et de l'enfant. Toutefois, il mentionne que l'intervenant doit prendre en considération la présence et les besoins du père et s'assurer de répondre à ceux qui touchent à la relation père-enfant. Concrètement, le rôle de l'intervenant auprès du père consiste à s'intéresser à ses projets et son vécu, à valoriser son rôle et son engagement, à lui faire une place au sein de la famille, à l'encourager à soutenir sa conjointe ainsi qu'à solliciter sa participation pour les tâches reliées à l'enfant.

Les critiques à l'égard du programme des SIPPE

Au cours de la troisième et de la quatrième année d'implantation du programme, la direction de la santé publique de Montréal a entrepris une tournée des douze CSSS de son territoire afin de rencontrer les intervenants, les gestionnaires et les archivistes concernant certaines critiques préalablement formulées à propos de l'implantation et du monitoring des SIPPE (ASSSM, 2007). À l'aide d'entrevues semi-structurées sous forme de « focus group », d'analyse de bilans et de plans d'action ainsi que de rencontres visant à harmoniser les outils de suivi du programme, différents constats ont été identifiés en lien avec les enjeux contextuels, les modalités d'implantation et le monitoring du programme. Le rapport écrit ne fait pas état du nombre d'intervenants, gestionnaires ou archivistes rencontrés.

Selon les intervenants et gestionnaires rencontrés, l'instabilité du personnel au sein du réseau de santé et des services sociaux entraîne une perte de connaissances et de compétences parmi les ressources dédiées au programme des SIPPE. De plus, la formation des nouveaux intervenants sur la prévention et le pouvoir d'agir s'en trouve affectée, les gens aptes à la donner n'étant plus en poste. Cette situation de roulement de personnel rend aussi très difficile le suivi des familles par le même intervenant sur une période de cinq ans. L'essoufflement qu'entraînent la pénurie de personnel et l'intensité du suivi questionne aussi les intervenants et gestionnaires sur la pertinence du format d'accompagnement offert. En effet, selon le rapport la fréquence réelle des visites à domicile ne constitue que la moitié de ce qui est prévu par le cadre de référence (Comité conseil post-chantiers sur les SIPPE, 2011).

Toujours selon ces mêmes participants, la rigidité des critères d'éligibilité au programme ainsi que la forme d'accompagnement offerte aux familles entraînent un sentiment d'injustice chez les intervenants qui perçoivent que certaines familles ne correspondant pas aux critères bénéficieraient davantage du suivi que d'autres qui sont éligibles. Ils affirment que ce sentiment d'injustice les démobilise. Finalement, selon les intervenants et les gestionnaires rencontrés, la méthode de monitoring utilisée favorise la quantité d'interventions et non pas la qualité, en plus d'entraîner une surcharge de travail administrative.

Les critiques à propos du programme des SIPPE proviennent aussi de la part de parents recevant ou ayant reçu les SIPPE (Laurin et al., 2008). Une étude participative a été menée à Montréal auprès d'un groupe de trois hommes et six femmes du quartier Hochelaga ainsi qu'un deuxième groupe de sept femmes du quartier St-Michel. Au cours des dix rencontres de groupe hebdomadaires d'une heure trente, les parents, pour la plupart monoparentaux, ont fait part du sentiment de contrôle et d'intrusion que provoque l'accompagnement offert sous forme de visites à domicile, format ne correspondant habituellement pas à leurs besoins (Laurin et al., 2008). Selon eux, ces sentiments ont limité leur engagement au sein des SIPPE. Ce constat rejoint les résultats de l'INSPQ selon lesquels seulement soixante-neuf pourcent des femmes admissibles au suivi ont effectivement reçu les services en 2009-2010 (INSPQ, 2010). La rétention au programme une fois l'enfant âgé de dix-huit mois ou plus constitue d'ailleurs toujours un défi (Comité conseil post-chantiers sur les SIPPE, 2011). Selon les parents rencontrés, ils se sentent menacés par la longueur et la fréquence des visites puisqu'elles s'apparentent à ce qu'ils connaissent de la protection de la jeunesse (Laurin et al., 2008). Certains parents ont avoué se sentir jugés et culpabilisés par les intervenants, ayant l'impression que leurs capacités parentales n'étaient pas reconnues.

En somme, la transition à la paternité dans un contexte de vulnérabilité socio-économique semble parsemée d'embûches réelles et potentielles ayant un impact certain sur la façon qu'ont ces pères de s'engager auprès de leur enfant. Malgré que les mécanismes de soutien informel soient privilégiés par ces hommes, il semble que ces

derniers souhaitent aussi recevoir plus de considération, d'attention et d'aide de la part des professionnels des services sociaux et de santé qu'ils côtoient. Le programme des SIPPE se veut justement un accompagnement spécifique des familles vivant en contexte de vulnérabilité socioéconomique. Par contre, son cadre théorique orienté vers la mère et l'enfant (critères d'admissibilité, cible d'action), mais qui invite à considérer le père et à l'encourager à soutenir sa conjointe, semble envoyer un message contradictoire aux intervenants en ce qui concerne leur rôle auprès des pères. De plus, on en connaît très peu sur les relations entre les pères et les professionnels, et encore moins en ce qui concerne les interventions spécifiques à l'endroit des pères au sein des SIPPE. Puisque nous savons que l'attitude des infirmières et intervenants sociaux est décriée par les parents, il semble alors important de s'intéresser aux intervenants du programme des SIPPE et d'explorer les perceptions et croyances qu'ils entretiennent à l'égard des pères, de même qu'à propos des interventions qu'ils mettent en place, ou non, à leur endroit.

Le « Illness Beliefs Model »

L'utilisation d'un modèle en guise de cadre de référence permet de définir les concepts en jeu et d'organiser les liens qui les unissent de façon cohérente pour la discipline infirmière (Fawcett, 2005). Le cadre de référence choisi, le « Illness Beliefs Model » (Wright et Bell, 2009), cerne le centre d'intérêt de l'étude, oriente de façon logique chacune des étapes de la recherche en guidant notamment le développement du canevas d'entrevue et en donnant un angle précis à l'analyse des données recueillies.

Suite à leurs nombreuses années de pratique clinique auprès des familles à la « Family Nursing Unit » de l'Université de Calgary, Wright et Bell (2009) ont développé le « Illness Beliefs Model » (modèle des croyances envers la maladie) dans l'optique de 1) décrire, explorer et évaluer les pratiques auprès des familles qui aident à alléger la souffrance et 2) comprendre et expliquer ce qui provoque le changement thérapeutique. Selon les auteures, la souffrance et le changement thérapeutique sont des phénomènes relationnels où les croyances s'entrechoquent.

Le principe de base de ce modèle est que ce n'est pas nécessairement la maladie comme telle qui cause le plus de souffrance à la personne et à la famille, mais plutôt les croyances qui l'entourent. Selon Wright et Bell, les croyances sont déterminées par la structure bio-psycho-socio-spirituelle de la personne, structure basée sur son historique génétique et d'interactions (Wright et Bell, 2009, p.19). À travers ses interactions avec les autres et avec l'environnement, le bagage de croyances des personnes est continuellement renouvelé, confronté ou solidifié. Chacun a la capacité de s'accrocher aux croyances qu'il juge importantes et de questionner celles qu'il juge moins utiles. Le changement thérapeutique survient lorsque la modification des croyances allège la souffrance de la personne.

À l'intérieur d'une relation thérapeutique circulent plusieurs croyances : celles de la personne, celles de la famille et celles du professionnel, elles-mêmes inscrites au sein des croyances culturelles de la société (Figure 2). Ces croyances concernent la famille, la

maladie, le changement thérapeutique et le professionnel. Le professionnel peut avoir un impact positif ou négatif sur les croyances du patient ou de la famille. Il peut donc alléger la souffrance, mais aussi l'accentuer. En effet, les croyances personnelles, culturelles et professionnelles de l'intervenant influencent sa façon d'être comme clinicien et déterminent sa perception de la famille, de la situation de santé et du changement qu'il tente de créer.

Les croyances sont considérées comme étant contraignantes ou facilitantes (Wright et Bell, 2009). Celles qui sont contraignantes sont celles diminuant la possibilité de trouver des solutions et de résoudre les défis alors que celles qui sont facilitantes augmentent la possibilité de résoudre les problèmes, allègent la souffrance et invitent à la guérison (Wright et Bell, 2009). Afin de créer un contexte permettant le changement de croyances, donc l'allègement de la souffrance, il est essentiel de distinguer ces deux types de croyances puis de confronter celles qui sont contraignantes et de renforcer celles qui sont facilitantes. L'intervenant doit donc lui aussi être prêt à confronter, et même à changer ses propres croyances lorsqu'il côtoie les familles.

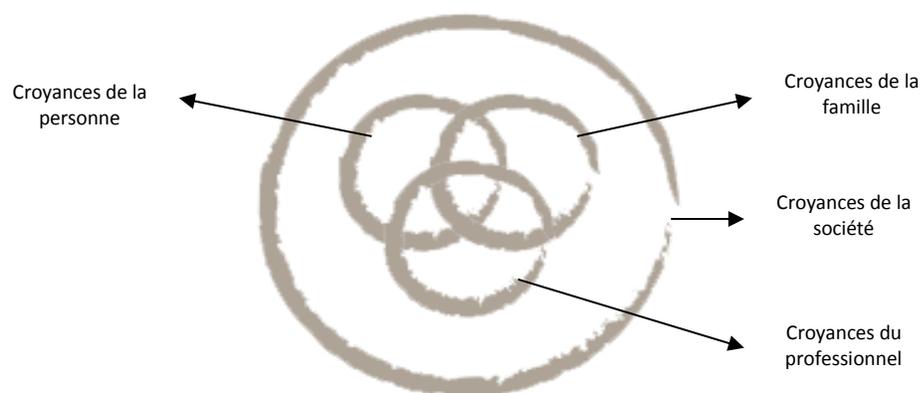


Figure 2. Représentation graphique du « Illness Beliefs Model », adapté de Wright et Bell (2009).

Puisque les croyances influencent directement l'agir professionnel, la relation thérapeutique qu'un intervenant réussit ou non à établir avec les familles ainsi que sa perception de celles-ci, le « Illness Beliefs Model » permettra à l'auteure de développer son guide d'entretien et d'analyser les données recueillies afin de cerner les croyances facilitantes et contraignantes à propos des pères et des interventions à leur égard. De cette façon, il sera plus aisé de visualiser l'impact des croyances de l'intervenante dans l'établissement, le maintien et l'issue de la relation thérapeutique avec le père. Le prochain chapitre fait état de la démarche méthodologique entreprise pour réaliser la présente étude.

Méthode

Le quatrième chapitre sert à décrire la méthodologie employée pour explorer les perceptions et les croyances des intervenants des SIPPE à propos des pères qu'ils côtoient et des pratiques professionnelles à leur égard. L'approche qualitative phénoménologique est exposée en premier lieu, suivie de la description du milieu, de la population cible, de l'échantillonnage et des critères d'inclusion et d'exclusion. Ensuite, le déroulement de l'étude, les considérations éthiques ainsi que l'analyse des données sont détaillés avant de présenter les différentes forces et limites de l'étude. Les documents institutionnels portant sur le choix de la directrice et de la co-directrice de mémoire ainsi que sur l'approbation du projet de recherche se retrouvent en appendices A et B.

La phénoménologie comme philosophie

La phénoménologie, comme philosophie et comme méthodologie visant à dégager l'essence d'un phénomène d'intérêt tel qu'expérimenté par l'individu (Giorgi, 1997; Schmidt et Brown, 2009; Carpenter, 2011), constitue la trame de fond de cette recherche, guidant son orientation générale, sa collecte de données ainsi que leur analyse.

Alors que l'empirisme a dominé la scène philosophique du dix-neuvième et du vingtième siècle, un nouveau courant de pensée, la phénoménologie, a graduellement été

introduit au début du siècle dernier. Passant d'un centre d'intérêt unique axé sur l'objet et la nature, la phénoménologie dirige plutôt son attention sur l'être et son monde (Giorgi, 2005). Issue principalement des travaux du mathématicien Edmund Husserl (1900-1970), puis peaufinée et adaptée par différents penseurs tel qu'Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, Ricoeur et Levinas, cette approche est basée sur l'intentionnalité et la conscience. Pour Husserl, la conscience est un médium entre l'être humain et son monde, alors que l'intentionnalité est l'aspect dirigé de la conscience : on est nécessairement conscient de quelque chose, et cet objet de conscience, ce quelque chose, la transcende inévitablement (Giorgi, 2005). La conscience n'est donc qu'une ouverture dont on fait preuve et elle prend forme tant par la pensée que par l'intermédiaire du corps. Le sujet et l'objet sont alors indissociables, leur relation ne peut être objective. La conscience qu'on peut avoir d'un objet est totalement différente de l'objet lui-même : cette perception dépend de la perspective adoptée pour prendre conscience de l'objet et il est impossible d'avoir conscience de l'objet dans son entier, puisqu'on ne peut avoir accès à toutes les perspectives possibles.

La phénoménologie se veut alors l'étude des structures de la conscience (Giorgi, 1997), de l'expérience du monde tel que vécu par l'individu (Carpenter, 2011). L'objet, qu'il soit réel ou immatériel, n'est pas étudié en tant que tel ici, mais c'est plutôt la perception que les êtres en ont, le sens qu'ils lui donnent qui attire l'attention. L'objet ne peut être compris qu'à travers la conscience : il n'existe donc pas d'objet « réel », mais seulement des phénomènes qui se présentent à nous, que nous percevons. Le phénomène

étudié dans le cadre de la présente recherche est donc l'expérience qu'ont les intervenants des SIPPE (leurs croyances et leurs perceptions) de côtoyer des pères dans le cadre de leur pratique.

La phénoménologie comme méthodologie

La phénoménologie appartient d'abord et avant tout au domaine de la philosophie et s'attarde à décrire et comprendre l'expérience subjective telle que vécue par les individus (Giorgi, 1997). Afin d'apprécier dans leur globalité les relations professionnelles qui se tissent entre les intervenants des SIPPE et les pères qu'ils côtoient, il s'avère nécessaire de regarder différents facteurs tels que les croyances et les perceptions des intervenants à l'égard du rôle de père, de sa place au sein des familles, ainsi que le contexte organisationnel et social à l'intérieur desquels se déploient les pratiques professionnelles. Pour ce faire, le chercheur qui veut observer une telle expérience à l'aide du courant de pensée phénoménologique peut utiliser la méthodologie philosophique rigoureuse élaborée par Husserl (1913/1983) puis adaptée à la recherche scientifique par Giorgi (1997), méthodologie comportant trois étapes à la fois distinctes et interdépendantes : la réduction phénoménologique, la description et la recherche des essences.

Giorgi (1997) explique le processus de réduction phénoménologique non seulement comme un moyen de préciser les résultats de recherche, mais aussi comme une façon de relativiser l'existence des choses, des phénomènes. En ne tenant plus pour acquises les

choses et les relations telles qu'on les perçoit soi-même, c'est-à-dire comme des vérités absolues, on se permet de les regarder sous la perspective de celui qui les vit et d'ainsi apprécier sa vérité relative à lui. Pour y arriver, il est nécessaire de mettre de côté notre attitude naturelle ou notre naïveté quotidienne, donc de se donner la permission de remettre en question les événements, les phénomènes, même s'ils ne dérogent pas de ce qui était attendu, de ce qui constitue la norme acceptée. Une autre façon permettant de regarder le monde à travers la perspective d'autrui est de mettre de côté (ou entre parenthèses) nos connaissances antérieures à propos du sujet d'étude (Giorgi, 1997). De cette façon, il est possible d'être entièrement présent au phénomène tel qu'il se présente, donc de le percevoir sous un regard neuf, innocent, puisqu'alors libre de préjugés et de présupposés (Carpenter, 2011). Ce type de réduction exige d'être conscient de ce qui pourrait influencer le regard porté sur la situation examinée. Finalement, la réduction phénoménologique fait apparaître la signification de l'expérience telle qu'exprimée par celui qui l'a vécue sans que cette signification soit contrainte par celle du chercheur ou du philosophe. Il est ainsi impossible pour le chercheur de prétendre qu'il comprend mieux le phénomène que la personne qui en a fait l'expérience.

Toujours selon Giorgi (1997), l'étape de la description est tout aussi cruciale que celle de la réduction. Elle permet d'exprimer, de communiquer à l'autre à l'aide du langage, les objets intentionnels de sa conscience, c'est-à-dire les phénomènes tels que vécus, tels que perçus (Carpenter, 2011). La description est donc le récit, la narration, de l'expérience étudiée : elle se limite donc à ce que la personne raconte puisqu'il est

impossible d'avoir accès à tout ce que l'autre peut penser. En effet, Giorgi (1997) distingue clairement la phénoménologie qu'il qualifie de « pure », donc simplement descriptive, de la phénoménologie interprétative (herméneutique) mise de l'avant par Heidegger (1927). Pour Giorgi (1997), une description suffisamment riche n'a pas besoin d'interprétation du chercheur, elle comporte déjà les éléments nécessaires à l'explication du phénomène en question.

La troisième et dernière étape du processus méthodologique en phénoménologie selon Giorgi (1997) est celle de la recherche des essences. En effet, contrairement à d'autres procédés d'examen du monde qui nous entoure, la phénoménologie vise à produire des conclusions ou des connaissances plus durables, c'est-à-dire qui tiendront la route malgré les contextes qui pourront différer. La phénoménologie recherche donc la signification ou le sens fondamental des objets, des phénomènes, sens qui permettra des variations dans l'expérience subjective, mais qui les encadrera aussi. En évaluant toutes les formes et expressions possibles d'un phénomène étudié par un procédé que Giorgi (1997) nomme « variation libre et imaginaire », il est alors envisageable de dégager les particularités, les propriétés ou les caractéristiques qui demeurent inchangées à travers l'éventail des situations imaginées. Ces éléments communs représentent donc ce qui est véritablement essentiel à la conscience d'un phénomène.

Tel que mentionné précédemment, la phénoménologie est d'abord issue du domaine philosophique (Giorgi, 2010). La méthodologie décrite ci-haut permet l'étude

philosophique des phénomènes. Pour porter un regard scientifique phénoménologique, il est nécessaire d'adapter ces trois étapes méthodologiques aux besoins de la science (Giorgi, 1997). La description d'un phénomène d'intérêt faite par autrui, et non la signification que la personne lui donne, forme la base du matériel sur lequel le chercheur se penchera (Giorgi, 2010) : la description est donc la première étape scientifique de cette approche alors que c'était la réduction en philosophie. Il est primordial que cette description soit concrète, précise et détaillée et qu'elle aborde une expérience bien spécifique. Cette description sera donnée en fonction de l'attitude naturelle, ou de la naïveté, dont la personne fait preuve au quotidien. L'intérêt est justement de découvrir les « vérités » que cette personne utilise pour percevoir le monde, ce qu'elle tient pour acquis : ses préjugés, ses connaissances, ses croyances.

La réduction phénoménologique est donc une perspective adoptée par le chercheur et non par la personne qui perçoit le phénomène. Ce faisant, la description de la personne apparaît au chercheur scientifique comme étant celle de la personne seulement, non pas comme étant une description pouvant être généralisée à d'autres. La description ainsi faite est porteuse de l'interprétation que le participant à l'étude fait du phénomène qu'il a vécu, elle est subjective. Mais Giorgi (1997, 2002) note qu'il est essentiel que le chercheur reconnaisse que la perspective de réduction qu'il adopte peut difficilement faire abstraction de la subjectivité liée à sa discipline. En somme, la recherche d'essences scientifiques sera nécessairement plus limitée et plus circonscrite que la recherche d'essences philosophiques puisque dépendante du contexte et surtout de la

vision disciplinaire. C'est cette recherche de subjectivité, les croyances et les perceptions des intervenants des SIPPE à l'égard des pères qui façonnent les interactions professionnelles qu'ils ont avec eux, que cette étude tente de mettre en évidence en utilisant l'approche phénoménologique. Le discours des intervenants constitue ainsi la base qui guide la compréhension scientifique et structurale du phénomène en cours.

Le milieu

Le programme des SIPPE est exclusivement offert à travers les Centres locaux de services communautaires (CLSC) de chacun des quatre-vingt-quinze Centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec. Puisque les caractéristiques de la clientèle, l'application des critères d'admissibilité au programme, la composition des équipes et l'organisation du travail au sein du programme des SIPPE diffèrent d'un CSSS à un autre (ASSSM, 2007). Cette recherche a choisi de s'intéresser à un seul CSSS afin de limiter l'influence de différentes structures organisationnelles sur les pratiques professionnelles. Comme ce sont les voix des parents, des intervenants et des gestionnaires de la région de Montréal qui ont majoritairement été entendues jusqu'à maintenant (ASSSM, 2007; Laurin et al., 2008), il semble approprié de s'intéresser au vécu des intervenants des SIPPE travaillant en régions, leur clientèle et leur réalité organisationnelle étant différentes en plus d'un point.

Le milieu choisi pour cette étude est un CSSS qui dessert un territoire situé dans les Laurentides, au nord de la région métropolitaine de Montréal. Le choix de ce milieu en

particulier s'explique par l'existence d'une collaboration de recherche préalable entre celui-ci et la directrice et la co-directrice du mémoire, collaboration favorisant le recrutement et la participation des intervenants. En 2011, ce territoire semi-urbain et rural comptait une population d'environ 45 000 habitants dont près de cinq pour cent étaient des enfants âgés entre zéro et quatre ans. Environ le quart de la population active n'avait pas de diplôme d'études secondaires, le taux de chômage y est un peu plus élevé que dans le reste du Québec et plus de dix pour cent vivent sous le seuil du faible revenu. L'immigration y est relativement faible et la majorité des immigrants habitant le territoire provient d'Europe et y est installée depuis plus de quinze ans.

Les professionnels qui travaillent au sein des SIPPE de ce CSSS dédient de quelques heures à quelques jours par semaine au suivi des familles ciblées, le reste de leur temps étant alloué à d'autres programmes. Ils forment une équipe d'intervenants que l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal (2007) qualifierait de dédiée à moins de cinquante pour cent, c'est-à-dire que, sauf quelques exceptions, ils consacrent moins de la moitié de leur temps de travail aux SIPPE, ce qui est représentatif de l'organisation du travail en dehors des grands centres urbains.

La population cible

La population cible de cette étude est composée de l'ensemble des professionnels (infirmières, nutritionnistes, agents de relations humaines, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés ou psychoéducateurs) jouant actuellement le rôle d'intervenant

pivot au sein du programme des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance du CSSS décrit ci-haut.

L'échantillonnage

L'échantillonnage scientifiquement valide en recherche qualitative phénoménologique doit répondre à différents critères permettant de dégager l'essence du phénomène d'intérêt tel que vécu par les individus (Savoie-Zajc, 2007). Tout d'abord, l'échantillonnage adopte un caractère intentionnel permettant de comprendre le point de vue des personnes qualifiées de « compétentes » face au phénomène étudié (Schmidt et Brown, 2009; Carpenter, 2011). Dans le cas de la présente recherche, l'échantillonnage par choix raisonné vise à identifier ceux qui sont considérés experts de l'expérience de côtoyer des pères dans le cadre des SIPPE, c'est-à-dire ceux qui jouent le rôle d'intervenant pivot auprès de ces familles.

Les critères quant à la taille de l'échantillon requis ne font pas consensus dans la littérature. Carpenter (2011) affirme qu'il est nécessaire d'atteindre la saturation des données, c'est-à-dire qu'aucun nouveau thème n'émerge ou que les données se répètent, avant de cesser la collecte des données alors que Morse (1989) qualifie plutôt cette saturation de mythe. En effet, considérant la nature intentionnelle de l'échantillon, si d'autres participants avaient été choisis ou si l'étude avait été menée à un autre moment, de nouvelles données auraient été recueillies. La saturation ne peut donc être atteinte qu'à l'intérieur d'un échantillon donné et d'un temps spécifique. Puisque l'auteure a

intentionnellement choisi au sein d'un seul CSSS un groupe hétérogène d'intervenants par leur discipline professionnelle, leur âge, leurs années d'expérience de travail auprès des familles et au sein des SIPPE, les entretiens ont été cessés lorsqu'ils n'apportaient plus de nouvelles informations. Les récits de huit participants ont donc été les sources d'informations ayant servies aux analyses.

Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les participants à cette étude doivent répondre à trois critères d'inclusion. Non seulement ils doivent être un professionnel de la santé et des services sociaux qui œuvre au sein du programme des SIPPE sur le territoire choisi, mais ils doivent aussi jouer un rôle d'intervenant pivot auprès d'au moins une famille et être volontaire pour participer à une recherche portant sur leur expérience de côtoyer des pères dans le cadre de leur travail. Aucun critère d'exclusion n'a été déterminé pour cette recherche.

Le déroulement de l'étude

Cette section présente les différentes modalités du déroulement de la recherche allant du recrutement des participants à la collecte de données.

Le recrutement des participants

Tel que décrit plus haut, le recrutement des participants a grandement été facilité par la collaboration préexistante entre la directrice et la co-directrice de ce mémoire et le milieu d'accueil. Une fois l'accord obtenu de la part de l'employeur pour la tenue des

entretiens pendant les heures de travail des participants, ce dernier a accepté de présenter brièvement le projet de recherche aux intervenants qui œuvrent au programme des SIPPE, en précisant que cette participation se tiendrait durant les heures normales de travail. Il les a invités à communiquer par téléphone ou par courriel avec la co-directrice s'ils désiraient prendre part au projet. Lors de cette communication, la co-directrice expliquait plus amplement le projet, les objectifs de l'étude, le déroulement de l'entrevue, vérifiait que les intervenants rencontraient les critères d'inclusion, répondait à leurs questions si nécessaire puis fixait un rendez-vous avec l'intervenant, selon des plages horaires préétablies avec l'auteure.

L'employeur avait mis un local fermé à la disposition de l'auteure. Tous les participants ont accepté de faire l'entrevue sur leur lieu de travail. Lors du rendez-vous, l'auteure a lu puis expliqué le formulaire de consentement (Appendice C). Elle a pris le temps de répondre aux questions du participant avant de signer le formulaire avec lui. Un code est attribué à chaque participant de sorte à préserver la confidentialité et l'anonymat. Une fois ces démarches complétées, l'entrevue est débutée.

Les instruments de collecte de données

Le chercheur qui entreprend une étude de nature phénoménologique endosse différents rôles, le premier étant celui de faciliter la transformation de l'expérience d'autrui en langage, de rendre public le savoir privé (Carpenter, 2011). Pour arriver à obtenir une description la plus étoffée possible, il utilise principalement l'entrevue où

l'interaction verbale favorise le partage entre les deux parties. Tout au long de l'entrevue, le chercheur accompagne la description et la compréhension de la perception du participant (Schmidt et Brown, 2009). Pour ce faire, il utilise l'entrevue semi-dirigée. Cette pratique permet d'être véritablement à l'écoute du récit du participant et d'obtenir les informations que ce dernier juge importantes dans son expérience personnelle. Bien qu'il soit plus restrictif que l'entretien non structuré, l'entretien semi-dirigé est suffisamment souple pour faciliter la narration du vécu tout en encadrant le déroulement de l'entretien autour de questions clés prédéterminées (Streubert et Carpenter, 2011).

Dans le cadre de cette étude, tout juste avant l'entrevue, il était demandé aux participants de remplir un court questionnaire sociodémographique (Appendice E) portant sur l'âge, le genre, l'état civil et le parcours professionnel en lien avec leur emploi actuel au sein des SIPPE, de manière à tracer un portrait d'ensemble des intervenants rencontrés. Chacun des entretiens s'est déroulé sur une période d'environ une heure dans le local fermé. Un guide d'entretien contenant les grands thèmes à aborder ainsi que quelques exemples de questions ouvertes a été élaboré pour la présente étude (Appendice F). L'entretien était enregistré sur bande audio numérique en deux copies afin de limiter le risque de perdre des données dû à d'éventuelles difficultés techniques. Ce guide comporte vingt questions et traite du parcours professionnel du participant, de sa perception et ses croyances à l'égard de la paternité et des pratiques professionnelles à l'égard des pères ainsi que d'un incident critique qu'il a vécu avec un père. La description d'un incident critique est une technique qui est ici utilisée pour

tenter de déjouer le biais lié à la désirabilité sociale en limitant le récit de situations imaginées ou idéalisées.

La technique de l'incident critique. Initialement, la méthodologie de recherche basée sur la technique de l'incident critique a été développée par les chercheurs de l'Aviation Psychology Program de l'armée de l'air des États-Unis au cours de la Deuxième Guerre mondiale et guidait le processus de sélection et d'élimination des futurs membres d'équipage. Décrite par John C. Flanagan (1954), la technique de l'incident critique se veut « un ensemble de procédures servant à recueillir les observations directes du comportement humain de façon à faciliter la résolution de problèmes pratiques » [traduction libre] (Flanagan, 1954, p.327). Un incident est ici défini comme toute activité humaine observable suffisamment complète en soi permettant de faire des inductions ainsi que des prédictions à propos de la personne qui la performe. Pour être considéré critique, l'incident doit survenir dans une situation où l'intention de l'action est claire pour l'observateur et où les conséquences sont évidentes. L'observation par un expert permettait alors d'avoir accès à l'événement de manière objective. Déjà, la flexibilité de la méthodologie était primordiale, permettant aux différents chercheurs de l'adapter en fonction de leurs besoins.

Depuis, différentes disciplines ont employé cette technique en recherche, mais aussi comme technique réflexive et éducative visant à faire changer les pratiques professionnelles. Tout comme d'autres sciences humaines, les sciences infirmières ont

vu le potentiel de cette technique et différents chercheurs l'ont utilisée pour étudier les conditions de pratique, de gestion et de formation de la profession, en plus du soin direct aux patients (Bradbury-Jones et Tranter, 2008; Leclerc, Bourassa et Filteau, 2010; Schluter, Seaton et Chaboyer, 2008). Bradbury-Jones et Tranter (2008) soulignent que le principal changement survenu dans l'utilisation de cette technique depuis ses débuts est que les chercheurs utilisent moins l'observation directe pour recueillir les informations et plus le récit rétrospectif du participant, habituellement sous forme d'entretien en face à face ou par téléphone. Cette façon de procéder donne donc seulement accès au souvenir de l'incident tel que vécu par le participant, mais la technique, bien utilisée, permet d'observer l'événement réel à travers les yeux du participant tout en éliminant les descriptions de situations abstraites ou génériques. L'utilisation de la technique de l'incident critique ne se centre donc plus sur la recherche de l'objectivité, mais vise plutôt à comprendre les différents construits psychosociaux qui ont une incidence sur l'expérience subjective du participant (Butterfield, Borgen, Amundson et Maglio, 2005).

D'un point de vue méthodologique, l'emploi actuel extrêmement diversifié de cette technique en sciences infirmières essuie de nombreuses critiques à propos du manque de rigueur scientifique (Bradbury-Jones et Tranter, 2008). Le manque de balises quant au nombre d'incidents nécessaires à l'analyse, la piètre qualité des descriptions recueillies ainsi que l'absence de consensus concernant le bien-fondé ou la nécessité d'associer cette approche à une autre, comme la théorisation ancrée ou la phénoménologie notamment, font en sorte que la principale qualité de cette méthodologie, soit sa

flexibilité, devient aussi sa principale limite. Face à cette lacune, l'utilisation de la technique de l'incident critique au sein de cette étude est alors limitée. Puisque son application permet de donner accès aux perceptions des participants à propos d'événements qu'ils ont réellement vécus et de limiter la narration de situations générales et imaginaires, la technique guide ici l'élaboration des questions d'entrevue concernant les interventions réalisées à l'égard de pères. Dans la présente étude, l'incident critique sera abordé sous l'angle d'une interaction significative que le participant a eu avec un père dans sa pratique quotidienne. Il est demandé au participant de choisir puis de raconter l'événement tel qu'il l'a vécu d'abord sous l'angle des faits, de ses intentions préalables. Ensuite, ses perceptions de ses propres réactions pendant l'action et les effets que cet échange a eus sur lui sont abordés. Ce type de questions vise à mettre indirectement en évidence les représentations que l'intervenant se fait des rôles parentaux, de l'engagement paternel, du contexte de vulnérabilité, de sa pratique professionnelle ainsi que du contexte organisationnel où elle a lieu. En effet, si l'intervenant n'a jamais préalablement remis sa pratique ou ses croyances en question, il se peut qu'il ne puisse trouver de forces ou de faiblesses à sa pratique s'il est questionné directement, ce que tentera de résoudre l'emploi de la technique de l'incident critique.

Les considérations éthiques

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais a donné son accord à la tenue de cette recherche (Appendice F). Afin de favoriser la participation des intervenants, l'employeur a accepté que les entrevues se tiennent pendant les heures

de travail rémunérées. Afin d'assurer la confidentialité et le libre choix, l'employeur a brièvement présenté le projet de recherche aux professionnels de son équipe en leur mentionnant son accord pour que leur participation ait lieu pendant les heures de travail puis chaque intervenant était ensuite invité à communiquer directement avec la co-directrice s'il souhaitait prendre part au projet.

Avant la tenue de l'entrevue, le formulaire de consentement a été lu, discuté puis signé avec chacun des participants. Ce formulaire expliquait les différents aspects liés aux objectifs de l'étude, à la nature de la participation demandée, à la confidentialité ainsi qu'aux risques et bénéfices découlant de la participation (Appendice D). Seul un inconfort vis-à-vis certaines questions était prévu comme risque psychologique minimal. Chacun des participants a été avisé qu'il était libre de ne pas répondre aux questions qui le rendaient mal à l'aise et qu'il pouvait se retirer en tout temps sans préjudice. De plus, les participants ont été informés que l'employeur n'aurait pas accès aux données recueillies, que celles-ci seraient analysées de façon collective et non individuelle et qu'elles seraient dénominalisées avant d'être présentées ou publiées.

L'analyse des données

Une des méthodes d'analyse de données en phénoménologie les plus utilisées au Québec, soit celle décrite par Giorgi (1997), propose cinq grandes étapes : la collecte de données verbales, la lecture des données, la division des données en unités significatives,

l'organisation et l'énonciation des données brutes en langage disciplinaire et la synthèse des résultats obtenus aux fins de communication scientifique.

La collecte de données verbales

Afin d'avoir accès à l'expérience telle que vécue par autrui, cette méthodologie propose de faire appel à une description narrative ou à une entrevue, ou à une combinaison des deux approches. La simple description a l'avantage d'être plus brève et organisée, mais ne permet pas la spontanéité que l'on retrouve lors d'un entretien. D'une façon ou d'une autre, il est essentiel pour le chercheur d'utiliser des questions ouvertes qui permettent une description riche, concrète et détaillée de l'expérience et des actions posées par le participant à l'étude (Giorgi, 1997). Le chercheur doit tenter d'amener le participant à raconter ce qu'il a vécu de manière la plus fidèle possible à ce qu'il a perçu comme réalité. Afin d'avoir accès aux mots employés par le participant et de limiter l'interprétation du chercheur, l'entrevue doit être enregistrée et transcrite sous forme de verbatim. Dans le cadre de cette recherche, l'entrevue semi-structurée a été privilégiée permettant ainsi à l'auteure de guider la collecte de données à l'aide de questions ouvertes préétablies tout en offrant la flexibilité d'adapter la conduite de l'entretien au récit du participant, laissant ainsi une plus grande place à l'ouverture et à la réduction favorisées par l'approche phénoménologique.

La lecture des données

Avant de débiter l'analyse, chacun des verbatim est lu dans son ensemble afin de permettre au chercheur d'avoir une vision globale des données. En ne dégageant pas les thèmes dès la première lecture, ce dernier s'imprègne de la signification globale de ce qu'il a recueilli. Une fois transcrit, chacun des huit verbatim d'entretiens menés auprès d'intervenants des SIPPE a donc été lu en entier avant de passer à l'étape suivante. De cette façon, l'auteure a pu déceler quelques points de convergence et de divergence dans les différents discours avant même de chercher à en comprendre le sens.

La division des données en unités significatives

Après la première lecture, chacune des transcriptions est relue attentivement, une par une, afin d'en arriver à identifier la présence de changement de sens dans le discours. À même le langage du participant dans le verbatim, ces changements de sens correspondent à l'endroit où le participant passe d'une idée ou d'un concept à un autre. Ce changement marque la division des idées en unités de signification et n'est pas nécessairement déterminé par la fin d'une phrase ou une nouvelle question posée par l'intervieweur. Malgré une attitude de neutralité et d'ouverture de la part du chercheur permettant de dégager des unités de sens imprévues, celui-ci utilise déjà sa perspective disciplinaire dans sa façon de discriminer les unités de signification. Finalement, l'ensemble des unités ainsi formées permet d'établir la description globale de l'ensemble de l'expérience vécue.

L'organisation et l'énonciation des données brutes en langage disciplinaire

Cette quatrième étape demande l'exploration, l'examen et la description de chacune des unités de sens identifiées, facilitant ainsi la démonstration de leur valeur, de leur importance pour la discipline du chercheur, certaines se regroupant, d'autres étant clairement distinctes. Peu à peu, le langage du participant est transformé en langage disciplinaire et l'essence du phénomène d'intérêt réussit à poindre. Dans le cas de la présente étude, le regard infirmier, mais aussi ceux du contexte théorique (la théorie intermédiaire des transitions, les déterminants de l'engagement paternel et le Illness Beliefs Model) ont teinté la transformation du langage du participant contenu dans les unités de signification en langage adapté à la discipline de l'auteur.

La synthèse des résultats

Finalement, le regroupement des unités de signification de l'ensemble des discours permet de réaliser la description globale de l'expérience étudiée. La vision disciplinaire détermine la valeur accordée aux différentes unités de sens. Elle permet donc de discriminer ces unités de sens selon leur importance et leur apport relatifs pour la discipline. De plus, le regroupement et la classification des unités sous différents thèmes permettent d'élaborer la structure, ou la synthèse, des résultats. Cette synthèse représente alors les différentes essences du phénomène et les relations qui s'établissent entre elles. À l'appendice G se retrouve concrètement la synthèse des résultats de cette étude sous la forme d'un arbre thématique.

Les limites et les forces de l'étude

Différentes limites sont évidentes quant à la transférabilité et la généralisation des résultats obtenus, tant par la méthodologie choisie que par le contexte global de la recherche. Par la méthode d'échantillonnage non probabiliste et le choix raisonné d'un seul milieu pour le déroulement de l'étude, il est clair que les résultats obtenus ne décrivent que l'expérience des intervenants des SIPPE de ce milieu en particulier. De plus, la surreprésentation des infirmières par rapport aux autres types de professionnels et l'absence d'intervenant masculin ont pu nuancer la vue d'ensemble du phénomène. L'échantillon présente tout de même des caractéristiques que l'on retrouve au sein de plusieurs autres équipes à travers le Québec, les équipes des SIPPE étant majoritairement composées d'infirmières et de femmes. Finalement, le fait que le temps consacré à l'entretien était rémunéré par l'employeur et que les rencontres se sont déroulées dans un local fourni par l'employeur a pu limiter le dévoilement de certaines informations, en particulier celles qui touchaient aux conditions organisationnelles. Ceci étant dit, l'inscription personnelle des participants ainsi que l'explication du but de la recherche, du formulaire de consentement et de l'aspect volontaire de la participation avant le déroulement de l'entretien ont permis de créer un contexte de partage riche et apprécié.

Une des principales forces de cette étude repose sur l'originalité du sujet d'étude, soit le fait de s'intéresser au point de vue des intervenants des SIPPE à l'égard des pères vivant en contexte de vulnérabilité. En effet, rares sont les études qui se sont intéressées

aux perceptions et aux croyances des professionnels des services sociaux et de santé à l'égard des pères, et aucune ne s'est penchée sur leurs croyances et perceptions à l'égard de pères vivant en contexte de précarité socio-économique. De plus, le programme des SIPPE se voulant un accompagnement interdisciplinaire des familles, le fait de rencontrer des intervenants de diverses professions enrichit la compréhension du phénomène étudié. Malgré le fait que les intervenants des SIPPE soient plus particulièrement appelés à travailler avec cette clientèle de pères, de plus en plus d'hommes s'investissent dans le quotidien de leurs enfants et nombreux seront les différents professionnels œuvrant au sein d'autres programmes sociaux et de santé qui auront à côtoyer ces mêmes pères. Une compréhension des facteurs pouvant influencer les relations à établir peut éventuellement les guider dans leurs pratiques professionnelles à l'égard des pères vivant en contexte de vulnérabilité.

En résumé, l'approche méthodologique choisie dans le cadre de la présente étude, soit la phénoménologie, permet de décrire et mieux comprendre une expérience humaine spécifique en étant entièrement disponible à la situation vécue par l'autre (Giorgi, 2002). La description du milieu, de l'échantillon, du déroulement de la recherche incluant les considérations éthiques, l'analyse des données ainsi que les forces et limites, ont permis de distinguer le processus mis en œuvre par l'auteure pour en arriver à présenter les résultats issus des huit entrevues menées auprès d'intervenants des SIPPE dans le prochain chapitre.

Résultats

Ce chapitre expose les résultats d'analyse des données issues des entretiens menés auprès des intervenants du programme des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). L'analyse des huit verbatim, menée selon le processus décrit par Giorgi (1997), visait à répondre spécifiquement aux deux questions de recherche suivantes : « Quelles sont les croyances et perceptions au sujet des pères entretenues par les intervenants œuvrant au programme des SIPPE? » et « Quelles sont les croyances et perceptions des intervenants œuvrant au programme des SIPPE au sujet de leurs pratiques professionnelles à l'endroit des pères qu'ils côtoient? ». L'émergence d'unités significatives catégorisées selon qu'il s'agit de perceptions à propos des pères ou du rôle des intervenants, a été suivie de leur traduction en différents thèmes selon le langage disciplinaire. Suite à la description du profil sociodémographique des intervenants, ces différents thèmes sont explicités à la deuxième section de ce chapitre avant d'exposer, à la troisième section, l'analyse des croyances contraignantes et facilitantes à propos de l'intervention auprès des pères du programme des SIPPE selon le modèle « Beliefs and Illness » de Wright et Bell (2009).

Le profil sociodémographique des intervenantes

Représentant bien le genre féminin dominant chez les professionnels des services sociaux et de santé au Québec, l'échantillon de huit intervenants pivots travaillant au sein du programme des SIPPE de cette étude est exclusivement composé de femmes.

Ces femmes ont en moyenne 49,3 ans, la moitié sont en couple, les autres étant séparées ou divorcées et toutes, sauf une, sont mères. Elles œuvrent au sein du même centre de santé et de services sociaux (CSSS), mais proviennent de façon équivalente de deux points de services différents du centre local de services communautaires (CLSC). Elles occupent actuellement au sein de leur équipe les fonctions d’infirmière, de technicienne en travail social ou de psychoéducatrice. Le Tableau 2 présente les domaines d’activité professionnelle des intervenantes ainsi que leur dernier niveau d’études complété.

Tableau 2

Portrait des activités professionnelles des intervenantes

Dernier niveau d’études complété	Domaine d’activité	Nombre
Diplôme d’études collégiales	Travail social	1
	Soins infirmiers	1
Baccalauréat	Sciences infirmières	5
	Psychoéducation	1
Total		8

En moyenne, ces huit intervenantes cumulent 21,1 années d’expérience dans leur domaine d’activité (min. 9; max. 32) et 8,9 années auprès d’une clientèle similaire à celle des SIPPE (min. 2; max. 18). Leur emploi du temps est réparti entre deux différents mandats concernant les familles d’enfants âgés de zéro à cinq ans : celui des services périnataux communautaires à la clientèle dite générale et celui des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) offerts à une clientèle présentant des critères de vulnérabilité. Elles doivent partager leurs heures de travail entre les deux

programmes, certaines ayant plus de suivis de familles correspondant aux critères des SIPPE dans leur charge de travail que d'autres. À titre d'exemple, une infirmière y consacre notamment quatre jours par semaine, alors qu'une autre, simplement une journée par semaine. Finalement, deux intervenantes avancent qu'elles n'ont que des contacts occasionnels avec des pères dans le cadre de leur travail alors que la majorité d'entre elles affirment qu'elles ont des contacts réguliers, mais habituellement bref avec des pères.

Les perceptions des intervenantes

Les lectures répétées des huit transcriptions d'entrevue ont permis à l'auteure d'en dégager différentes unités significatives, ensuite regroupées et traduites en thèmes, le tout représenté schématiquement par un arbre thématique placé en appendice G. Cette section présente les trois principaux thèmes que forment les perceptions des intervenantes du programme des SIPPE, soient leurs perceptions à propos a) des différentes identités du père; b) des services qu'elles offrent; et c) de la rencontre entre les pères et les intervenantes.

Les différentes identités du père

Les intervenantes du programme des SIPPE se représentent les pères des familles qu'elles côtoient dans le cadre de leur travail comme ayant différentes identités, toutes intimement liées, ici divisées en trois unités significatives. Ainsi, un père est initialement 1) un homme avant de devenir 2) un partenaire de vie puis 3) un parent.

L'homme. Puisque les critères d'éligibilité aux SIPPE sont basés spécifiquement sur deux déterminants du développement et de l'adaptation sociale des enfants, soit le jeune âge et la pauvreté des parents (MSSS, 2004), les intervenantes conçoivent aisément que leur clientèle fait partie d'un groupe vulnérable, d'un groupe à risque. Pour elles, cette vulnérabilité est due à différentes caractéristiques personnelles et sociales. Toutes les intervenantes rencontrées s'entendent sur le fait que la majorité des pères qu'elles côtoient présentent des problématiques personnelles. Qu'il s'agisse de troubles de santé mentale, de toxicomanie, de criminalité, de violence ou encore d'une enfance difficile, les intervenantes perçoivent que ces hommes sont encombrés de leurs difficultés, de leur vécu personnel, comme l'expliquent les participantes SIPPE01 et SIPPE08 :

On a une clientèle qui a des problèmes de santé mentale, ou qui ont des passés tellement lourds, tellement difficiles, ils sont comme mal équipé pour... ils n'ont pas de modèle en arrière d'eux-autres fait que, c'est pas évident de donner... ils ont vécu de la violence, de la négligence, ils ne veulent pas faire ça, mais qu'est-ce qu'ils font maintenant? (Participante SIPPE01)²

Le père s'est confié à l'intervenante sociale que c'était difficile pour lui parce que son modèle, c'était un père qui le battait. Alors il avait peur de perdre contrôle lui aussi. Il criait beaucoup avec ses enfants, ça le mettait hors de lui. Les enfants étaient tannants dans la famille...il se désinvestissait beaucoup de la maison, de l'éducation des enfants, le ménage, le repas. Il n'aidait pas. Il ne se levait pas le matin. Les enfants arrivaient en retard à l'école. (Participante SIPPE08)

Les intervenantes reconnaissent aussi que, pour leur clientèle, la transition à la paternité se vit souvent simultanément à d'autres transitions personnelles, laissant ainsi

² Puisque les professionnelles en travail social et en psychoéducation sont les seules représentantes de leur profession, l'auteure a préféré identifier les intervenantes avec un code alphanumérique neutre qui ne fait aucune mention de la profession de sorte à préserver leur anonymat.

moins de temps et d'espace à l'homme pour s'approprier et exercer son nouveau rôle. Plusieurs étant encore adolescents, ils doivent rapidement apprendre à faire face aux responsabilités d'un adulte puis à celles d'un parent. D'autres hommes, ayant vécu une immigration récente, doivent s'adapter à leur nouveau contexte socioculturel. Souvent conjugués à un niveau de scolarité peu élevé, l'instabilité d'emploi ainsi que le faible revenu gagné par les hommes engendrent d'autres besoins, tel que l'affirment les participantes SIPPE01 et SIPPE06 :

On prend un rendez-vous, puis là on va revérifier, parce que des fois entre l'appel téléphonique et la première évaluation, des fois il y a eu des changements. Ils sont tombés en chômage ou ont recommencé à travailler. Peut-être qu'on touche à une clientèle, c'est sûr que, à la base, bon ils ont des problèmes d'argent, ils n'ont pas beaucoup de scolarité, mais ça amène d'autres difficultés. (Participante SIPPE01)

Parce qu'on sait que les problèmes financiers vont engendrer beaucoup d'autres problèmes dans le couple, dans la famille. Ces parents-là qui sont, ben souvent, sont en détresse sociale. Parce que la pauvreté engendre ben des choses. Comme la stigmatisation aussi. Pas pour rien qu'ils sont isolés. (Participante SIPPE06)

Le partenaire. Selon les intervenantes des SIPPE, pour la majorité de leur clientèle, le couple conjugal est particulièrement récent ou instable et, à l'annonce d'une grossesse, les deux individus qui se connaissent très peu doivent maintenant apprendre à former un couple parental, ce qui ne se fait pas sans heurts comme le relatent les participantes SIPPE01 et SIPPE08 :

On a beaucoup de jeunes parents, ou si ils sont pas jeunes tant que ça, souvent les nouveaux couples, ça fait pas vraiment longtemps qui sont ensemble, ils se connaissent peu... Des fois c'est ça, il n'y a pas comme la base, la fondation du couple qui est là pour accueillir un enfant.... (Participant SIPPE01)

Des couples pas très stables qui ont des difficultés entre eux. Qui manquent d'unité, qui discutent peu sur leur façon de voir comment ils vont élever leurs enfants, s'ils ont des désaccords, d'essayer de se mettre d'accord, qui ont déjà un problème de communication. (Participant SIPPE08)

Quelques fois, le couple conjugal ne mène tout simplement pas à la formation du couple parental. Certaines intervenantes rapportent que, parmi les femmes qu'elles rencontrent, plusieurs refusent carrément que le père s'implique dans la vie de son enfant comme l'illustrent les participantes SIPPE01 et SIPPE05 :

Puis il y a des mères qui tassent les pères aussi. Ah oui, carrément. Bien, je veux dire... surtout pour les gens qui n'étaient pas vraiment en couple, puis qui vont dire, « ben moi je veux pas qu'il apparaisse sur l'acte de naissance » soit parce que c'est des pères qui consomment ou la mère est inquiète un petit peu pour son enfant. Par exemple, on a un certain nombre qui est assez grand de mères monoparentales, qui ne connaissent pas beaucoup le papa quand elles sont devenues enceintes ou carrément, elles trouvent que ce n'est pas un bon père. (Participant SIPPE01)

Dans mon caseload actuellement, moi j'ai peut-être une proportion un petit peu plus grande de jeunes femmes, d'adolescentes, en deçà de vingt ans, qui ont des bébés, qui ont un gars qui n'est pas vraiment dans le décor, ou un père qui est noté père inconnu, qui est là, mais qui ose pas, mais que la femme espère, mais que des fois elle repousse, parce qu'il est pas prêt ou n'a pas de maturité encore vraiment. (Participant SIPPE05)

Cette mise à distance de la part des mères n'est pas toujours aussi drastique. Les intervenantes rencontrées expliquent qu'en critiquant ou en dénigrant les façons de faire des pères, les mères contribuent au manque de motivation ou au sentiment d'incompétence, ce qui limitera leurs prochaines initiatives, tel que l'affirment les participantes SIPPE01 et SIPPE05 :

Puis ça nous, on essaye de faire évoluer ça, parce que souvent ce que je vois, bien, c'est plus apparent quand ils sont en groupe, parce que là, ils s'encouragent, surtout s'ils sont plusieurs femmes : « Ah mon mari il est de telle façon, pis ça fait pas mon affaire ». Puis nous on essaye de les amener plus loin que ça, parce qu'on sait que si le papa a trop de critiques, bien ça peut le démotiver à s'impliquer, fait qu'on va essayer plutôt de faire ressortir justement que les papas sont pas pareils et puis c'est correct qu'ils ne soient pas pareils. (Participant SIPPE01)

Ce peut-il que l'on se reconnaisse lorsque l'on dit « non, non, attention sa tête, attention ci, attention ça » ? Ça serait quoi notre réaction si on se faisait tout le temps talonner comme ça? Alors il dit, « regarde, tasse toi, je ne suis pas correct, je ne viendrai pas vivre échec par-dessus échec, alors, je vais aller jouer au hockey et je vais aller faire mes affaires, puis, j'aimerais me tenir à l'écart ». (Participant SIPPE05)

Le parent. Les intervenantes perçoivent une différence significative entre les rôles familiaux adoptés au sein des familles suivies par le programme des SIPPE et celles d'une clientèle dite plus générale. Alors qu'elles observent que les pères qui ne correspondent pas aux critères d'éligibilité au programme SIPPE ont intégré, du moins partiellement, différents aspects de la nouvelle paternité, elles se représentent les hommes faisant partie de leur clientèle des SIPPE comme démontrant un engagement paternel centré sur le rôle de pourvoyeur, tout comme les générations antérieures, comme le verbalise les participantes SIPPE03 et SIPPE08 :

Dans les familles SIPPE, les rôles ont tendance à être plus traditionnels. La mère s'occupe de la majorité des soins à l'enfant et le père est soit pourvoyeur quand il travaille, soit il est occupé à autre chose. (Participante SIPPE03)

[...] je pense que de plus en plus l'homme moderne s'implique autant que la femme. La femme est au travail. Les rôles sont beaucoup moins séparés. Peut-être que notre clientèle particulière est une clientèle moins éduquée, moins riche. Ils sont un peu à l'arrière. Donc le père s'implique moins, comme il s'impliquait

moins avant, mais ils sont comme un petit peu en arrière de la mentalité présente.
(Participante SIPPE08)

Elles perçoivent aussi l'engagement parental et affectif des pères comme plus fragile que celui de la mère. Les intervenantes des SIPPE décrivent que les grossesses de leurs clientes sont généralement non planifiées et que les couples se retrouvent alors devant le fait accompli comme le relate la participante SIPPE01 : « C'est beaucoup des bébés surprises, non planifiés, ou des couples, comme j'en ai vu un la semaine passée, eux ils ne prenaient pas de moyens de contraceptions, laisse faire ça, ils laissent faire la nature... ». Plusieurs de ces pères, contraints de vivre avec la décision de la conjointe de poursuivre la grossesse malgré leur opinion personnelle, choisissent alors de ne pas prendre part au processus comme l'exprime la participante SIPPE05 :

Ils s'attribuent pas non plus la contraception. Puis c'est, « Moi j'en veux pas de l'enfant ». C'est comme si à ce moment-là, s'ils n'en veulent pas, que la mère en veuille, ça change rien à la donnée. Reste que le dernier mot, généralement, c'est la femme qui l'a, mais, on a encore des traces je trouve, beaucoup dans cette clientèle-là, de « Ben c'est ton petit, t'en voulais, tu t'arranges ». (Participante SIPPE05)

L'instabilité de ces couples, qui résulte régulièrement en séparations, contribue aussi à affaiblir l'engagement paternel selon les intervenantes SIPPE01 et SIPPE05 :

Tsé le couple, ils n'ont même pas décidé s'ils étaient pour vivre ensemble, en tout cas, plusieurs années, puis que là, il y a un bébé qui arrive, il [le père] se sent peut être moins impliqué. On en voit carrément, que quand il y a une séparation, mettons qu'ils sont bien engagés quand ils sont avec la mère et quand il y a une séparation, là, ils vont se désengager. (Participante SIPPE01)

La femme a les responsabilités et le gars il est là, il est hésitant, des fois il s'en va, elle ne le voit plus pendant plusieurs jours, il ne vit pas avec elle. Pour certaines personnes, l'engagement est un peu, comment dire, si ça va, ça va. Si ça va pas, bien...Fait que l'engagement, oui, je le sens plus fragile. (Participante SIPPE05)

Les intervenantes des SIPPE mettent en lumière que les pères qu'elles côtoient sont d'abord des hommes vivant de multiples problématiques et transitions engendrant des besoins auxquels les pères d'une clientèle régulière n'ont pas à faire face avec autant d'intensité. Selon elles, ces hommes sont aussi des partenaires d'une relation souvent instable et cette instabilité contribue en grande partie à affaiblir leur engagement paternel. La prochaine section présente les perceptions des intervenantes des SIPPE au sujet des services qu'elles offrent aux familles.

Les services offerts

Ce thème, bien que non exclusif aux pratiques professionnelles à l'égard des pères, se définit ici comme la représentation que les intervenantes se font de leur rôle auprès des familles. Cette portion du discours étant considérable au sein des entretiens menés, l'auteure conçoit que cette perception des intervenantes peut influencer de façon significative autant l'approche auprès des pères que celle auprès des mères.

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance sont décrits par les intervenantes comme un moyen de préparer les enfants à une entrée à l'école réussie en optimisant la stimulation offerte par leurs parents, ainsi que comme moyen de prévention de la négligence et des signalements à la direction de la protection de la

jeunesse (DPJ). Pour atteindre ces objectifs, les intervenantes décrivent leur travail selon deux unités significatives : a) l'observation professionnelle; et b) les fondements de l'intervention.

L'observation professionnelle. Les entretiens auprès des huit intervenantes rencontrées font état du fait que, pour elles, les parents desservis par le programme des SIPPE font partie d'une classe distincte de parents, c'est-à-dire qu'ils sont manifestement différents de ceux qui ne correspondent pas aux critères d'éligibilité au programme, les parents de la clientèle dite générale ou universelle. Ce sont des parents qui, par leur histoire personnelle et familiale, leurs conditions socio-économiques et l'éducation qu'ils ont reçue, ont des capacités limitées à s'occuper d'un enfant. Les intervenantes perçoivent que ces parents ne possèdent pas toutes les connaissances et habiletés essentielles à la prise en charge d'un enfant et qu'il est de leur responsabilité de les aider à les acquérir, comme l'exposent, entre autres, les participantes SIPPE01 et 07 :

Puis là, on regarde, on présente le programme. Fait qu'on va présenter l'auxiliaire, la nutritionniste, on va leur parler du programme OLO, on va parler des haltes allaitement, des cours prénataux, puis je leur donne les informations gouvernementales et les ressources du milieu. (Participante SIPP01)

On a des mamans qu'on accompagne finalement pour leur donner les connaissances puis améliorer leur santé pendant la grossesse et, en postnatal on les accompagne dans le rôle parental jusqu'à 5 ans, la rentrée scolaire. [On s'assure] que les enfants grandissent en santé, se développent dans le fond sur toutes les sphères, physique, comportemental, langagière, pour le développement de l'enfant finalement. Comme *coache* auprès du parent pour lui donner les outils nécessaires, dans le fond, à observer puis à interagir avec son enfant pour le stimuler dans son développement. (Participante SIPPE07)

Selon les intervenantes rencontrées, la plupart des parents qu'elles rencontrent n'ont pas eu de modèles parentaux positifs et ont donc peu de repères sur lesquels se baser pour prendre soin et éduquer leurs enfants. Les témoignages des participantes SIPPE08 et 02 expliquent cette perception :

Même s'ils ont de l'argent pis qu'ils s'entendent ensemble comme couple, il reste que, au niveau de l'éducation de leurs enfants, ils n'ont pas eu de modèle. Même si tu leur donnes de l'argent, ça ne changera pas ça. Ils ne savent pas comment on peut éduquer un enfant, ils ont de la difficulté à donner des bases éducatives à leurs enfants, à donner des routines, à avoir leur propre routine... (Participante SIPPE08)

Comme quand je parlais de concret, qu'on amène nos ciseaux, qu'on amène nos petits sacs avec les jouets, puis que le parent dise : « Ah, wow! Regarde donc ça. C'est une idée ». Beaucoup de modeling, j'aimerais qu'on en fasse encore plus. (Participante SIPPE02)

Aux dires des intervenantes, plusieurs parents qu'elles rencontrent ont eu des contacts difficiles avec les services sociaux et de santé au cours de leur enfance, notamment. Ceci explique qu'ils se sentent parfois menacés par leurs interventions et qu'ils acceptent difficilement ou refusent les services offerts, de peur, entre autres, que la direction de la protection de la jeunesse soit éventuellement mêlée à leur vie familiale, ce qu'expliquent les participantes SIPPE02 et 04 :

Puis des fois tu sais, ils accrochent dépendamment de leur histoire de vie. Les travailleurs sociaux, ils ont bien peur de ça, hein? Fait que moi je suis pas travailleuse sociale, puis j'arrive, j'ai l'air jeune, je suis pas menaçante. (Participante SIPPE02)

Pis que l'intervenante sociale elle est là quand on fait la première évaluation. C'est pas « Aye elle vient chez nous parce qu'il y a un problème! Pis moi j'ai déjà eu affaire avec la DPJ, je veux pas la voir! ». (Participante SIPPE04)

Pour pallier à cette difficulté, les intervenantes insistent beaucoup sur l'importance de créer un lien de confiance avec les parents afin de pouvoir avoir accès au milieu, aux enfants et à la collaboration des parents. Ceci exige que les intervenantes fassent preuve de doigté afin de gagner la confiance des parents pour pouvoir jouer leur rôle et atteindre leurs objectifs auprès des familles.

Les fondements de l'intervention. Aux dires des participantes, le manque de connaissances et de modèles de la part des parents peut les rendre insouciants ou inconscients des difficultés que vivent actuellement ou que pourraient vivre éventuellement les membres de leur famille. Elles expliquent ce phénomène par l'idée qu'elles semblent elles-mêmes plus inquiètes que les parents : elles voient plus de problématiques au sein des familles et, surtout, elles sont plus motivées à travailler au changement que les parents qu'elles côtoient, ce que rend bien le discours de la participante SIPPE01 : « Ça des fois, on veut plus qu'eux-autres on dirait. On voit plein de besoins puis là, on attend, puis ils ne nous demandent rien. Alors, mon dieu, c'est sur que l'on peut s'impliquer de plus en plus. ». La participante SIPPE08 nomme aussi cet écart de perceptions entre les parents et les intervenants : « Il y a des familles qui n'expriment pas beaucoup leurs besoins. Vraiment pas beaucoup. Le besoin, il faut que tu le fasses naître parce que quand j'ai commencé, c'est ça que j'ai trouvé le plus

difficile. ». La divergence de perceptions à propos des besoins des familles entre les intervenants et les parents forme donc la base des actions professionnelles.

Comme elles perçoivent les parents non autonomes dans la prise en charge des enfants et réticents aux services, certaines déplorent le besoin de plus en plus fréquent de recourir à la protection de la jeunesse pour des situations de négligence comme les intervenantes SIPPE01 et SIPPE04 :

Ce que je vois, qui était pas là auparavant, depuis à peu près un an, faut dire que la loi de la protection de la jeunesse a changé aussi... et probablement parce qu'on rejoint plus une clientèle plus défavorisée, on voit de la négligence. [...] malheureusement, soit qu'on a à signaler, soit qu'il y a des situations qui sont signalées de l'école, des garderies, puis là on a des appels de la DPJ, c'est pas toujours retenu, ils sont pas toujours pris en charge. (Participant SIPPE01)

Pis eux autres aussi j'ai mis ça au clair. « Moi je suis pas là pour faire des signalements, mais par contre si je vois des affaires c'est sûr que je vais vous le dire. Pis je vais vous dire qu'est-ce qu'il faut corriger pis je vais revenir. ». (Participant SIPPE04)

Une identification systématique de la clientèle via les références des cabinets de médecins, une évaluation complète des besoins familiaux par l'infirmière et la travailleuse sociale lors du premier contact et des références entre les différents partenaires du milieu périnatal et de la petite enfance représentent, pour les intervenantes, un moyen de s'assurer que toutes les familles ayant droit aux services les reçoivent. Les récits des participantes SIPPE05 et SIPPE02 sont éloquentes à ce sujet :

Ce formulaire-là, il permet, il nous permet de contacter, si la personne signe, pour faire du démarchage de clientèle. Donc, on est un petit peu au courant de chaque

femme qui a un suivi avec les médecins dans la région, on est au courant de leur grossesse, premier, deuxième, troisième, quatrième bébé et plus. Ça nous donne le droit de les contacter, leur offrir des services, d'évaluer, si on aurait le programme SIPPE pour eux. Parce qu'il y a bon nombre de personnes qui savent pas qu'ils font partie de cette clientèle-là, donc ils ne demandent pas de service. (Participante SIPPE05)

On a développé ça nous aussi. C'est pas partout comme ça ailleurs. On a une belle collaboration. On a de belles ententes avec nos partenaires : école, [centres de la petite enfance] CPE, organisme communautaire. On est vraiment tricoté serré, la petite enfance. Un beau mécanisme. Donc, on les échappe moins. (Participante SIPPE02)

Une fois la clientèle identifiée, le suivi offert et accepté par les parents, les intervenantes demeurent en mode évaluation systématique des besoins à chaque rencontre et surtout, répondent rapidement aux besoins identifiés par les parents, mêmes s'ils ne correspondent pas nécessairement à ceux qu'elles ont elles-mêmes identifiés, question de garder le lien intact et d'éventuellement permettre de travailler sur les autres besoins, ce que notent les participantes SIPPE01 et SIPPE02 :

Tous les intervenants dans le programme SIPPE alors, même s'il y a une des demandes qui est très petite, on attend pas qui ait des gros besoins qui soient manifestés, mais dès l'instant où on voit qu'on pourrait faire quelque chose, on va au-devant. Fait que, on crée notre lien beaucoup, puis on offre des rencontres avec la plus petite demande soit-elle, bien on rentre là-dedans, puis en créant notre lien bien là, des fois on voit autre chose, qui était pas apparent à prime abord. (Participante SIPPE01)

Puis des fois, on voit des besoins d'intervenants sociaux, mais on n'a pas des parents qui sont rendus là, donc c'est nursing. Ça reste nursing, mais on s'ouvre la porte en disant : « Écoutez. Là, il y a pas de besoins énoncés... ». Tu sais, avant on le faisait pareil, puis on décidait c'était quoi les besoins. Là maintenant, on dit : « Regarde. On verrait plein d'affaires à travailler, mais ils sont pas là. Fait qu'on reste infirmier. Puis, on reste alerte. Si jamais il y a des portes ouvertes, on proposera l'intervenante sociale. ». (Participante SIPPE02)

Les intervenantes du programme des SIPPE décrivent deux volets aux services qu'elles offrent. En premier lieu, leur observation professionnelle leur permet de voir les lacunes quant aux compétences et à la réceptivité des parents qu'elles côtoient. En deuxième lieu, elles dirigent stratégiquement leurs interventions en tenant parfois compte des divergences d'opinion avec les parents, expliquant que ceux-ci ne sont pas toujours en mesure de concevoir eux-mêmes leurs propres besoins. En bout de ligne, elles perçoivent leurs services comme essentiels. La dernière section présente plus spécifiquement les rencontres entre les pères et les intervenantes.

La rencontre entre les pères et les intervenantes

Bien qu'elles reconnaissent que, par son cadre théorique, le programme des SIPPE s'adresse à toute la famille, en pratique toutes les intervenantes expliquent l'effort supplémentaire à fournir lorsqu'elles souhaitent entrer en contact avec un père, comparativement à l'établissement de leur lien professionnel avec les mères. Les intervenantes jugent que le père peut être un atout au sein de sa famille tant par le soutien qu'il apporte à la mère que pour le développement optimal de ses enfants. Elles acceptent alors de faire cet effort supplémentaire afin de favoriser la participation du père lors des rencontres, tout ceci dans le but ultime que celui-ci s'implique davantage à tous les niveaux de la vie familiale. Elles expliquent ce surplus de travail par différents motifs, regroupés selon trois unités significatives : a) les pères se sentent peu concernés, b) il existe un malaise mutuel et c) elles font différentes tentatives de rapprochement.

Des pères peu concernés. Les intervenantes perçoivent que les pères des familles suivies par le programme des SIPPE se sentent souvent peu concernés par les services offerts. Selon elles, la nature et le contenu du suivi interdisciplinaire en périnatalité et petite enfance interpellent peu ces pères, ce qui résulte en de rares présences ou de faibles participations de leur part lors des rendez-vous ou des ateliers tel que l'illustrent les participantes SIPPE02 et SIPPE08 :

Bien des fois, c'est « moins concernés ». On arrive. On se présente à la maison, puis qu'ils sont là. Mais que oups, papa reste assis dans le salon. Tu avais la maman assis à la table, puis tu avais le papa qui était branché sur l'ordi, puis qui ne décrochait pas tout le long qu'on était là. Puis, on se disait : « Bien, voyons! Ça aucun sens. » Peut-être qu'il pensait qu'on était juste là pour sa femme. Parce que des fois l'homme va dire : « Bon, tu es ici pour ma femme. » (Participante SIPPE02)

On demande la présence du père. C'est de même que ça se passe. La demande est souvent de la femme. Ça passe par la femme. Souvent, le conjoint prend le téléphone : « Bin, je vais vous passer ma femme ». Il sent que le service s'adresse à la femme ou c'est parce qu'il n'est pas intéressé. Non, il sent que le service s'adresse à la femme. (Participante SIPPE08)

Puisqu'elles perçoivent les pères comme étant peu intéressés ou se sentant peu concernés par les services, plusieurs d'entre elles croient donc que la présence et la participation de ces derniers lors des rendez-vous ou des ateliers dépendent principalement de la volonté du père. Rares sont les intervenants qui ont été capables de nommer des attentes spécifiques que les pères peuvent avoir envers elles, certaines affirmant qu'ils n'en ont tout simplement pas, comme la participante SIPPE08 : « J'ai pas l'impression qu'ils s'attendent à grand-chose. », alors que d'autres situent leurs

attentes vers l'accompagnement de la conjointe comme l'affirme la participante SIPPE06 :

[...] moi ce que j'ai vu, j'ai entendu, c'est comme, j'suis là pour aider sa conjointe. Aider la conjointe à, à prendre son rôle de mère, à voir comment ça se développe un enfant. Bon, si y'a des problèmes financiers, « peut-être qu'elle a peut-être des trucs elle, peut-être qu'elle sait... ». Que j'informe sa conjointe. Tsé, c'est comme ça que je vois ça. Non, pas d'attentes envers lui. (Participante SIPPE06)

Un malaise mutuel. En plus d'avoir l'impression que les pères ne sont pas intéressés par le suivi offert, cinq des huit intervenantes rencontrées expriment un malaise dans leur relation avec les pères qu'elles côtoient. Certaines verbalisent que la simple différence de genre, le fait de se retrouver face à un homme, et inversement pour le père, le fait de se retrouver face à des femmes, peut amener un questionnement quant aux possibilités d'interactions entre eux, ce qu'illustrent bien les propos des participantes SIPPE02 et SIPPE03 :

Bon, c'est deux femmes qui arrivent. Moi, j'arrive avec l'infirmière. Tu sais, on est un gang de femmes. Mais c'est ça. Oui, je décrirais papa, des fois, comme « moins concerné ». Mais finalement, c'est pas qu'il est moins concerné... C'est qu'il est peut-être mal à l'aise, puis il le sait pas s'il a sa place ou non. (Participante SIPPE02)

Au moment du rendez-vous, j'ai téléphoné avant de me rendre et le père m'a répondu que la mère n'était pas là. Ça fait pas longtemps que ça s'est passé, j'ai décidé d'y aller quand même juste avec le père. En plus, quand je suis arrivée, il y avait le frère de monsieur. J'étais mal à l'aise au début, j'étais même un peu impressionnée d'avoir deux hommes devant moi! Finalement tout s'est bien déroulé, pareil comme si c'était la mère. Maintenant, je sais que c'est possible de rencontrer seulement les pères. (Participante SIPPE03)

Le manque de connaissances sur les besoins et les approches auprès des hommes et des pères, combiné à un manque d'expérience ainsi qu'une certaine appréhension des réactions de cette clientèle, complexifie l'établissement-même de la relation professionnelle, ce qu'expliquent les participantes SIPPE01 et SIPPE05 :

Mais, il y a comme un questionnement que j'ai tout le temps, quand je rencontre un papa, comment je devrais agir avec lui? Parce que, on l'entend dire, il faut agir autrement avec les pères, mais comment? Parce que dans mon travail, c'est beaucoup de l'écoute. On dit l'approche devrait être différente, mais c'est pas si facile que ça, comment tu devrais agir avec un papa. Comme les intervenantes, par exemple, qui travaillent en toxicomanie, elles en rencontrent beaucoup d'hommes qui sont là-dedans, là j'imagine qu'eux-autres, elles développent une expertise particulière. (Participante SIPPE01)

Des fois, ils n'ont pas eu de modèle, ils vont avoir des gestes un peu violents ou très autoritaires ou des choses comme ça... Puis, on est des êtres humains, moi je suis sensible à ça, fait que moi, on peut observer une fermeture, certainement de ma part quand je vois des choses comme ça. Puis, je vais quand même, de plus en plus parce qu'on évolue dans notre pratique puis, comme être humain, on mature aussi, je vais essayer de sensibiliser le père, mais les pères, bien, des fois ils nous disent « c'est pas de tes affaires ». Alors, ça c'est un domaine, que je trouve, que c'est plus *touché*. (Participante SIPPE05)

Ce malaise mutuel résulte bien souvent en une incertitude sur la conduite à tenir, en une prudence dirigée envers le père ou encore en des gestes calculés, tels que le présentent les participantes SIPPE02 et SIPPE07 :

Je pourrais pas me permettre de faire ça avec tous les papas. Fait que c'était le fun, puis je trouve qu'on se permet avec ce papa-là de nommer les choses, parce qu'on est à l'aise, parce que c'est clair. Mais lui, l'autre qui était très anxieux, me mettait mal à l'aise parce que je me disais : « Faut toujours que je fasse attention qu'est-ce que je fais, qu'est-ce que je dis ». Il venait pas valider. C'est un gros défi de dire : « J'ai dit quelque chose, peut-être qu'il l'a pas pris. Mais il me le dira pas ». Ça aussi, des fois, dans nos interventions, faut être prudent. (Participante SIPPE02)

Y'a des mamans qui sont comme j'dirais plus, on les sent plus en charge, puis le papa plus effacé. Alors l'interaction, on va être plus en douceur, j'te dirais. Moins directe. Mais c'est, c'est comme si je vais adapter, c'est comme si j'vais passer plus doucement là pour aller poser la question au papa. (Participante SIPPE07)

Des tentatives de rapprochement. Les intervenantes du programme des SIPPE insistent beaucoup pour dire qu'elles tentent de plus en plus de rejoindre les pères, de les impliquer dans le suivi familial. Par exemple, elles se sont concertées entre elles afin d'établir qu'elles invitent maintenant les pères de façon systématique à participer à la première rencontre d'évaluation, soit le premier contact de la famille avec les SIPPE. C'est à ce moment qu'elles confirment l'admissibilité de la famille au programme et qu'elles lui présentent les différents services disponibles avant de valider son intérêt à prendre part au suivi offert. De plus, une collaboration interdisciplinaire et inter-établissements s'établit afin d'augmenter l'implication des pères, que ce soit en s'adressant directement à eux ou en passant par la conjointe, ce qu'explique l'intervenante SIPPE01 :

Là on s'est dit, tu vois, pour cette année, on va essayer de les rejoindre plus, fait que sur ma liste, j'ai le nom de la maman, mais j'ai le nom du papa aussi. Puis ce qu'on s'est dit comme consigne si c'est le papa qui répond, tu parles au papa, c'est lui que tu invites, bien dans le fond, au lieu de passer par sa conjointe, tu les invites tous les deux, puis de toute façon même si c'est pas lui qui répond, bien, systématiquement, ça fait un bout de temps ça par exemple qu'on invite les papas à OLO, systématiquement, mais là, une petite coche, un petit peu plus. Tu sais, c'est plus personnalisé, un petit peu. (Participante SIPPE01)

En plus de cette mesure, elles essaient aussi de s'assurer que les pères aient envie de participer en les valorisant en tant qu'homme et en tant que père, en s'adressant à eux

lors des rencontres, en tentant d'obtenir leur point de vue ou encore en adaptant leur approche. Les récits des participantes SIPPE 01 et SIPPE05 en font foi :

Bien, c'est ça, encore là, s'ils sont là, on va les impliquer dans l'entrevue. Des fois, on arrive puis lui il est assis dans le salon, on va lui dire, « Tu veux tu venir? C'est important que tu sois là, on veut avoir ton point de vue, pour nous les papas c'est important ». Durant toute l'entrevue d'évaluation, on va aller le questionner aussi, l'interroger, voir lui comment il voit ça. (Participante SIPPE01)

Établir un lien de confiance avec le père, vu qu'on le voit moins fréquemment, c'est quand même assez difficile, ça va être beaucoup en les reconnaissant. Qui je pense, n'est peut-être pas une intervention en soit, mais c'est une attitude. Donc, souvent, je sais pas si c'est infantilisant, mais en postnatal immédiat, on va les appeler papa. Des fois, on se souvient pas toujours de son prénom. (Participante SIPPE05)

Malgré les efforts qu'elles ont mis de l'avant, la réalité quotidienne de leur pratique demeure que les pères participent toujours aussi peu, ce que déplorent les participantes SIPPE03 et SIPPE08 :

C'est certain que les horaires de jour ne permettent pas à ceux qui travaillent de participer, par contre peu de pères de notre clientèle travaillent alors je ne sais pas quel impact ça aurait de travailler de soir. Les cours prénataux sont de soir et on n'a pas beaucoup de pères qui y participent. (Participante SIPPE03)

Quand je suis allée faire ma première visite, j'ai été nommée intervenante, le conjoint était là. Il a travaillé un petit peu à l'extérieur. L'autre couple, elle avait déjà un enfant, alors il gardait l'enfant à la maison et elle venait au cours. Il avait encore une bonne raison. L'autre, il travaillait... Pas sûre. Pas sûre qu'il travaillait vraiment. (Participante SIPPE08)

Alors que certaines intervenantes se consolent en se disant qu'elles auront au moins tendu une perche comme la participante SIPPE02, d'autres sont littéralement frustrées du manque d'intérêt du père, comme l'intervenante SIPPE07 :

Des fois, ils ont comme pas le choix, là. Tu le prends ou tu le prends pas. Mais je me dis : « Lui, s'il veut le prendre, c'est l'occasion qu'il le prenne ». La chance, saisir l'occasion, elle est là. Tu la saisie ou tu la saisie pas. Mais moi, je me donne tout le temps comme mandat d'essayer. (Participante SIPPE02)

Là le papa, j'ai appris pratiquement au trois quart de la rencontre qu'il était plus au travail. Fait que même s'il était couché, j'ai dit : « Ah, s'il est couché, il pourrait être debout là ». (Participante SIPPE07)

En somme, bien que les intervenantes du programme des SIPPE tentent de plus en plus de rejoindre les pères dans leur pratique quotidienne, elles ont encore l'impression que ceux-ci ne se sentent pas concernés et qu'il subsiste un malaise entre eux. À ce titre, on perçoit à la lecture des entrevues, que les intervenantes expriment avoir l'impression de ne pas toujours récolter le fruit de leurs efforts à l'endroit des pères.

L'analyse des croyances contraignantes et facilitantes à propos de l'intervention auprès des pères

La description de chacun des thèmes ayant émergé de l'analyse des entretiens menés auprès de huit intervenantes pivots du programme des SIPPE rend maintenant possible l'examen des croyances pouvant favoriser ou faire obstacle à l'intervention auprès des pères. Tel que décrit dans le modèle « Beliefs and Illness » de Wright et Bell (2009), les attitudes et les pratiques des intervenants sont influencées par leurs croyances à propos,

entre autres, de la clientèle, de la situation familiale ou du contexte social et de leur propre rôle professionnel. Ces croyances peuvent être contraignantes, c'est-à-dire nuire à l'établissement et au maintien de la relation thérapeutique, à la recherche de solutions en plus d'augmenter le niveau de souffrance, ou être facilitantes en créant un terrain propice au changement tout en allégeant la souffrance (Wright et Bell, 2009).

Les croyances contraignantes

Les intervenantes expriment deux principales croyances contraignantes, une à propos des pères et l'autre à propos de leur pratique professionnelle. Ces croyances semblent avoir pour effet de limiter les contacts avec les pères et de créer une relation de pouvoir inégal entre ces derniers et les intervenantes.

Croire que les pères sont moins intéressés que les mères. Les intervenantes ont exprimé leur perception que les pères ne sont pas intéressés ou engagés, du moins pas autant que les mères, par les soins, le développement, l'éducation des enfants ainsi que par les services qu'elles ont à offrir. Comme le dit l'intervenante SIPPE01 : « On peut pas le forcer non plus. ». Non seulement ceci a-t-il pour conséquence qu'elles s'adressent prioritairement aux femmes, mais qu'elles ne se soucient habituellement pas de demander si le père peut être présent lors des visites de routine. Alors qu'elles-mêmes qualifie le père de peu concerné, leur propre attitude peut contribuer au phénomène, comme l'explique la participante SIPPE02 :

Puis, il y en a là des hommes très à l'aise. Je te parlais du papa tantôt. Il vient s'asseoir avec nous autres : « Veux-tu un café? » C'est dans son élément. Il est à l'aise. Mais tu en as d'autres qui vont être plus en retrait, observer ce qu'on fait. Fait que c'est là qu'il faut les récupérer, parce que si on le fait pas là, il viendrait jamais avec nous si on l'invite pas à le faire. (Participante SIPPE02)

Croire au manque de compétence des parents. Les intervenantes se représentent les parents qu'elles rencontrent dans le cadre du programme des SIPPE comme des parents jeunes, immatures, avec peu d'éducation, peu de modèles parentaux autour d'eux et encombrés de leurs difficultés personnelles et conjugales. Elles les voient nécessairement dépendants de leurs services sans quoi les impacts négatifs sur le développement des enfants deviennent significatifs. Cette croyance dans le manque de compétence de ces parents contraint les intervenantes à adopter une position d'expert à propos de ce qui est bien pour eux. Cette position d'expert qu'elles endossent peut être perçue négativement par les parents et ainsi affecter leur adhérence au suivi comme le cite la participante SIPPE08 :

Ensuite de ça, eux autres ont voulu arrêter le service. Nous on n'était pas prêt à arrêter. On voulait maintenir. Il y avait quand même... Elle n'avait plus besoin d'intervention sociale parce qu'eux autres trouvaient qu'ils avaient progressé suffisamment. Nous on ne voulait pas lâcher prise, on voulait continuer. L'intervenante sociale s'est comme sentie repoussée là-dedans. Eux autres étaient prêts à arrêter là. Nous autres, on poussait encore. (Participante SIPPE08)

La proactivité dont elles font preuve peut être perçue comme une pression au changement, type de changement qui n'est pas nécessairement souhaité de la part des parents qui, comme les intervenantes le mentionnent, ne voient pas toujours les mêmes besoins qu'elles.

Les croyances facilitantes

Les participantes verbalisent deux principales croyances à propos de l'engagement paternel pouvant faciliter l'intervention auprès des pères. Ces croyances semblent avoir l'effet de favoriser l'ouverture des intervenantes à de nouvelles opportunités d'intervention familiale qui inclut véritablement le père.

Croire que l'engagement paternel est important. Toutes les intervenantes interviewées croient à l'apport du père dans la qualité de vie familiale ainsi que dans le développement sain des enfants. Pour elles, le père est une source de soutien considérable pour la mère et surtout, une source de stimulation et d'affection pour les enfants, source supplémentaire et complémentaire à la mère. Elles sont aussi d'avis que plus le père s'implique tôt dans la vie de son enfant (voire tôt au cours de la grossesse), plus il s'impliquera longtemps et activement tout au long de la vie de ce dernier. Une telle croyance ne peut qu'être bénéfique en permettant l'ouverture des intervenantes à changer leurs attitudes et leurs comportements envers les pères. D'ailleurs, plusieurs d'entre elles avouent déjà avoir changé des éléments de leur pratique, si ce n'est que de reconnaître et de valoriser les pères lorsqu'elles les rencontrent ou lorsqu'elles interviennent auprès des mères. D'autres vont jusqu'à modifier occasionnellement leur horaire pour les rencontrer.

Croire que plusieurs facteurs influencent l'implication du père au sein de sa famille. En croyant que l'implication du père dépend de lui, mais aussi de nombreux

facteurs contextuels sur lesquels il a peu de contrôle, les professionnelles constatent que la place que ces derniers occupent au sein des différentes activités offertes par les SIPPE ou des soins et de l'éducation de leurs enfants va au-delà du simple manque de volonté. Elles reconnaissent alors le rôle qu'elles peuvent jouer dans la promotion de l'engagement paternel tant auprès du père lui-même, qu'auprès de la mère, des autres intervenants et de la société en général. Cette croyance des intervenantes facilite l'inclusion des pères dans les services offerts en périnatalité et en petite enfance en valorisant, en encourageant et en favorisant leur participation par différentes attitudes et adaptations de leurs pratiques.

Discussion

La présente étude visait à explorer les perceptions et les croyances des intervenantes des SIPPE des pères qu'ils côtoient et des pratiques professionnelles à leur égard. Ce dernier chapitre a pour objectif la mise en perspective des résultats obtenus ainsi qu'une proposition d'explication concernant certaines constatations. L'intersection des différentes croyances pendant les interactions professionnelles entre les intervenantes des SIPPE et les pères est discutée dans la première section. La deuxième section aborde l'influence du paradigme social dominant, soit l'investissement dans les enfants, sur les perceptions et croyances des professionnelles à l'égard des parents qu'elles côtoient. Finalement, ce chapitre se conclut par la formulation de recommandations en lien avec la pratique clinique, la gestion, la formation et la recherche en sciences infirmières.

L'intersection des différentes croyances lors des interactions professionnelles entre les intervenantes des SIPPE et les pères

Les résultats présentés dans le dernier chapitre mettent en lumière les perceptions et croyances des huit intervenantes des SIPPE interviewées à propos des pères qu'elles côtoient et des pratiques professionnelles qu'elles mettent en œuvre à leur égard. Il semble que plusieurs de ces croyances et perceptions rejoignent celles des pères, mais que d'autres sont significativement différentes. Rappelons que selon le « Illness Beliefs Model » de Wright et Bell (2009), la souffrance personnelle et familiale est souvent plus accentuée par les croyances entourant une situation de santé que la situation de santé

elle-même. Selon ce modèle, plusieurs croyances forment la trame de fond d'une relation entre la personne et le professionnel, notamment celles à propos de la famille, de la situation de santé, du changement thérapeutique et du professionnel. Cette section discute donc des similitudes et divergences de perceptions et de croyances en jeu ainsi que leurs impacts potentiels en regard de l'établissement d'une relation entre les intervenantes des SIPPE et les pères jeunes ou économiquement défavorisés.

Les croyances à propos de la famille et de la situation de santé

Les professionnelles des SIPPE rencontrées se représentent les pères qu'elles côtoient dans le cadre de leur travail comme étant souvent jeunes, peu scolarisés et défavorisés économiquement, ce qui correspond en fait aux critères maternels d'admissibilité au programme. Force est de constater que la majorité des études québécoises (Allard et al., 2005; Deslauriers, 2010; 2012; Devault et al., 2008; Ouellet et al., 2006; Quéniart, 2004), canadiennes (Deslauriers et al., 2012) et internationales (Castillo et Sarver, 2012; Freeman et al., 2008; Summers et al., 2004) s'étant intéressées au vécu des pères jeunes ou économiquement défavorisés rapportent que ces derniers ont en majorité cessé leurs études avant ou tout juste après avoir obtenu un diplôme d'études secondaires. Tout comme les pères des études précédemment mentionnées, la faible scolarité est perçue par les intervenantes comme un facteur de risque que le père occupe un emploi précaire ou que son revenu soit insuffisant à combler les besoins de sa famille. Toutes ces caractéristiques sociodémographiques sont vues par les participantes à l'étude comme des indices de vulnérabilité des pères, les mettant à risque de développer d'autres

problématiques. Certains pères croient plutôt que leur faible niveau d'études et leur revenu instable et insuffisant sont des stressseurs actuels de leur rôle paternel qui seront éventuellement atténués par leurs efforts (Deslauriers, 2012; Devault et al., 2008; Lemay et al., 2010).

Les intervenantes rapportent que les pères qu'elles côtoient présentent régulièrement différentes difficultés personnelles comme la toxicomanie, un trouble de santé mentale, des activités criminelles ou de la violence conjugale par exemple, ce qui limite leur disponibilité physique ou psychologique à l'enfant. Bien que les études s'étant directement intéressées à l'expérience des jeunes pères et des pères économiquement défavorisés ne soient pas aussi précises à propos de telles difficultés, elles relatent toutefois que la paternité est considérée par plusieurs de ces pères comme un vecteur de changement en regard d'habitudes de vie incompatibles avec leur rôle parental (Deslauriers, 2012; Devault et al., 2008; Lemay et al., 2010; Ouellet et al., 2006; Quéniart, 2004). Il semble intéressant de noter ici que bien que les perceptions des intervenantes rejoignent celles des pères à propos du fait que ceux-ci présentent différentes problématiques, elles divergent complètement en ce qui concerne leurs impacts. Alors que les professionnelles perçoivent que ces difficultés encombrant les hommes et limitent leur engagement paternel, ces derniers croient plutôt que l'avènement de la paternité est un puissant motivateur pour régler ces problématiques afin d'être un meilleur père (Deslauriers, 2012; Devault et al., 2008; Lemay et al., 2010; Ouellet et al., 2006; Quéniart, 2004). Il est tout de même vrai que certains d'entre eux

associent ces changements nécessaires à une forme de sacrifice, pouvant mener à des sentiments de regret (Devault et al., 2008; Ouellet et al., 2006).

De la même façon, les intervenantes ont l'impression que ces pères n'ont pas reçu de modèle paternel satisfaisant durant leur enfance sur lequel ils pourront se baser pour définir leur propre paternité, ce qu'expriment les pères interrogés dans les études recensées (Deslauriers, 2012; Lemay et al., 2010; Quéniart, 2004; Summers et al., 2004). Ces dernières perçoivent que les pères reconnaissent qu'ils ont vécu une enfance difficile et qu'ils souhaitent s'en distancer, mais que ces hommes ne connaissent pas d'alternatives au père absent, autoritaire ou négligent. Dans une récente étude québécoise, Devault et ses collègues (2013) ont mis en lumière que les pères qui souhaitent se distancer de leur propre père pour se construire une identité et un rôle différent qui leur conviennent, vont modeler leur rôle paternel sur l'attitude et les soins reçus de leur propre mère.

Pour les participantes à cette étude, les rôles familiaux traditionnels semblent fréquents chez les familles qu'elles rencontrent, les pères structurant leur engagement paternel autour de leur rôle de pourvoyeur, alors que la mère s'occupe plutôt des soins aux enfants puisqu'elle ne travaille pas. Cependant, la littérature consultée fait plutôt état du fait que les pères plus jeunes, donc habituellement moins éduqués, seraient plus enclins à se défaire des rôles familiaux traditionnels et à adopter des attitudes et comportements parentaux non reliés au genre (Castillo et Sarver, 2012; Perry, 2009).

Une partie des pères de la clientèle des SIPPE s'avère donc probablement investie d'une manière plus complexe selon différentes dimensions de l'engagement paternel que ne le croient les intervenantes.

Finalement, les intervenantes interviewées se représentent l'engagement des pères vivant en contexte de vulnérabilité comme étant fragile et dépendant en grande partie de la qualité de la relation conjugale ou co-parentale. Selon elles, la grossesse survient habituellement de façon inopinée et en tout début de fréquentation amoureuse. Les pères ne sont pas toujours d'accord avec la poursuite de celle-ci et certains préfèrent ne pas y prendre part. D'autres choisissent de s'investir dans la mesure où la mère le permet. En effet, l'accès à l'enfant étant contrôlé par cette dernière aux yeux des participantes, les pères choisissent souvent de s'effacer des soins, parfois même de la vie de leur enfant, si la relation avec la mère est trop conflictuelle. Pourtant, plusieurs pères séparés de la mère de leur enfant sont demeurés engagés auprès de ce dernier malgré les obstacles posés par la mère (Allard et al., 2005; Castillo et Sarver, 2012; Deslauriers et al., 2012; Devault et al., 2008; Freeman et al., 2008; Ouellet et al., 2006). Alors que de nombreux pères perçoivent la mère de l'enfant comme un obstacle réel ou potentiel à leur engagement (Allard et al., 2005; Deslauriers, 2012; Freeman et al., 2008; Ouellet et al., 2006), quelques études rapportent tout de même que ces femmes peuvent aussi faciliter l'engagement paternel (Allard et al., 2005; Castillo et Sarver, 2012; Devault et al., 2013; Perry, 2009). D'ailleurs, les participantes croient qu'un de leurs rôles professionnels à l'égard de l'engagement paternel est justement d'aider la mère à faire une place au père

dans la vie et les soins de son enfant puisqu'elles croient aux bienfaits de l'implication active et significative du père auprès de ses enfants, ce qui va à l'encontre des résultats d'études antérieures (Kaila-Behm et Vehviläinen-Julkunen, 2000; Ménard, 1999).

En général, les intervenantes et les pères perçoivent le contexte de vie de ces derniers de façon similaire. Par contre, les croyances des deux groupes divergent quant aux conséquences de ce contexte en matière d'engagement paternel. Alors que les intervenantes y voient une multitude de limitations inévitables, les pères interrogés dans les écrits y voient souvent des circonstances temporaires que leur paternité les motive à se prendre en main et améliorer.

Les croyances à propos du changement thérapeutique et du professionnel

Pour les participantes, l'engagement paternel est important, mais celui démontré par la majorité des pères côtoyés dans le cadre de leur travail est loin d'être idéal. Elles perçoivent cet engagement fragile, axé sur le rôle de pourvoyeur et peu sur les soins et le développement des enfants. Les intervenantes perçoivent la nécessité de faire évoluer cet engagement afin qu'il devienne aussi multidimensionnel et solide que celui de la clientèle dite « générale », dans l'intérêt bien sûr des enfants, mais aussi des mères auprès desquelles elles exercent leur profession. Ceci constitue le principal changement thérapeutique visé par les intervenantes en ce qui concerne les pères.

Une difficulté qu'elles rencontrent quant à la mise en œuvre de ce mandat qu'elles se donnent, est que les pères semblent peu concernés par leurs services professionnels et y participent en très petit nombre. La perception des intervenantes des SIPPE que le père est moins préoccupé par ses enfants est aussi partagée par différents professionnels de la santé et des services sociaux qui œuvrent auprès d'une clientèle de pères « générale » (de Montigny et Lacharité, 2012; Höglund et Holmström, 2008; Massaoudi et al., 2011). À ce titre, une seule étude américaine s'étant directement adressée à des pères vivant sous le seuil de la pauvreté relatent que certains d'entre eux ont effectivement mentionné ne pas être intéressés par les services du même type que ceux des SIPPE puisqu'ils ne ressentent aucun besoin de soutien dans leur rôle parental ou encore parce qu'ils perçoivent que ces services s'adressent à la mère et à l'enfant (Summers et al., 2004). Par contre, d'autres études font mention du fait que les jeunes pères, qui doutent à certains moments de leurs habiletés et compétences (Deslauriers, 2010; Ross et al., 2012; Wilkes, Mannix et Jackson, 2011), auraient souhaité recevoir plus de soutien des milieux institutionnels (Deslauriers et al., 2012; Ross et al., 2012). Malgré ce besoin, nombreux sont les pères jeunes ou économiquement défavorisés qui ont mentionné se sentir ignorés, exclus ou jugés par les intervenants des services sociaux et de santé (Allard et al., 2005; Dallas, 2009; Deslauriers et al., 2012; Ross et al., 2012).

Cependant, le faible taux de participation des pères, qu'ils vivent en contexte de vulnérabilité ou non, est un problème rencontré de façon récurrente par les professionnels et intervenants des milieux institutionnels et communautaires (Arama,

1997; Comité Père – Région de Québec, 2001; Dubeau et al., 2011; Ferland, Chabot, Lambert, Lacharité et Villeneuve, 2012). On sait que les hommes, de façon générale, consultent peu les services préventifs puisqu'incompatibles avec la socialisation masculine actuelle (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004). Il en est de même pour les personnes financièrement défavorisées qui ont peur d'être méprisées par les professionnels des services sociaux et de santé (Paquet, 2006). Outre la motivation personnelle des pères, différentes études menées auprès d'intervenants et de gestionnaires de services aux hommes et à la famille mettent en lumière les obstacles qu'ils perçoivent en lien avec la participation des pères.

Entre autres, une approche et un contenu non adaptés aux besoins et réalités des hommes, un horaire de service incompatible avec celui des pères (travail ou école), le manque de formation, de soutien et d'outils pour intervenir auprès de pères ainsi que le genre presque exclusivement féminin des intervenants sont des obstacles aux rencontres avec des pères qui ont souvent été mentionnés par des professionnels œuvrant auprès de jeunes familles (Arama, 1997; Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004; Dubeau et al., 2011; Ferland et al., 2012; Forget, Devault, Allen, Bader et Jarvis, 2005). Ceci rejoint les croyances des professionnelles interviewées qui affirment tenter de contrer plusieurs de ces obstacles. Malgré leurs efforts, elles ne réussissent toujours pas à impliquer les pères davantage et ont l'impression de ne pas récolter les fruits de leurs efforts professionnels à leur égard.

Les intervenantes expriment aussi un malaise face à aux pères. Elles croient qu'elles manquent de connaissances et d'expérience en matière d'intervention auprès de pères, ce qui, dans une certaine mesure, les fait appréhender ces rencontres ou encore les rend incertaines quant à la conduite à tenir. Ce malaise, ici exprimé par les intervenantes, a aussi été exprimé par des étudiantes de première année de formation universitaire intégrée en sciences infirmières. Cette étude qualitative portait spécifiquement sur leurs perceptions de leurs interventions auprès de pères au cours de leur formation collégiale (Fleurant, 2009). Ce qui est intéressant de constater, c'est que même après une expérience professionnelle moyenne de vingt-et-un ans, dont près de neuf ans auprès d'une clientèle similaire à celle des SIPPE, les participantes de la présente étude semblent toujours être au même niveau de confort dans les interventions professionnelles auprès des pères que les étudiantes en cours de formation. On peut alors se questionner à propos de la fréquence à laquelle elles établissent effectivement un contact avec un père, étant donné que le sentiment d'efficacité professionnelle (donc l'aisance) se développe en fonction d'expériences actives antérieures (Bandura, 1997).

Finalement, les intervenantes rencontrées expriment que leur malaise est en grande partie dû à leurs connaissances insuffisantes à propos des besoins des pères et des approches d'intervention spécifiques à leur endroit. Cette critique de la formation disciplinaire à l'égard des enjeux de la paternité se retrouve aussi chez les étudiants québécois en sciences infirmières, en travail social et en pratique sage-femme (Fleurant, 2009; de Montigny et al., 2009; de Montigny et al., 2011) ainsi que chez les intervenants

psychosociaux et de santé plus expérimentés (Ferland et al., 2012; Forget et al., 2005; Lacharité et al., 2005).

Les croyances en jeu à l'égard du changement thérapeutique, soit l'amélioration de l'engagement paternel selon les professionnelles des SIPPE rencontrées, ainsi que celles à propos des professionnelles elles-mêmes, laissent entrevoir plusieurs embûches à l'établissement et au maintien de relations entre les intervenantes et les pères. Teintées de jugement et de malaise, les interactions prennent donc forme sur un terrain de méfiance mutuelle. Mais les croyances véhiculées par les pères et les professionnelles ne sont pas les seules en jeu lors de leurs rencontres. Chacun à leur façon, ils sont aussi influencés par les croyances de la société. Or, une des principales croyances de la société est l'importance d'investir dans le développement optimal des enfants.

L'intervention des SIPPE ancrée dans le paradigme de l'investissement à l'endroit des enfants

Au cours des quinze à vingt dernières années, les politiques publiques du Québec et du Canada ont connu un changement de paradigme important (Jenson, 2004). Selon Jenson (2004), les enfants d'aujourd'hui sont considérés comme le futur de la société. De ce fait, investir collectivement dans la réponse à leurs besoins immédiats en vue de garantir leur développement optimal correspond à investir dans le bien-être social et économique ultérieur de tous (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012a). Ayant à la fois contribué au changement de courant social et résulté de ce changement, différentes

politiques publiques s'intéressent maintenant aux conditions de vie des enfants et de leurs parents puisque ces dernières sont vues en tant que déterminants de la santé des enfants (MSSS, 2012). La politique de périnatalité 2008-2018 (MSSS, 2008a) et le programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2008b) en sont d'excellents exemples, tout comme le programme des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (MSSS, 2004). Selon ce paradigme, il est crucial d'identifier les risques pouvant faire obstacle au développement des enfants et de chercher à les prévenir, ce qui rejoint la perception des huit intervenantes rencontrées à propos de leurs pratiques professionnelles au sein des SIPPE.

Le besoin d'identifier les risques

Selon Peretti-Watel (2005), la culture du risque telle que définie par Giddens (1991) réfère au fait que les individus sont en contrôle de leur propre destin : ils doivent donc se projeter dans l'avenir, anticiper les risques auxquels ils seront potentiellement exposés puis tenter les maîtriser. Pour y arriver, ils auront nécessairement besoin de l'appui d'experts.

Le regard que posent les intervenantes sur les parents qu'elles côtoient au sein des SIPPE semble teinté de cette culture du risque. En percevant ces pères et ces mères comme une classe distincte de parents dont les capacités sont limitées par leur manque de connaissances, de compétences et de modèles, elles perçoivent cette parentalité comme insuffisante et risquée pour le développement des enfants. Cette perception

découle probablement de la représentation que le cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004) et que les autres politiques (MSSS, 2008a; 2008b) projettent à l'égard des parents jeunes, peu scolarisés et vivant sous le seuil de la pauvreté. Les caractéristiques personnelles et socioéconomiques des parents sont présentées comme des facteurs de risque en soi pour le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des enfants; la stigmatisation sociale de cette parentalité qui en résulte contribue à placer ces parents dans une catégorie hors norme aux yeux de tous, tant chez les professionnels que chez le grand public.

Un autre élément central de cette culture est l'identification des risques, souvent réalisée à l'aide de savoirs experts (Perreti-Watel, 2005). À cet égard, les intervenantes parlent abondamment de la divergence d'opinion entre elles et les parents à propos de ce qu'elles nomment les besoins des familles. Pour elles, les parents ne réalisent pas toujours leurs lacunes tant en compétences parentales qu'au niveau de leurs ressources informationnelles et matérielles, ce qui oblige les intervenantes à faire « naître » les besoins chez les parents, donc à leur faire prendre conscience de leurs manques pour les motiver vers un changement. Un autre moyen de pallier à cette difficulté est le dépistage systématique de la clientèle et de ses besoins. Miser sur l'identification des manques plutôt que sur les objectifs personnels et les forces des parents est pourtant contraire à l'idéologie « d'empowerment » promue par le cadre de référence des SIPPE :

Une approche visant le renforcement du pouvoir d'agir se veut respectueuse des valeurs et des façons de faire des familles en même temps qu'elle est basée sur l'idée que les personnes étant dans des situations très difficiles ont les aptitudes ou

peuvent acquérir les ressources pour s'en sortir. [...] La façon privilégiée de renforcer le pouvoir d'agir des parents est justement d'inclure la naissance de l'enfant et le développement des tout-petits dans un projet de vie porteur de réussite pour les parents. [...] Ce sont les membres de la famille qui peuvent déterminer le projet porteur de réussite pour eux, projet qui donne souvent un sens à leur vie. (MSSS, 2004, p.18)

Si les pratiques « d'empowerment » ne semblent pas centrales aux interventions qu'elles mettent en place auprès des parents dans le cadre du programme des SIPPE, les professionnelles rencontrées ont intégré la position prévue au programme à propos du fait que les personnes vulnérables peuvent acquérir les ressources nécessaires pour se sortir de situations très difficiles.

Des services légitimes

Le paradigme d'investissement dans les enfants sous-tend un partage de la responsabilité en regard de leur développement entre les parents d'une part, et la société (ou le gouvernement) d'autre part (Jenson, 2004). Cette vision sociale n'est pas sans impact pour les familles d'aujourd'hui. Les parents, bien que jouant toujours le rôle principal dans la vie de leur enfant, n'en sont plus les seuls acteurs : ils deviennent des partenaires d'une équipe formée d'experts et d'intervenants institutionnels mandatés par le gouvernement (Hamelin-Brabant et Gauthier, 2010). En effet, aider les parents à jouer leur rôle parental de façon optimale devient légitime au sein de ce paradigme (Jenson, 2004). Cette aide, concrétisée par les divers programmes et services, sert notamment à identifier les risques potentiels et à en limiter les conséquences, mais aussi à compenser pour ce qui serait qualifié de parentalité inadéquate.

Les professionnelles rencontrées pour cette étude adhèrent, encore une fois, fortement à ce courant de société. Non seulement perçoivent-elles leurs services comme essentiels puisqu'elles travaillent auprès de parents qu'elles se représentent comme non autonomes dans leur rôle, mais elles se donnent comme mission de contourner la méfiance dont ils font preuve afin d'atteindre ultimement les objectifs de dépistage et d'intervention à l'égard des enfants. La position d'expert ainsi adoptée déséquilibre le rapport de pouvoir entre les professionnelles et les parents, contribuant peut-être au sentiment d'être jugé ressenti par ces derniers (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012b; Laurin et al., 2008). En effet, les croyances entretenues par les professionnels de la santé à propos de l'importance de leur rôle influencent leurs interactions avec les personnes pauvres dont ils s'occupent (Hart et Freeman, 2005). De ce fait, leurs interventions modulées par l'importance qu'elles accordent à leur rôle professionnel peuvent affecter l'estime de soi des personnes et provoquer le rejet, l'évitement, la colère ou la dépendance envers le professionnel, contribuant ainsi aux iniquités sociales de santé (Hart et Freeman, 2005).

Ce qui ressort clairement, c'est que les professionnelles éprouvent une certaine difficulté à trouver le juste équilibre entre le besoin de compenser les déficits de la famille observés sous leur regard scientifique et le droit à l'autodétermination de cette dernière. En sciences infirmières et sciences sociales, ce type de combat entre la suprématie de la science (la raison) et l'autonomie de la personne (l'individualisation), donc tout ce qui porte sur les droits de la personne soignée face aux traitements que le

soignant veut lui prodiguer, est effectivement très fréquent depuis le milieu du vingtième siècle (de Singly, 2010).

En visant à long terme la diminution de la transmission intergénérationnelle des problèmes sociaux et de santé, le programme des SIPPE s'inscrit dans le paradigme d'investissement envers les enfants, tout comme nombre de politiques, programmes et services du Québec et du Canada. À la lumière du discours tenu par les professionnelles rencontrées, il semble important de se questionner sur les représentations qu'elles se font des parents. Confondre ces derniers avec de simples dispensateurs de soins pour le développement de leurs enfants, peut en soi contribuer au désengagement des parents envers les services offerts et finalement limiter la portée des actions préventives.

En ayant mis en relief les croyances des pères, des professionnelles et de la société en général à propos des pères jeunes ou défavorisé et des pratiques professionnelles à leur endroit, ce mémoire génère un portrait plus global de la rencontre pères-intervenantes dans le cadre du programme des SIPPE. Ces dernières, bien que plus habiles et à l'aise auprès des dyades mères-enfants, tentent de transformer leur pratique en santé familiale pour qu'elle devienne inclusive des pères. Conjuguer réalité clinique, mandats organisationnels et vision disciplinaire n'est pas toujours facile pour les infirmières, psychoéducateurs et travailleurs sociaux. Les professionnelles des SIPPE qui interviennent auprès de pères sont confrontées à deux réalités pour lesquelles elles ont été peu préparées, soient la paternité et la pauvreté. Alors que le programme des SIPPE

se base sur le soutien du pouvoir d'agir des parents, il est maintenant le temps de se demander comment elles peuvent, à leur tour, être soutenues dans leur pouvoir d'agir professionnel.

Recommandations

La pratique clinique

Les intervenantes croient fermement à l'importance de l'engagement paternel et perçoivent, à différents niveaux, le besoin d'en faire la promotion. Cette croyance est à la base-même de leurs questionnements, de leurs efforts d'adaptations en regard de l'intervention auprès de pères, malgré les obstacles rencontrés. Cette réflexion qu'elles posent déjà sur leurs pratiques est un indice d'une pratique clinique en évolution, d'une volonté au changement et d'une mobilisation commune qui pourraient éventuellement engendrer différentes reconfigurations organisationnelles facilitant les contacts professionnels avec les familles inclusifs des pères. Non seulement doivent-elles partager leurs préoccupations avec leurs gestionnaires, mais, par leurs observations et leurs expériences cliniques, émettre diverses suggestions d'amélioration des services. Un espace de réflexion entre membres de l'équipe interdisciplinaire réservé aux pratiques à l'égard des pères côtoyés dans le cadre clinique favoriserait le développement d'un sentiment d'aisance chez les professionnelles. Finalement, l'adoption d'une vision systémique de la famille suivie par les SIPPE permettrait de nouvelles avenues d'intervention (auprès du père, du couple conjugal ou du couple parental par exemple) visant à maximiser efficacement et durablement la santé de chacun de ses membres.

Valoriser le rôle du père auprès de tous est certes une avenue nécessaire, mais faciliter l'identification des besoins spécifiques des pères, des dyades conjugales et coparentales, en plus de ceux des triades parents-enfants permettra de développer des réponses appropriées et individualisées pour chacune des familles rencontrées.

La gestion

Les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux et les décideurs gouvernementaux disposent de différents pouvoirs sur l'offre de services mise en place au Québec. Cette offre de service doit, dans une perspective de santé populationnelle, être modelée selon les besoins des personnes habitant le territoire en question. Suite à l'analyse des résultats, il est essentiel de se demander si le cloisonnement actuel des services en programmes-clientèles s'avère efficace en regard de l'intervention auprès des pères. N'étant pas reconnus comme clients officiels du programme des SIPPE, ni d'autres programmes en périnatalité ou en pédiatrie, ces derniers ne reçoivent pas l'attention professionnelle qui leur est due en tant que parent et encore moins une réponse efficace à leurs besoins. Afin de contrer cette iniquité de santé, il est nécessaire que le père soit reconnu comme client des SIPPE, qu'il puisse faire lui-même une demande de services s'il en ressent le besoin et qu'il puisse recevoir un accompagnement au même titre que pour la mère. Pour se faire, il faudra revoir le cadre normatif des SIPPE en lien avec les critères d'éligibilité et les mesures d'intensité du suivi considérées dans les redditions de compte afin de considérer les caractéristiques des pères et des interventions à leur endroit. Ceci aurait pour effet potentiel d'augmenter

la fréquence et l'efficacité des rencontres entre les pères et les intervenants du programme, mais surtout de véritablement maximiser le potentiel de santé de toute la famille.

Ce faisant, il faut aussi considérer le besoin criant de formation en cours d'emploi des intervenants à propos des besoins des pères vivant en contexte de vulnérabilité et des approches et actions à privilégier à leur endroit afin de soutenir ceux qui accompagnent directement les familles. Finalement, au niveau politique et gouvernemental, il est nécessaire d'inscrire socialement le père en tant que parent à part entière, son engagement étant déterminant dans la santé de ses enfants.

La formation

Le manque de formation spécifique sur la paternité s'avère un des plus grands obstacles limitant l'intervention auprès des pères, et ce, tant au niveau de la formation initiale que de la formation en cours d'emploi. La transition à la parentalité chez les mères étant abordée de façon plus élaborée dans les cours de sciences infirmières, de psychologie, de travail social et de psychoéducation notamment, la réalité de la transition à la paternité demeure pratiquement inconnue des cliniciens, ce qui peut être à l'origine du malaise mentionné. La réalité paternelle devrait, au même titre que celle de la mère, être abordée dans les différents cours théoriques portant sur la périnatalité et la pédiatrie. De plus, les cours pratiques devraient aussi porter sur l'importance d'inclure

cette réalité dans le préceptorat fait auprès des étudiants afin que ceux-ci développent le réflexe de s'intéresser de façon équivalente aux deux parents.

La recherche

La réalité et les besoins des pères jeunes ou vivant en contexte de pauvreté financière commencent à être documentés, tout comme les facteurs pouvant influencer sur leur engagement auprès de leur enfant. Par contre, à part quelques obstacles et conditions de réussite perçus par les intervenants et gestionnaires à propos de l'intervention auprès des pères, on en connaît encore très peu sur la nature des relations qui s'établissent entre les pères et les professionnels de services sociaux et de santé du Québec. De plus, les études portant sur l'efficacité d'interventions réalisées en regard de l'engagement paternel ou des relations coparentales et conjugales sont habituellement biaisées par le fait que leur échantillon est composé d'hommes prenant une part active à d'autres types d'activités pour la famille. Il s'avère essentiel d'aller interroger directement les pères qui ne participent pas à ces activités afin de valider les perceptions qu'ont les professionnels à propos de ce qui limite leur engagement dans les services offerts et de vérifier si les interventions sont aussi efficaces auprès d'eux avant d'étendre tout type d'intervention à grande échelle.

Conclusion

En terminant, cette étude visait à explorer les perceptions et les croyances des intervenants des SIPPE des pères qu'ils côtoient et des pratiques professionnelles à leur égard. Tout au long de la démarche de recherche, l'auteure a tenté de répondre aux questions : « Quelles sont les croyances et perceptions au sujet des pères entretenues par les intervenants œuvrant au programme des SIPPE? » et « Quelles sont les croyances et perceptions des intervenants œuvrant au programme des SIPPE au sujet de leurs pratiques professionnelles à l'endroit des pères qu'ils côtoient? ».

Les résultats découlent de l'analyse de huit entretiens semi-dirigés menés auprès d'intervenantes pivots du programme des SIPPE. En plus de fournir quelques données sociodémographiques, les résultats laissent transparaître différentes perceptions et croyances à propos des pères en contexte de vulnérabilité socioéconomique et des pratiques professionnelles à leur endroit. Pour les intervenantes rencontrées, les pères qu'elles côtoient ont différentes identités : ils sont d'abord des hommes et des partenaires de vie avant d'être des parents. Les défis liés à chacune de ces identités compliquent bien souvent la transition à la parentalité dans le cas des pères des familles suivies par les intervenants du programme des SIPPE. À l'avis des professionnelles, les services qu'elles offrent sont essentiels puisqu'elles observent que les parents jeunes et socioéconomiquement défavorisés sont peu autonomes dans leur rôle, ce qui cause un risque pour le développement de leurs enfants. De plus, les fréquentes divergences

d'opinion entre les intervenantes et les parents poussent celles-ci à adopter une démarche systématisée. Finalement, la rencontre entre les intervenantes et les pères est influencée par le fait que les pères semblent peu concernés par les services et qu'il existe un malaise entre les deux parties. Malgré tout, les professionnelles mettent en œuvre différents moyens pour tenter de rejoindre de plus en plus les pères.

Le « Illness Beliefs Model » de Wright et Bell (2009) a permis d'identifier les croyances facilitantes et celles faisant obstacle à l'intervention auprès des pères dans le cadre des SIPPE. L'analyse de ces résultats permet d'affirmer que l'accompagnement des pères par les professionnelles des SIPPE confronte les intervenantes à une réalité qu'elles ne connaissent qu'en théorie. Le malaise et le sentiment d'inefficacité professionnelle qui découlent de leur difficulté à rejoindre les pères freinent l'engagement des intervenantes dans l'établissement de relations thérapeutiques avec ces derniers, limitant le soutien social dont ils peuvent bénéficier.

Cette étude expose l'intersection des perceptions et croyances de la société, des intervenantes des SIPPE et des pères socioéconomiquement défavorisés. Plusieurs paradoxes émergent de cette intersection. Alors que les pères souhaitent le soutien des professionnels, ils perçoivent leurs attitudes et comportements comme un jugement envers leurs compétences. D'un autre côté, les intervenantes croient que l'engagement des pères est aussi important que celui de la mère, mais n'interviennent majoritairement qu'auprès de celles-ci. Finalement, la société prétend qu'elle est conjointement

responsable du bien-être des enfants avec les parents, mais regarde les parents jeunes et défavorisés comme des risques potentiels pour le bien-être de leurs enfants. Les constats de cette étude permettent ainsi de concevoir que l'intervention auprès des pères dans le cadre des SIPPE comporte des défis autant sur le plan local que sur le plan sociétal.

Les intervenants de disciplines diverses qui accompagnent les familles au sein des SIPPE ont le devoir de s'intéresser aux défis que vivent les pères. Étant aussi déterminant que la mère pour la santé de son enfant, le père mérite qu'on se préoccupe de ses conditions de vie et qu'on cherche à les améliorer. Pour y arriver, les professionnels des services sociaux et de santé qui œuvrent au sein des SIPPE ont besoin de recevoir une formation appropriée sur les réalités de cette clientèle spécifique et d'être soutenus dans leurs apprentissages afin de réussir à construire leur confiance professionnelle à l'égard des pères. Finalement, ces intervenants interdisciplinaires peuvent contribuer à limiter la stigmatisation sociale que peuvent ressentir les pères jeunes et défavorisés en les soutenant véritablement dans chacune des dimensions de leur exercice parental.

Références

- Agence de santé et de services sociaux de Montréal (2007). *Pour optimiser la composante accompagnement des familles des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. Document consulté de http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/978-2-89494-622-0.pdf
- Allard, F., Bourret, A., Tremblay, G., Bergeron, M., & Roy, I. (2005). Maintien de l'engagement paternel après une rupture conjugale : point de vue de pères vivant en contexte de pauvreté. *Enfances, Familles, Générations*, 3, 78-115.
- Allgood, S.M., Beckert, T.E., & Peterson, C. (2012). The role of father involvement in the perceived psychological well-being of young adult daughters: a retrospective study. *North American Journal of Psychology*, 14(1), 95-110.
- Arama, D. (1997). *Promotion du rôle des pères : Inventaire des ressources et projets d'intervention spécifiques à la paternité au Québec*. Rapport de recherche. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Aycan, Z., & Eskin, M. (2005). Relative contributions of childcare, spousal support, and organizational support in reducing work-family conflict for men and women: The case of Turkey. *Sex Roles*, 53(7/8), 453-471.
- Baker, M., Miron, J.-M., & de Montigny, F. (2010). Entre la sage-femme et le père : des espaces co-construits. Étude exploratoire. *Enfances, Familles, Générations*, 11, 64-79.
- Baker, M., Miron, J.-M., de Montigny, F., & Boilard, H. (2007). Rôle de la sage-femme dans le parcours des pères en période périnatale. *Revue Québécoise de psychologie*, 28(3), 11-31.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The Exercice of Control*. New-York, NY : W.H. Freeman & company.
- Barclay, L., & Lupton, D. (1999). The experiences of new fatherhood: A socio-cultural analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1013-1020.
- Barry, A.A., Smith, J.Z., Deutsch, F.M., & Perry-Jenkins, M. (2011). Fathers' involvement in child care and perceptions of parenting skill over the transition to parenthood. *Journal of Family Issues*, 32(11), 1500-1521.
- Benner, P.E., Tanner, C.A., & Chesla, C.A. (2009). *Expertise in nursing practice : caring, clinical judgment and ethics* (2e éd.). New York, NY : Springer Publishing.

- Bradbury-Jones, C., & Tranter, S. (2008). Inconsistent use of the critical incident technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 64(4), 399–407.
- Bronfenbrenner, U. (1996). Le modèle Processus-Personne-Contexte-Temps dans la recherche en psychologie du développement: Principes, applications et implications. Dans R. Tessier & G.M. Tarabulsky (Éds), *Le Modèle Écologique dans l'Étude du Développement de l'Enfant* (pp. 9-59). Ste-Foy, Qc : Presses de l'Université du Québec.
- Bronte-Tinkew, J., Carrano, J., Horowitz, A., & Kinukawa, A. (2008). Involvement among resident fathers and links to infant cognitive outcomes. *Journal of Family Issues*, 29(9), 1211-1244.
- Bronte-Tinkew, J., Horowitz, A. & Carrano, J. (2010). Aggravation and stress in parenting: associations with coparenting and father engagement among resident fathers. *Journal of Family Issues*, 31(4), 525-555.
- Bronte-Tinkew, J., Moore, K.A., Matthews, G., & Carrano, J. (2007). Symptoms of major depression in a sample of fathers of infants : sociodemographic correlates and links to father involvement. *Journal of Family Issues*, 28(1), 61-99.
- Buckelew, S.M., Pierrie, H., & Chabra, A. (2006). What fathers need : A countywide assessment of the needs of fathers of young children. *Maternal and Child Health Journal*, 10(3), 285-291.
- Bulanda, D.E., & Majumdar, D. (2009). Perceived parent–child relations and adolescent self-esteem. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 203–212.
- Butterfield, L.D., Borgen, W.A., Amundson, N.E., & Maglio, A.T. (2005). Fifty years of the critical incident technique: 1954–2004 and beyond. *Qualitative Research*, 5(4), 475–497.
- Cabrera, N.J., Fagan, J., & Farrie, D. (2008). Explaining the long reach of fathers' prenatal involvement on later paternal engagement. *Journal of Marriage and Family*, 70(5), 1094-1107.
- Cabrera, N., Fitzgerald, H.E., Bradley, R.H., & Roggman, L. (2007). Modeling the dynamics of paternal influences on children over the life course. *Applied Development Science*, 11(4), 185–189.
- Cabrera, N.J., Shannon J.D., & La Taillade, J.J. (2009). Predictors of coparenting in Mexican American families and links to parenting and child social emotional development. *Infant Mental Health Journal*, 30(5), 523–548.

- Cabrera, N.J., Shannon J.D., & Tamis-LeMonda, C. (2007). Fathers' influence on their children's cognitive and emotional development : from toddlers to pre-K. *Applied Development Science, 11*(4), 208-213.
- Carpenter, D.R. (2011). Phenomenology as Method. Dans H.J. Streubert et D.R. Carpenter (Éds), *Qualitative Research in Nursing, Advancing the Humanistic Imperative* (5^e éd., pp. 72-96). Philadelphia, PA : Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Castillo, J., & Sarver, C. (2012). Nonresident fathers' social networks: The relationship between social support and father involvement. *Personal Relationships*. doi : 10.1111/j.1475-6811.2011.01391.x
- Castillo, J., Welch, G., & Sarver, C. (2011). Fathering: the relationship between fathers' residence, fathers' sociodemographic characteristics, and father involvement. *Maternal and Child Health Journal, 15*, 1342–1349.
- Chin, R., Hall, P., & Daiches, A. (2011). Fathers' experiences of their transition to fatherhood: a metasynthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 29*(1), 4-18.
- Comité conseil post-chantiers sur les SIPPE (2011). *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-836-01W.pdf>
- Comité Père – Région de Québec. (2001). *La paternité et nos services. Principaux obstacles rapportés et pistes d'action suggérées pour améliorer concrètement la place des pères dans nos services CLSC-CLQ*. Rapport de recherche. Québec : Agence de Santé et de Services Sociaux de la Capitale-Nationale.
- Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes. (2004). *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2012a). *Rapport d'appréciation de la performance des soins et services en périnatalité et en petite enfance*. Repéré à : <http://www.csbe.gouv.qc.ca/index.php?id=324>
- Commissaire à la santé et au bien-être (2012b). *La parole aux parents d'enfants de 0-5 ans : regard sur les soins de santé et les services sociaux à travers leurs expériences*. Repéré à : <http://www.csbe.gouv.qc.ca/index.php?id=324>

- Conseil de la famille et de l'enfance du Québec (2008). *L'engagement des pères : Le Rapport 2007-2008 sur la situation et les besoins des familles et des enfants*. Repéré à : http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/cfe_rapp_engagement-peres_web5.pdf
- Contandriopoulos, A.-P., Fournier, M.-A., & Pham-Dang, M.-L. (2007). *Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec*. Repéré à : <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R07-02.pdf>
- Dallas, C. (2009). Interactions between adolescent fathers and health care professionals during pregnancy, labor, and early postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 38, 290-299.
- Deave, T., & Johnson, D. (2008). The transition to parenthood : what does it mean for fathers ? *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 626-633.
- de Montigny, F., Devault, A., Este, D., Fleurant, A., & Nascimento, L.C. (2011). Nursing students' perceptions of their experiences with fathers during their family nursing clinical practicum. *Texto Contexto Enferm*, 20(4), 649-57.
- de Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C., & Dubeau, D. (2010). À la rencontre des parents : des constats issus des pratiques. *L'infirmière Clinicienne*, 6(2), 1-5.
- de Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C., Quéniart, A., Dubeau, D., Miron, J-M., ... Lozier, F. (2009). L'enseignement des enjeux de la paternité dans les universités canadiennes. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 15(1), 102-119.
- de Montigny, F., Devault, A., Miron, J.M., Lacharité, C., Goudreau, J., Brin, M., ... Gauthier, S. (2007). *L'expérience de pères de l'Outaouais de l'allaitement maternel et de la relation père-enfant*. Gatineau, Qc : Université du Québec en Outaouais.
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2004). Father's perceptions of the immediate postpartal period : what do we need to know ? *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33(3), 328-339.
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy : a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 1-10.

- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2008). Modeling parents and nurses relationships. *Western Journal of Nursing Research*, 30(6), 743-758.
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2012). Perceptions des professionnels de leurs pratiques auprès des parents de jeunes enfants. *Enfances, Familles, Générations*, 16, 53-73.
- de Montigny, F., Lacharité, C., & Amyot, E. (2006). Tornar-se pai : modelo da experiência dos pais em período pós-natal. *Paidéia*, 16(3), 25-37.
- de Montigny, F., Lacharité, C., Baker, M., Devault, A., & Gervais, C. (2011). L'engagement paternel: dans quelle mesure les pères considèrent-ils que les femmes qu'ils côtoient sont un soutien ou un obstacle en période postnatale? Dans E. Catarsi et J.P. Pourtois (Éds.), *Éducation familiale et services à l'enfance* (pp.169-172). Florence, IT : Firenze University Press.
- de Montigny, F., Lacharité, C., & Devault, A. (2012). Transition to fatherhood : modeling the experience of fathers of breastfed infants. *Advances in Nursing Sciences*, 35(3), 11-22.
- de Singly, F. (2010). Le soin et les deux individualismes. Dans L. Hamelin-Brabant, L. Bujold et N. Vonarx (Éds), *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers* (pp. 135-158). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Deslauriers, J.-M. (2005). Les jeunes pères et les politiques sociales québécoises. *Enfances, Familles, Générations*, 3, 130-145.
- Deslauriers, J.-M. (2010). L'expérience des futurs jeunes pères durant la période prénatale. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 16(1), 63-100.
- Deslauriers, J.-M. (2012). Le regard de jeunes pères sur leur enfance et leur adolescence. *Service social*, 58(1), 12-31.
- Deslauriers, J.-M., Devault, A., Groulx, A.-P. & Sévigny, R. (2012). Rethinking services for young fathers. *Fathering*, 10(1), 66-90.
- Deslauriers, J.-M., Gaudet, J. & Bizot, D. (2009). Le rôle du père de la Nouvelle-France au Québec de demain. Dans D. Dubeau, A. Devault et G. Forget (Éds.), *La paternité au XXI^e siècle* (pp. 15-38). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

- Devault, A., Denis, L., Lacharité, C., & de Montigny, F. (2013). Le rôle des femmes dans la vie de jeunes pères vivant en contexte de vulnérabilité. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 25(1).
- Devault, A., Forget, G., Ouellet, F., & Milcent, M.P. (2009). Métiers de pères : un projet de soutien à l'engagement paternel en entreprises d'insertion. Dans D. Dubeau, A. Devault et G. Forget (Éds.), *La paternité au XXI^e siècle* (pp. 283-304). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Devault, A., Lacharité, C., Ouellet, F., & Forget, G. (2003). Les pères en situation d'exclusion économique et sociale : les rejoindre, les soutenir adéquatement. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 16(1), 45-58.
- Devault, A., Milcent, M.-P., Ouellet, F., Laurin, I., Jauron, M., & Lacharité, C. (2008). Life stories of young fathers in contexts of vulnerability. *Fathering*, 3, 226-248.
- Dubeau, D., Clément, M.-È., & Chamberland, C. (2005). Le père, une roue du carrosse familial à ne pas oublier ! État des recherches québécoises et canadiennes sur la paternité. *Enfances, Familles, Générations*, 3. Repéré à <http://www.erudit.org/revue/efg/2005/v/n3/012534ar.html>
- Dubeau, D., Villeneuve, R., & Thibault, S. (2011). *Être présent sur la route des pères engagés. Recension québécoise 2009-2010 des modalités de soutien pour les pères*. Montréal, Qc : Regroupement pour la Valorisation de la Paternité.
- Fagan, J., Bernd, E., & Whiteman, V. (2007). Adolescent fathers' parenting stress, social support, and involvement with infants. *Journal of Research on Adolescence*, 17(1), 1-22.
- Fägerskiöld, A. (2008). A change in life as experienced by first-time fathers. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 64-71.
- Fawcett J. (2005) *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories*. Philadelphia, PA. : F.A. Davis.
- Ferland, L., Chabot, L., Lambert, J.-P., Lacharité, C., & Villeneuve, R. (2012). Les pères, la paternité et la coparentalité dans les organismes communautaires famille (OCF) au Québec : Évaluation de l'implantation du projet OCF-Paternité en 2011-2012. Montréal : Regroupement pour la Valorisation de la Paternité. Repéré à : <http://ocf.rvpaternite.org>
- Flanagan, J.C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327-358.

- Fleurant, A. (2009). *Perceptions des étudiantes de la formation infirmière intégrée de leurs interventions auprès des pères durant leur formation collégiale* (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec en Outaouais, Gatineau, QC.
- Flouri, E. (2008). Fathering and adolescents' psychological adjustment: the role of fathers' involvement, residence and biology status. *Child: care, health and development*, 34(2), 152–161.
- Flouri, E., & Buchanan, A. (2004). Early father's and mother's involvement and child's later educational outcomes. *The British Journal of Educational Psychology*, 74(Pt 2), 141-153
- Forget, G. (2009). La promotion de l'engagement paternel, des archétypes à transformer, une pratique à construire. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 15(1), 79-101.
- Forget, G., Devault, A., Allen, S., Bader, E. & Jarvis, D. (2005). Les services destinés aux pères, une description et un regard sur l'évolution des pratiques canadiennes. *Enfances, Familles, Générations*, 3. DOI : 10.7202/012538ar
- Freeman, H., Newland, L.A., & Coyl, D.D. (2008). Father beliefs as a mediator between contextual barriers and father involvement. *Early Child Development and Care*, 178(7-8), 803–819.
- Galinski, E. (1981). *Between generations : The six stages of parenthood*. New York, NY : Times Books.
- Gaunt, R. (2008). Maternal gatekeeping antecedents and consequences. *Journal of Family Issues*, 29(3), 373-395.
- Genesoni, L., & Tallandini, M.A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989-2008. *Birth*, 36(4), 305-318.
- Gervais, C., de Montigny, F., & Lacharité, C. (soumis). La place des pères dans l'espace institutionnel et dans les pratiques professionnelles : Une analyse des besoins des familles d'une région du Québec. *Fathering*.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity*. Stanford : Stanford University Press.
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A.P. Pires (Éds), *La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 341-364). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

- Giorgi, A. (2002). The question of validity in qualitative research. *Journal of Phenomenological Psychology, 33*(1), 1-18.
- Giorgi, A. (2005). The phenomenological movement and research in the human sciences. *Nursing Science Quarterly, 18*(1), 75-82.
- Giorgi, A. (2010). Phenomenology and the practice of science. *Existential Analysis, 21*(1), 3-22.
- Hamelin-Brabant, L, & Gauthier, M. (2010). L'enfant d'hier à aujourd'hui : représentations sociales, normes socio-sanitaires et soins infirmiers. Dans L. Hamelin-Brabant, L. Bujold et N. Vonarx (Éds), *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers* (pp. 13-34). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Hart, A., & Freeman, M. (2005). Health « care » interventions : making health inequalities worse, not better? *Journal of Advanced Nursing, 49*(5), 502-512.
- Heidegger, M. (1927). *Being and Time*. New York, NY : Harper & Row.
- Höglund, A.T., & Holmström, I. (2008). "It's easier to talk to a woman". Aspects of gender in Swedish telenursing. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 2979-2986.
- Hosley, R., Canfield, K., O'Donnell, S.L., & Roid, G. (2008). Father closeness: its effect on married men's sexual behaviors, marital, and family Satisfaction. *Sexual Addiction and Compulsivity, 15*, 59-76.
- Husserl, E. (1913). *Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy* (F. Kersten, 1983, trad.). La Haye : Nijhoff.
- Institut national de santé publique (2010). *Avis scientifique sur la rétention des clientèles des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. Repéré à : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1142_RetentionClientelesSIPPE.pdf
- Jenson, J. (2004). Changing the paradigm : family responsibility or investing in children. *The Canadian Journal of Sociology, 29*(2), 169-192.
- Kaila-Behm, A., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2000). Ways of being a father: how first-time fathers and public health nurses perceive men as fathers. *International Journal of Nursing Studies, 37*, 199-205.

- Kettani, M., & Euillet, S. (2012). Expérience paternelle en situation de précarité socio-économique : repérage et considération des spécificités. *Enfances, Familles, Générations*, 16, 17-33.
- Knoester, C., Petts, R.J., & Eggebeen, D.J. (2007). Commitments to fathering and the well-being and social participation of new, disadvantaged fathers. *Journal of Marriage and Family*, 69(4), 991-1004.
- Lacharité, C. (2009). L'expérience paternelle entourant la naissance sous l'angle du discours social. *Enfances, Familles, Générations*, 11, i-x.
- Lacharité, C. (2012). Les politiques sociales en périnatalité : pratiques institutionnelles et expériences personnelles. Dans F. deMontigny, A. Devault et C.Gervais (Éds), *La naissance de la famille, Accompagner les parents et les enfants en période périnatale* (pp.20-35). Montréal, Québec : Chenelière Éducation.
- Lacharité, C., de Montigny, F., Miron, J-M., Devault, A., Larouche, H., & Desmet, S. (2005). *Les services offerts aux familles à risque ou en difficultés : Modèles conceptuels, stratégies d'actions et réponses aux besoins des parents*. Trois-Rivières, Qc : GREDEF, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lamb, M.E. (Éds). (2010). *The Role of the Father in Child Development* (5^e éd.). New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- Lamb, M.E., Pleck, J.H., Charnov, E.L., & Levine, J.A. (1987). A biosocial perspective on paternal behavior and involvement. Dans J.B. Lancaster, J. Altaman, A. Rossi, & R.L. Sherrod (Éds.), *Parenting across the lifespan: Biosocial perspectives* (pp.11-42). New York, NY : Academic.
- Laurin, I., René, J.-F., Dallaire, N., Ouellet, F., Devault, A., & Turcotte, G. (2008). *Qu'en pensons-nous ? Des groupes de parents s'expriment. Une démarche de recherche participative visant à favoriser une prise de parole de parents et de citoyens, en appui aux services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)*. Repéré à : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89494-692-3.pdf
- Leclerc, C., Bourassa, B., & Filteau, O. (2010). Utilisation de la méthode des incidents critiques dans une perspective d'explicitation, d'analyse critique et de transformation. *Éducation et francophonie*, 38(1), 11-32.
- Lee, C.-Y.S., & Doherty, W.J. (2007). Marital satisfaction and father involvement during the transition to parenthood. *Fathering*, 5(2),75-96.

- Lemay, C.A., Cashman, S.B., Elfenbein, D.S., & Felice, M.E. (2010). A qualitative study of the meaning of fatherhood among young urban fathers. *Public Health Nursing, 27*(3), 221–231.
- Magill-Evans, J., Harrison, M.J., Rempel, G. & Slater, L. (2006). Interventions with fathers of young children: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing, 55*(2), 248–264.
- Marois, J.-D. (2010). *Recherche exploratoire sur la participation de pères à deux groupes promouvant l'engagement paternel* (Mémoire de maîtrise inédit). Université Laval, Québec, QC.
- Massoudi, P., Wickberg, B., & Hwang, C.P. (2011). Fathers' involvement in Swedish child health care – the role of nurses' practices and attitudes. *Acta Paediatrica, 100*, 396-401.
- McBride, B.A., Brown, G.L., Bost, K.K., Shin, N., Vaughn, B., & Korth, B. (2005). Paternal identity, maternal gatekeeping and father involvement. *Family Relations, 54*, 360-372.
- McBride, B.A., Dyer, W.J., Liu, Y., Brown, G.L., & Hong, S. (2009). The differential impact of early father and mother involvement on later student achievement. *Journal of Educational Psychology, 101*(2), 498-508.
- McBride, B.A., Schoppe-Sullivan, S.J., & Ho, M.-H. (2005). The mediating role of fathers' school involvement on student achievement. *Applied Developmental Psychology, 26*, 201–216.
- Meleis, A.I. (Éd.). (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.-O., Messias, D.K.H, & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions : An Emerging Middle-Range Theory. Dans A.I. Meleis (Éd.), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 52-65). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Ménard, A.-M. (1999). *La vision du rôle paternel et les pratiques auprès des pères de milieux défavorisés d'infirmières œuvrant dans les services de périnatalité en CLSC* (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Montréal, Montréal, QC.

- Mercer, R.T. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research*, 34, 198-204.
- Ministère de la Famille et des Aînés (2011). *Les pères du Québec. Les soins et l'éducation de leurs jeunes enfants : Évolution et données récentes*. Repéré à : <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/les-Peres-du-Qc.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-02W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008a). *Politique de périnatalité 2008-2018*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2008b). *Programme national de santé publique 2003-2012, Mise à jour 2008*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2012). *La santé et ses déterminants, Mieux comprendre pour mieux agir*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-202-06.pdf>
- Morse, J. (1989). *Qualitative nursing research: a contemporary dialogue*. Rockville, MD : Aspen.
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2011). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2010-2011. Le Québec et ses régions*. Repéré à : http://www.oiiq.org/sites/default/files/292S-Rapport_statistique_2010-2011.pdf
- Ouellet, F., Milcent, M-P. & Devault, A. (2006). Jeunes pères vulnérables : trajectoire de vie et paternité. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 18(2), 156-171.
- Palkovitz, R., & Palm, G. (2009). Transitions within fatherhood. *Fathering*, 7, 3-22.
- Paquet, G. (2006). *Partir du bas de l'échelle : des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*. Montréal, Qc : Presses de l'Université de Montréal.

- Peretti-Watel, P. (2005). La culture du risque, ses marqueurs sociaux et ses paradoxes. Une exploration empirique. *Revue économique*, 56, 371-392.
- Perry, A.R. (2009). The influence of the extended family on the involvement of nonresident African American fathers. *Journal of Family Social Work*, 12, 211–226.
- Pinheiro, R.T., Magalhaes, P.V.S., Horta, B.L., Pinheiro, K.A.T., daSilva, R.A., & Pinto, R.H. (2006). Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? Population-based study in Brazil. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 203-232.
- Potter, C., & Carpenter, J. (2010). Fathers' involvement in Sure Start: what do fathers and mothers perceive as the benefits? *Practice: Social Work in Action*, 22(1), 3-15.
- Quéniart, A. (2004). A profile of fatherhood among young men : moving away from their birth family and closer to their child. *Sociological Research Online*, 9(4). doi:10.5153/sro.976
- Ross, N.J., Church, S., Hill, M., Seaman, P., & Roberts, T. (2012). The perspectives of young men and their teenage partners on maternity and health services during pregnancy and early parenthood. *Children & Society*, 26, 304–315.
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role. Part 1. Processes. *Nursing Research*, 16, 237-245.
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systemic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica*, 97, 153-158.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? [Hors Série]. *Recherches qualitatives*, 5, 99-111.
- Schindler, H.S. (2010). The importance of parenting and financial contributions in promoting fathers' psychological health. *Journal of Marriage and Family*, 72, 318-332.
- Schluter, J., Seaton, P., & Chaboyer, W. (2008) Critical incident technique: A user's guide for nurse researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 107–114.
- Schmidt, N.A., & Brown, J.M. (2009). *Evidence-Based Practice: Appraisal and Application of Research*. Toronto, On : Jones and Bartlett Publishers.

- Schoppe-Sullivan, S.J., Brown, G.L., Cannon, E.A., Mangelsdorf, S.C., & Szewczyk Sokolowski, M. (2008). Maternal gatekeeping, coparenting quality, and fathering behavior in families with infants. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 389–398.
- Schumacher, K.L., & Meleis, A.I. (2010). Transitions : A Central Concept in Nursing. Dans A.I. Meleis (Éd.), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 38-51). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Service Canada. (2011). *Emploi Avenir Québec*. Repéré à http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/3.shtml
- St-Denis, J., & St-Amand, N. (2010). Les pères dans l'histoire : Un rôle en évolution. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 16(1), 32-61.
- Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (2011). *Qualitative Research in Nursing, Advancing the Humanistic Imperative* (5e éd.). Philadelphia, PA : Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Summers, J.A., Boller, K., & Raikes, H. (2004). Preferences and perceptions about getting support expressed by low-income fathers. *Fathering*, 2(1), 61-82.
- Turcotte, G., Dubeau, D., Bolté, C., & Paquette, D. (2001). Pourquoi certains pères sont-ils plus engagés que d'autres auprès de leurs enfants ? Une revue des déterminants de l'engagement paternel. *Revue canadienne de psychoéducation*, 30(1), 39-65.
- Turcotte, G., Forget, G, Ouellet, F., & Sanchez, I. (2009). *Le projet Relais-Pères. Analyse d'une pratique innovante pour soutenir l'engagement paternel et l'insertion sociale de pères vulnérables dans quatre quartiers de Montréal*. Repéré à : <http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/recherche/PDF/Publications/38-5.pdf>
- Turcotte, G., & Gaudet, J. (2009). Conditions favorables et obstacles à l'engagement paternel : un bilan des connaissances. Dans D. Dubeau, A. Devault et G. Forget (Éds.), *La paternité au XXI^e siècle* (pp. 39-70). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Villeneuve, R. (2010). Les hommes et les politiques sociales québécoises : L'exemple de la paternité. Dans J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest Dufault, D. Blanchette et J.-Y. Desgagnés (Éds.), *Regards sur les hommes et les*

masculinités : Comprendre et intervenir (pp. 199-218). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Wells, M.B., & Sarkadi, A. (2012). Do father-friendly policies promote father-friendly child-rearing practices? A review of Swedish parental leave and child health centers. *Journal of Child and Family Studies*, 21, 25–31.

Wilkes, L., Mannix, J., & Jackson, D. (2011). 'I am going to be a dad': experiences and expectations of adolescent and young adult expectant fathers. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 180–188.

Wright, L.M., & Bell, J.M. (2009). *Beliefs and Illness, A Model for Healing*. Canada: 4th Floor Press.

Appendice A

Choix de la directrice et de la co-directrice de mémoire

**APPENDICE B
CHOIX DE LA DIRECTRICE DE RECHERCHE**

Nom : Kate St-Arneault Code permanent : STAK09578004

Constituante d'attache : UQAC UQO x

Programme : Maîtrise sciences infirmières profil mémoire Code du programme : 3576

Première session d'inscription au programme : automne 2009

Choix d'une directrice de recherche :

Nom : Francine de Montigny

Département: Sciences infirmières

Choix d'une codirectrice de recherche (s'il y a lieu) :

Nom : Christine Gervais

Département : Sciences infirmières

Sujet de projet de recherche :

Perceptions des intervenants participant à l'Initiative Amis des Pères au sein des familles de leurs pratiques professionnelles à l'égard des pères dans le cadre des services intégrés de périnatalité et de la petite enfance.

Signatures :

Kate St-Arneault 17/02/2011
Étudiante Date

Francine de Montigny 17/02/2011
Directrice de recherche Date

C. Gervais 17/02/2011
Codirectrice de recherche Date

Chantal Perrin 1^{er} mars 2011
Directrice du programme Date

Appendice B
Approbation du projet de recherche

APPENDICE C APPROBATION DU PROJET DE RECHERCHE

Nom : Kate St-Arneault Code permanent : STAK09578004

Constituante d'attache : UQAC UQO x

Première session d'inscription au programme : automne 2009

Titre du projet de recherche: Perceptions des intervenants de leurs pratiques professionnelles à l'égard des pères dans le cadre des services intégrés en périnatalité et de la petite enfance.

Résumé du projet de recherche : problématique, objectifs visés, cadre théorique, planification du projet de recherche et de la méthodologie, considérations éthiques.

Problématique. Le Québec dénombre actuellement plus de 85 000 naissances par année (ISQ, 2011). Plusieurs politiques et services du domaine de la périnatalité visent à soutenir la parentalité et la santé des jeunes familles d'aujourd'hui (MSSS, 2008). Entre autres, le programme des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) mis sur pied en 2004 a pour objectifs de maximiser la santé, de favoriser le développement optimal des enfants ainsi que d'améliorer les conditions de vie des familles d'enfants de 0 à 5 ans vivant en contexte de vulnérabilité (MSSS, 2004). Et parmi les utilisateurs de ces services, on compte bien sûr les mères et les enfants, mais aussi les pères. Il est reconnu que les hommes d'aujourd'hui deviennent pères dans un contexte de « nouvelle paternité » où il est socialement attendu qu'ils s'engagent auprès de leur enfant, et ce, dès les premiers instants (Conseil de la famille et de l'enfance du Québec, 2008; MSSS, 2008). La littérature explicite clairement les bienfaits de l'engagement paternel sur la santé. Plusieurs facteurs peuvent favoriser cet engagement, notamment le soutien social, facteur qui semble avoir une importance particulière pour les pères vulnérables. Paradoxalement, alors qu'ils sont une source de soutien significative pour les pères, plusieurs intervenants ont de la difficulté à soutenir les pères à travers la période périnatale et celle de la petite enfance. Ils se disent peu outillés à travailler auprès de cette clientèle, leurs interventions à leur égard se basant plus souvent sur des croyances que sur des connaissances. Il est aussi connu que les croyances envers les pères influencent la qualité des interventions qui leur sont adressées. Malgré que le programme des SIPPE appelle à considérer la place du père au sein de sa famille, on ignore toujours la perception que ces intervenants entretiennent à leur égard. Dans le cadre de sa Politique de périnatalité 2008-2018, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux recommande à tous les acteurs du réseau de favoriser l'engagement paternel (MSSS, 2008). Étonnamment, cette politique n'est accompagnée d'aucune mesure à prendre pour favoriser cet engagement. Alors que la formation actuelle des professionnels de la santé et des services sociaux aborde très peu, voire pas du tout, la réalité et les besoins des hommes en période périnatale, on observe conséquemment que les intervenants tiennent pour acquis que les besoins des pères sont identiques à ceux des mères et que les pratiques actuelles correspondent en fait aux seuls besoins des mères. Bref, les services actuellement offerts aux pères dépendent majoritairement des caractéristiques personnelles et de la bonne volonté des intervenants. Il est aussi reconnu que le domaine de la périnatalité est un monde de femmes. Non seulement la majorité des intervenants de toutes les disciplines sont des femmes (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004; MSSS, 2004), mais l'accompagnement offert aux familles est axé sur l'aspect physiologique de la grossesse, l'accouchement

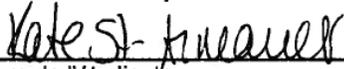
et l'allaitement (MSSS, 2008). Ceci a pour effet qu'il n'existe aujourd'hui que bien peu d'interventions faites auprès de pères en période périnatale et que, lorsque le père est considéré dans les services, il l'est plus souvent sous l'angle du rôle de soutien qu'il apporte à la mère. Il n'est donc pas étonnant de constater que plusieurs hommes affirment se sentir exclus des services ou que, par facilité, plusieurs intervenantes choisissent la mère comme interlocuteur privilégiée. En considérant l'état actuel des politiques, de la formation et des pratiques dans le domaine périnatal, la perception générale que le père est un parent secondaire ne peut que s'en trouver renforcée. D'un autre côté, le concept de « nouvelle paternité » réfère au fait que, depuis bientôt quarante ans, on observe un accroissement dans le partage des rôles d'autorité, de pourvoyeur, de soins et d'éducation des enfants entre les deux parents. Afin de développer leur nouvelle identité de père et d'assumer ces différents rôles, les hommes d'aujourd'hui ont encore très peu de modèles desquels s'inspirer et une majorité d'entre eux révèle avoir peu de sources de soutien. Ces phénomènes sont encore plus marquants en présence d'hommes vivant en contexte de vulnérabilité.

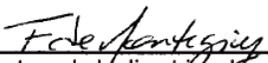
Le programme des SIPPE, dont l'un des objectifs spécifiques est justement de soutenir les habiletés parentales, ne compile pourtant aucune donnée sur les besoins spécifiques ou les interventions faites auprès de ces pères. Qui plus est, on sait maintenant que la majorité des parents ne complète pas le suivi offert sur cinq ans et que leur participation est fonction de leurs besoins perçus, de leur perception des intervenants ainsi que de l'attitude de ceux-ci. Alors que les études qui se sont penchées sur les croyances et les perceptions des intervenants à l'égard des pères dressent un portrait peu reluisant et qu'on sait que la réussite du programme des SIPPE est reliée à l'attitude des intervenants, il semble urgent d'explorer les croyances que ces intervenants entretiennent au sujet des pères et des interventions à leur égard afin d'éventuellement leur proposer de nouvelles stratégies permettant d'offrir un véritable soutien au rôle et à l'engagement paternel. Plus spécifiquement, l'étude phénoménologique proposée tentera de répondre aux questions suivantes:

1. Quelles sont les perceptions des intervenantes des SIPPE au sujet des pères ?
2. Quelles sont les perceptions des intervenantes des SIPPE de leurs pratiques professionnelles auprès des pères ?

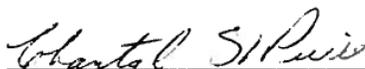
Cadre théorique. Le modèle *Illness Beliefs Model* de Wright et Bell (2009) reconnaît que les attitudes et les pratiques des professionnels sont influencées par leurs croyances et leurs perceptions à propos, entre autres, de la clientèle, de la situation familiale ou du contexte social. C'est donc en gardant ceci en tête que seront menées et analysées les entrevues auprès des intervenants du programme SIPPE.

Méthodologie. Le devis qualitatif proposé sera constitué d'entrevues semi-dirigées d'une durée approximative d'une heure. Ces entretiens porteront sur les croyances au sujet de la clientèle vulnérable, sur leur perception des besoins des hommes et des pères et de l'engagement paternel, sur leurs pratiques professionnelles ainsi que les conditions favorisant ou faisant obstacle aux interventions auprès des pères.


Signature de l'étudiante


Signature de la directrice de recherche


Signature de la codirectrice


Signature de la personne responsable du programme ou de la professeure nommée au Comité de programmes


Date

Appendice C
Formulaire de consentement

Perceptions des intervenants participant à l'Initiative Amis des Pères au sein des familles de leurs pratiques professionnelles à l'égard des pères

SIPPE :



Titre du projet de recherche : Perceptions des intervenants participant à l'Initiative Amis des Pères au sein des familles de leurs pratiques professionnelles à l'égard des pères dans le cadre des services intégrés de périnatalité et de la petite enfance.

Chercheurs principaux : *Kate St-Arneault*, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais.
Francine de Montigny, Ph. D. psychologie, professeure en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais.
Christine Gervais, M. Sc. Inf, étudiante au doctorat continuum en psychologie recherche – UQTR.

Objectifs de l'étude :

- a) Mieux comprendre l'expérience des professionnels œuvrant dans le cadre du programme des services intégrés de périnatalité et de la petite enfance en relation avec les pères.
- b) Mieux comprendre comment les professionnels œuvrant dans le cadre des services intégrés de périnatalité et de la petite enfance perçoivent favoriser l'engagement paternel ainsi que les conditions pouvant faciliter ou nuire à ces interventions.

Tâches : Afin de participer à la réalisation des objectifs de cette recherche, vous comprenez que vous devrez vous soumettre à la procédure suivante :

- a) Participer à une entrevue semi-structurée portant sur votre pratique professionnelle auprès des familles, plus particulièrement auprès des pères, dans le cadre des services intégrés de périnatalité et de la petite enfance. Cette entrevue sera effectuée dans votre milieu de travail, *pendant votre quart de travail*, et sera enregistrée sur bande audio;
- b) Compléter un court questionnaire socio-démographique au moment de l'entrevue. *En tout, votre participation devrait être d'une durée d'environ 75 minutes.*

Restriction et retrait :

- a) Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions qui vous mettent mal à l'aise.
- b) Vous reconnaissez être libre de retirer votre consentement et de cesser de participer à cette recherche à n'importe quel moment, sans avoir à fournir de raison, et ce, sans préjudice.

Bénéfices : Les avantages liés à votre participation à cette recherche sont les suivants :

- a) Sur le plan professionnel, vous aurez l'opportunité de faire le point sur votre pratique auprès des familles, plus particulièrement auprès des pères. Vous pourrez exprimer les besoins que vous percevez ou les difficultés que vous rencontrez en tant que professionnel à favoriser l'engagement paternel au cours de vos interventions.

Risques, inconvénients, inconforts : Il vous a été expliqué que la participation à cette recherche comporte un risque minimal pour vous. Un inconfort lié à votre participation pourrait être le suivant :

- a) En tant qu'intervenant, vous pourriez ressentir un inconfort passager dû au fait que l'entrevue est centrée sur votre pratique professionnelle.

Confidentialité :

- a) Vous comprenez que les informations recueillies dans le cadre de cette recherche demeurent strictement confidentielles. Cet engagement de confidentialité s'inscrit dans les lois du Québec protégeant les individus.
- b) Un numéro d'identification sera substitué au nom de chaque participant. Les données seront traitées pour l'ensemble du groupe de participants et non de manière individuelle. Il est possible que les données recueillies pour cette étude soient utilisées dans le cadre d'études ultérieures similaires. Le matériel d'entrevues et les questionnaires seront entreposés à l'Université du Québec en Outaouais dans un classeur et un local verrouillé, pour une durée de 5 ans. Les transcriptions d'entrevues seront rendues anonymes. Advenant votre retrait de l'étude, le matériel sera détruit.

Participation volontaire : Vous reconnaissez que votre participation à cette recherche est tout à fait volontaire et que vous êtes libre d'accepter d'y participer. Vous certifiez que la recherche vous a été expliquée verbalement. On a répondu à vos questions et on vous a laissé le temps nécessaire pour prendre une décision.

Personnes à contacter : Cette recherche est réalisée par Kate St-Arneault, infirmière clinicienne, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'UQO sous la supervision du Dr Francine de Montigny, professeure en sciences infirmières à l'UQO. Pour toute information concernant cette recherche, vous pouvez téléphoner à Francine de Montigny au (819) 595-3900 poste 2257 (UQO, Gatineau). Si vous désirez des renseignements supplémentaires pour toute question d'ordre éthique, vous pouvez vous référer au président du Comité d'Éthique de la Recherche, M. André Durivage au 819-595-3900 (poste 1781) (UQO, Gatineau).

Je soussigné(e) _____ accepte librement de participer à une recherche conduite par Mme Kate St-Arneault portant sur les pratiques professionnelles des intervenants œuvrant dans le cadre des SIPPE à l'égard des pères. La nature de la recherche et ses procédures m'ont été expliquées et je les comprends. **J'ai lu l'information ci-dessus et je choisis volontairement de participer à cette recherche. Je certifie qu'on m'a expliqué verbalement la recherche. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps nécessaire pour prendre une décision. Une copie de ce formulaire de consentement m'a été remise.**

Signé à _____

Nom du participant

Signature du participant

Date

Nom du représentant du chercheur

Signature du représentant du chercheur

Date

Appendice D
Questionnaire sociodémographique

D) SECTEUR DE SERVICES ET FONCTION

6. Indiquez le principal secteur de services dans lequel vous oeuvrez actuellement

- | | |
|--|--|
| 1- <input type="checkbox"/> EJF 0-5 ans | 5- <input type="checkbox"/> Services généraux ambulatoires |
| 2- <input type="checkbox"/> EJF 6-12 ans | 6- <input type="checkbox"/> Maintien à domicile |
| 3- <input type="checkbox"/> EJF 13-17 ans | 7- <input type="checkbox"/> Psychosocial adulte |
| 4- <input type="checkbox"/> Santé mentale adulte | 8- <input type="checkbox"/> Autre: _____ |

7. Depuis combien de temps oeuvrez-vous dans ce secteur?

_____ ans _____ mois

8. Indiquez votre fonction actuelle

- | | |
|--|--|
| 1- <input type="checkbox"/> agent(e) de relations humaines | 5- <input type="checkbox"/> nutritionniste |
| 2- <input type="checkbox"/> éducateur(trice) | 6- <input type="checkbox"/> psychoéducateur(trice) |
| 3- <input type="checkbox"/> travailleur(euse) social(e) | 7- <input type="checkbox"/> psychologue |
| 4- <input type="checkbox"/> infirmier/infirmière | 8- <input type="checkbox"/> médecin |
| | 9- <input type="checkbox"/> |

Autre: _____

9a. Depuis combien de temps occupez-vous cette fonction dans ce secteur?

_____ ans _____ mois

9b. Avez-vous déjà occupé une fonction semblable auparavant dans un autre secteur?

- 1- oui 2- non

Si oui, pendant combien de temps?

_____ ans _____ mois

10. Indiquez l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation

- 1- J'ai *rarement* l'occasion d'avoir des contacts avec des pères dans le cadre de ma fonction.
- 2- J'ai des contacts *occasionnels* avec des pères dans le cadre de ma fonction.
- 3- J'ai des contacts *réguliers mais habituellement brefs* avec des pères dans le cadre de ma fonction.
- 4- J'ai *fréquemment* des rencontres formelles avec des pères dans le cadre de ma fonction.
- 5- Ma fonction consiste *essentiellement* à rencontrer des pères.

Appendice E
Guide d'entretien

Guide d'entrevue des intervenants SIPPE

Objectifs de l'entretien :

- ✓ Mentionner que nous nous intéressons aux pratiques professionnelles des intervenants à l'égard des pères dans le cadre du programme des services intégrés de périnatalité et de la petite enfance.
- ✓ Le but de l'entrevue est d'explorer comment ils perçoivent les pères avec lesquels ils ont eu récemment des contacts, quelle est leur expérience d'intervention auprès de ces pères et quelles sont les conditions qui facilitent ou nuisent à de telles interventions.

Préambule :

- ✓ Remerciement pour la participation
- ✓ Présentation du thème
- ✓ Déroulement : durée, confidentialité, liberté de réponse.
- ✓ Obtenir le consentement écrit de la personne

Canevas des thèmes à aborder avec des exemples de questions :

1° Mise en contexte

1. Depuis combien de temps travaillez-vous au sein du programme des SIPPE ? Avez-vous d'autres expériences professionnelles auprès des familles (*clientèle autre que SIPPE*) ?
2. Pourriez-vous me décrire brièvement ce qu'est le programme des SIPPE ?
 - a) Quel est le but d'un tel programme ?
 - b) À quelle clientèle s'adresse-t-il ?
 - c) Quel est le rôle spécifique d'un(e) (*profession de l'intervenant*) au sein du programme des SIPPE ?

2° Saisir le sens qu'a la paternité

3. Pensez aux familles avec lesquelles vous avez eu des contacts **récemment** dans le cadre de votre travail.
 - a) En quelques mots, comment décririez-vous les familles que vous rencontrez ? (*composition, principaux besoins, forces, faiblesses*)
 - b) Quel est le premier mot qui vous vient à l'esprit quand vous pensez aux mères de ces familles ? Expliquez ?
 - c) Quel est le premier mot qui vous vient à l'esprit quand vous pensez aux pères de ces familles ? Expliquez ?

4. En pensant à une **clientèle universelle**, décrivez-moi les rôles que **jouent** les mères et les pères au sein de la famille d'aujourd'hui ? Y a-t'il des rôles spécifiques et des rôles communs aux 2 parents?
 - a) En quoi est-ce semblable ou différent de ce que vous avez connu dans votre famille en tant qu'enfant et/ou en tant que mère (père) ?
 - i. En un mot, qu'est-ce que ces ressemblances/différences suscitent chez vous (*positif, négatif, nostalgie, espoir, découragement, autre*) ?
 - ii. Selon vous, quels sont les rôles que devraient jouer les parents d'une **famille idéale** ?
 - b) Maintenant, si vous pensez **aux familles auprès desquelles vous travaillez**, décrivez-moi les rôles que **jouent** les mères et les pères que vous rencontrez ?
5. Décrivez-moi, dans vos propres mots, qu'est-ce que l'engagement paternel?
 - a) Concrètement, comment les pères que vous rencontrez dans le cadre de votre travail s'engagent-ils auprès de leurs enfants ?
 - b) Qu'est-ce qui, selon vous, favorise ou nuit à l'engagement paternel chez les pères en général ? Chez les pères que vous rencontrez dans le cadre des SIPPE ?
 - c) En tant que professionnel(le) travaillant au programme des SIPPE, quel impact croyez-vous avoir sur l'engagement paternel ? Expliquez.

3° Décrire les pratiques professionnelles à l'égard des pères

6. Si on observe le déroulement type du suivi d'une famille dans le programme des SIPPE de la grossesse à 5 ans :
 - a) Comment se déroule la demande de service ? Qui peut la faire? Qui la fait habituellement ?
 - b) Comment se déroule la première prise de contact ? La première rencontre ?
 - c) Quel est le suivi offert en prénatal ? En postnatal ?
 - d) Lors des rencontres avec les familles (individuelles et en groupe), quelle place faites-vous au père ? Quelle place occupe-t-il (présence, participation) ?
 - i) Lorsqu'il est absent, que faites-vous pour le rejoindre? Comment?
7. Selon vous, qu'est-ce que les pères attendent de vous en tant qu'intervenant ?
 - a) Quels sont les besoins et les attentes auxquels vous répondez?
 - b) Quelles sont les interventions que vous effectuez de manière assez fréquente auprès des pères?
 - c) Avez-vous remarqué s'il y a des interventions qui fonctionnent bien ou moins bien auprès des pères? Lesquelles ? Pourquoi selon vous?
 - d) Pensez aux interventions/ activités que vous avez réalisées récemment auprès des pères. Quelles sont celles qui sont plus significatives pour vous?

4° L'incident critique

Pensez à un événement marquant illustrant une intervention dont vous êtes particulièrement fier(e) auprès d'un père dans le cadre de votre travail.

8. Comment ça s'est passé? Qu'est-ce qui s'est passé?
9. Comment le père a-t-il agi durant cet événement? Comment la mère a-t-elle agi (si elle était présente)?
10. Durant ce moment, comment vous sentiez-vous capable de jouer votre rôle auprès de ce père/cette famille?
11. Comment vous sentiez-vous à ce moment? Comment avez-vous réagi?
12. Quelles étaient vos intentions, vos objectifs de départ dans cette intervention? Est-ce que ces objectifs initiaux ont changé en cours de route?
13. Qu'est-ce que le père attendait de vous? Que venait-il chercher comme aide auprès de vous?
14. Comment l'événement s'est-il terminé? Comment la situation s'est-elle résolue?
15. Vous sentiez-vous à l'aise de discuter avec le père de ce qui le préoccupait à ce moment?
16. Après coups, maintenant que vous avez un peu de recul, qu'est-ce qui a été plus facile et plus difficile dans cet événement?
17. Qu'est-ce qui était important pour vous dans cet événement? Qu'est-ce que ça a changé pour vous? Si un autre intervenant était dans la même situation, qu'est-ce que vous auriez à lui dire?

5° Saisir ce qui influence les pratiques auprès des pères

18. En tant que (*profession de l'intervenant*) au sein du programme des SIPPE, décrivez-moi ce qui serait une pratique professionnelle exemplaire auprès des pères?
 - a) Est-ce qu'il y a actuellement, selon vous, des conditions qui facilitent ce genre de pratique exemplaire auprès des pères?
 - i. D'un point de vue personnel autant de l'intervenant que du père (âge, sexe, vie personnelle familiale et conjugale, valeurs par exemple) ?
 - ii. D'un point de vue professionnel (formation, expérience professionnelle, vision disciplinaire par exemple) ?

- iii. D'un point de vue organisationnel (travail d'équipe, charge de travail, mandat, définitions de tâches, exigences administratives, organisation du travail) ?
- b) Est-ce qu'il y a actuellement, selon vous, des conditions qui entravent ce genre de pratique exemplaire auprès des pères?
 - i. D'un point de vue personnel autant de l'intervenant que du père (âge, sexe, vie personnelle familiale et conjugale, valeurs par exemple) ?
 - ii. D'un point de vue professionnel (formation, expérience professionnelle, vision disciplinaire par exemple) ?
 - iii. D'un point de vue organisationnel (travail d'équipe, charge de travail, mandat, définitions de tâches, exigences administratives, organisation du travail) ?

6° Synthèse

Si on fait ensemble la synthèse de l'entrevue :

- 19. Qu'est-ce qui a le plus d'importance pour vous dans cette entrevue? Quel message voudriez-vous que l'on en retienne ?
- 20. Quels seraient les 3 souhaits que vous voudriez réaliser afin d'avoir un impact sur votre travail et sur la clientèle avec laquelle vous travaillez?

Clôture et remerciement :

Ex. de texte « *Nous tenons à vous remercier vivement pour votre participation à cet entretien. Nous apprécions beaucoup que vous ayez accepté de consacrer de votre temps à cette entrevue. Si toutefois cet entretien vous bouleverse ou si d'autres questions surgissent n'hésitez pas à contacter les responsables de la recherche dont les coordonnées se trouvent sur le formulaire de consentement que vous avez signé. **Avez-vous d'autres choses à ajouter concernant les services que vous donnez aux enfants, aux pères et à leur famille?** Merci encore et bonne journée. »*

Appendice F
Certificat éthique

Notre référence : 1364

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

Projet : Perceptions des intervenants participant à l'Initiative Amis des Pères au sein des familles de leurs pratiques professionnelles à l'égard des pères dans le cadre des services intégrés de périnatalité et de la petite enfance.

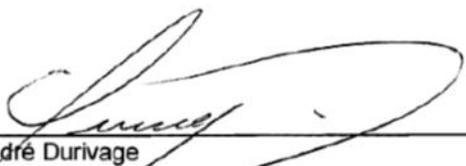
Soumis par: Madame Kate St-Arneault
Étudiante
Département des sciences infirmières

Financement: FRSQ

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au **11 mars 2012**.

Au nom du Comité,



André Durivage
Président
Comité d'éthique de la recherche

Date d'émission : Le **11 mars 2011**



Gatineau, le 1^{er} mars 2012

Notre référence : 1364

Kate St-Arneault
Étudiante
Département des sciences infirmières

c. c. Francine de Montigny
Département des sciences infirmières

Objet : Renouvellement du certificat d'éthique pour le projet :
Perceptions des intervenants participants à l'IAP de leurs pratiques professionnelles à l'égard des pères dans le cadre des services intégrés de périnatalité et de la petite enfance

Madame St-Arneault,

Le secrétariat du comité d'éthique de la recherche (CÉR) a bien reçu votre rapport de suivi continu du projet cité en rubrique et vous en remercie. Le Comité constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche par le renouvellement de votre certificat d'éthique pour une période **d'un an, soit jusqu'au 11 mars 2013**.

Comme vous le savez sans doute, le suivi continu vise essentiellement à informer le CÉR des travaux et à favoriser une démarche continue de réflexion chez les chercheurs. Vous n'avez donc pas à attendre de correspondance additionnelle de la part du CÉR en ce qui a trait au suivi de ce dossier de recherche pour la présente année. Par contre, le Comité doit être informé et devra réévaluer ce projet advenant toute modification ou l'obtention de toute nouvelle information qui surviendrait pendant la période de validité de votre certificat et qui comporterait des changements, par exemple, dans le choix des sujets, dans la manière d'obtenir leur consentement ou dans les risques encourus. **Pour maintenir la validité de votre certificat d'éthique, vous devez nous faire parvenir votre rapport de suivi continu avant le 11 février 2013.**

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous prie de recevoir mes plus cordiales salutations.

Le président du Comité d'éthique de la recherche

André Durivage secrétaire du CÉR

André Durivage
Professeur
Département des sciences administratives

Appendice G
Arbre thématique des unités significatives

