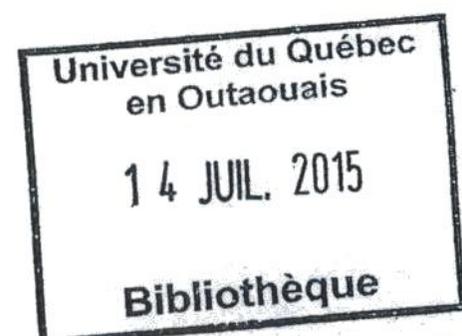


Analyse qualitative des particularités et des retombées des actions de la pédiatrie sociale en communauté du point de vue des familles bénéficiaires.

Caroline Gosselin

Département de psychoéducation et de psychologie

Université du Québec en Outaouais
Campus de Saint-Jérôme



Août 2014

Remerciements

Il est souvent difficile de mettre les mots exacts sur toute la gratitude envers les gens qui nous ont soutenus tout au long de ce processus.

Tout d'abord un merci tout spécial à Marie-Ève Clément, ma directrice de mémoire, qui m'a accompagnée dès le début en m'offrant cette belle opportunité. Son soutien m'a aidé à guider mon travail tout au long de l'année et à pousser mes réflexions à un autre niveau. Je remercie le Centre jeunesse de Montréal – Institut Universitaire pour votre soutien financier. Aussi, je remercie le MSSS et le FQRSC pour votre soutien financier et l'opportunité de m'insérer dans votre projet de recherche.

Merci à toute l'équipe du centre de pédiatrie sociale ciblé dans la recherche pour votre gentillesse, votre disponibilité, votre soutien et vos conseils. Un immense merci à toutes les familles participantes qui m'ont fait confiance pour accepter de me rencontrer et de me livrer leurs histoires tout aussi touchantes les unes que les autres.

Finalement, je voudrais dire un gros merci à mes parents pour votre support à différents niveaux. Merci à ma famille, mon amoureux et mes amis pour votre soutien et vos rires! Je vous en suis tout simplement reconnaissante.

Table des matières

Remerciements	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux	v
Liste des figures	vi
Liste des acronymes	vii
Résumé	8
Introduction.....	9
Chapitre 1. Contexte théorique.....	12
1.1. Problématique	12
1.1.1. Définition de la négligence.....	12
1.1.2. Ampleur.	14
1.1.3. Conséquences de la négligence sur l'enfant.	19
1.1.4. Facteurs de risque et de protection.....	20
1.2. Approches auprès des parents en situation de vulnérabilité	24
1.2.1. Approches prometteuses.....	24
1.2.2. Analyses des différentes approches.....	33
1.3. Les centres de pédiatrie sociale en communauté	39
1.3.1. Fondements historiques.....	39
1.3.2. L'approche de la pédiatrie sociale en communauté.....	42
1.4. Présente recherche.....	47
Chapitre 2. Méthodologie	48
2.1. Type de recherche préconisé.....	48
2.2. Participants	49
2.2.1. Profil sociodémographique des participants.	50
2.2.2. Services reçus.	52
2.3. Collecte de données	53
2.4. Déroulement des entretiens	55
2.5. Analyse de données.....	55
2.6. Considérations éthiques.....	56

Chapitre 3. Résultats	58
3.1. Les particularités de l'approche des centres de pédiatrie sociale en communauté telles que perçues par les parents	58
3.1.1. Les particularités au niveau de la relation avec les intervenants.	59
3.1.2. Les particularités au niveau de l'approche générale.	65
3.2. Les retombées de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté telles que perçues par les parents.....	72
3.2.1. Les retombées au niveau de l'organisation des services.....	73
3.2.2. Les retombées au niveau de la famille.....	79
Chapitre 4. Discussion	85
4.1. Lien entre le discours des parents et l'approche promue par la pédiatrie sociale en communauté	85
4.1.1. La relation avec les intervenants.....	85
4.1.2. L'approche générale.	90
4.2. Retombées perçues de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté	97
4.3. Limites de l'étude	100
4.4. Recommandations et réflexions sur de futurs projets	101
Conclusion.....	104
Références	107
Annexe A.....	117
Annexe B.....	124
Annexe C.....	129
Annexe D.....	131

Liste des tableaux

Tableaux	Page
1. Exemples reliés aux sept principes de la Convention relative des droits de l'enfant	40
2. Données sociodémographiques des huit familles répondantes.....	51

Liste des figures

Figures	Page
1. Niveau de reconnaissance épidémiologique de la maltraitance et de la violence envers les enfants.....	16
2. Arbre de codes en lien avec les particularités de l'approche des centres de pédiatrie sociale en communauté selon parents répondant.....	58
3. Arbre de codes en lien avec les retombées de l'approche des centres de pédiatrie sociale en communauté selon parents répondants.....	72

Liste des acronymes

CER : Comité d'éthique à la recherche

CIDE : Convention internationale des droits de l'enfant

CJ : Centre jeunesse

CLSC : Centre local de services communautaires

CPSC : Centre de pédiatrie sociale en communauté

CSPE : Centre de services préventifs à l'enfance

CSSS : Centre de santé et des services sociaux

DPJ : Directeur de la protection de la jeunesse

ECI-2008 : Étude canadienne sur l'incidence (2008)

FGMD : Family group making decision

LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

ONU : Organisation des Nations Unies

OPPQ : Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

PAD : Potentiel adaptatif

PAPFC : Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire

PEX : Potentiel expérientiel

PJ : Protection de la jeunesse

SIPPE : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

UQO : Université du Québec en Outaouais

Résumé

Cette recherche qualitative s'intéresse au point de vue des parents recevant des services d'un centre de pédiatrie sociale en communauté, un sujet jusqu'à présent sous-documenté. Au Québec, les centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) proposent des services et une approche clinique qui s'inspire de différents courants, entre autres de l'approche participative, de l'approche de proximité, de l'approche centrée sur le pouvoir d'agir et de l'approche écosystémique. Celles-ci s'avèrent particulièrement prometteuses selon les écrits scientifiques, pour les familles négligentes ou à risque de l'être. D'ailleurs, il importe de prévenir celle-ci en raison des nombreuses conséquences au plan émotionnel (problème d'attachement, dépression, anxiété, etc.) et au plan cognitif (retard de développement, abandon scolaire, trouble d'apprentissage, etc.) observables chez les enfants confrontés à cette problématique. Selon plusieurs auteurs, un parent qui se sent impliqué comprend mieux les besoins développementaux de son enfant et a, par le fait même, des comportements plus aidants. L'objectif du mémoire vise à documenter, du point de vue des parents, les particularités ainsi que les retombées de l'approche et des services reçus dans un CPSC. Des entrevues semi-dirigées auprès de 8 parents (pères et mères) recevant des services depuis au moins un an ont été réalisées. Les thèmes de l'entrevue étaient : 1) d'obtenir le point de vue des parents quant à l'accueil et à la raison de leur venue en CPSC ciblé, 2) d'aborder l'implication des enfants et des parents dans les différents services reçus au CPSC, 3) d'obtenir, à l'aide d'un événement marquant, de l'information sur leur perception sur les différents services reçus en lien avec l'attitude des intervenants, et 4) d'obtenir une vision générale de leur perception des changements observés chez leurs enfants et au sein de la famille à la suite des services reçus de la pédiatrie sociale en communauté. À la suite de l'analyse de contenu, plusieurs particularités et retombées de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté ont été identifiées. Celles-ci sont directement en lien avec les écrits scientifiques et d'autres recherches menées précédemment. Il est possible de retenir que les parents reconnaissent plusieurs particularités des CPSC en particuliers celles en lien avec la relation parent-intervenant. De plus, les parents participants ont fait ressortir des retombées pertinentes en lien beaucoup plus avec eux qu'avec leurs enfants. Finalement, des rapprochements entre le discours des parents et les approches prometteuses (l'approche écosystémique, l'approche centrée sur le pouvoir d'agir, l'approche de proximité ainsi que l'approche participative) sont évidents.

Mots clefs : Négligence, Centre de pédiatrie sociale en communauté, Approches prometteuses.

Introduction

Un peu plus de dix ans après la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, la Déclaration des droits de l'enfant a été décrétée par l'Assemblée générale des Nations Unies. Trente ans après, l'Organisation des Nations Unies (ONU) a permis le regroupement de plusieurs pays et la ratification de la Convention relative aux droits de l'enfant (CIDE) (Humanium, 2009; Julien & Trudel, 2009). Son but premier était d'assurer les meilleures conditions de vie possible pour tous les enfants des pays ayant adhéré à cette convention. Bien que selon l'article 27 de la CIDE, «les États partis reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social» (Ministre du Patrimoine canadien, 1991, p.14), les droits de certains se voient encore bafoués (Haesevoets, 2002). La réponse non adéquate aux besoins des enfants ainsi que l'incapacité de l'environnement à leur administrer les soins essentiels à leur développement sont considérés comme de la négligence (Clément, Bernèche, Chamberland, & Fontaine, 2013).

La négligence, qui est définie par l'omission ou l'absence de comportement et d'attention de la part des parents, affecte le développement physique et psychologique de l'enfant (Belsky, 1993; Bourassa, Miron, & Lacharité, 2009; Brousseau, 2012). Au Québec, en 2008, 3,37 cas d'enfants signalés sur 1000 ont été retenus pour cause de négligence, ce qui représente 27% de l'ensemble des signalements retenus pour maltraitance à la protection de la jeunesse (Hélie, Turcotte, Trocmé, & Tourigny, 2012). Plusieurs conséquences au plan émotionnel - problème d'attachement, dépression, anxiété, etc.- (Milot, Éthier, & St-Laurent, 2009; Moreau & Oxman-Martinez, 1993) et au

plan cognitif - retard de développement, abandon scolaire, trouble d'apprentissage, etc.- (Brousseau, 2012; Brousseau & Simard, 1999; Éthier & Milot, 2009) sont observables chez les enfants confrontés à cette problématique. Aussi, il importe de prévenir ces difficultés par différents services auprès des familles. À cet égard, les écrits scientifiques renseignent sur plusieurs approches qui s'avèrent particulièrement prometteuses, dont l'approche écosystémique (Corcoran, 2000; Éthier, Couture, Lacharité, & Gagnier, 2009), l'approche centrée sur le pouvoir d'agir (Lacharité & Gagnier, 2009; LeBossé, 2003; LeBossé & Dufort, 2012b; Sheets et al., 2009), l'approche de proximité (Crevier, Couturier, & Morin, 2010; Leblanc, 2001; Morin & Rochefort, 2003; Serbati, Gioga, & Milani, 2012) et l'approche participative (Darlington, Healy, & Feeney, 2010; Holland & O'Neil, 2006; Lacharité, 2009; Piché & Trocmé, 2011; Stoeckin, 2011).

Au Québec, les centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) proposent des services et une approche clinique qui s'inspirent de ces différents courants (Julien & Trudel, 2009). Dans chacune de ces approches, une place importante est laissée aux parents en ce qui a trait à la collaboration, l'implication dans le processus d'intervention, le fait d'exprimer leur besoins et ceux de leurs enfants, etc. Leur point de vue, dans un tel contexte, est précieux afin de documenter les méthodes les plus probantes qui facilitent cette collaboration. Malheureusement, plusieurs recherches omettent d'aller directement aux sources et de documenter l'opinion de principaux acteurs concernés par les services tels que les parents.

La présente étude vise à enrichir les écrits scientifiques quant aux perceptions des parents vivant dans des conditions de vulnérabilité et ayant recours à des services novateurs des CPSC. Plus particulièrement, ce mémoire vise à documenter le point de

vue des parents quant aux services qu'ils reçoivent de la pédiatrie sociale en communauté. Il s'agit de : 1) connaître quelles sont les particularités de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté telles que perçues par les parents, et 2) connaître quelles sont les retombées perçues de la pédiatrie sociale en communauté par les parents sur eux-mêmes et sur leurs enfants.

Ce mémoire est divisé en quatre chapitres. Le premier chapitre met en contexte la recherche en abordant les aspects reliés à la négligence envers les enfants (définition, ampleur, conséquence sur l'enfant ainsi que les facteurs de risque et de protection), reliés aux différentes approches prometteuses (approche écosystémique, approche centrée sur le pouvoir d'agir, approche de proximité et approche participative) et finalement, les aspects en lien avec l'implantation de la pédiatrie sociale en communauté au Québec. Le second chapitre présente la méthodologie utilisée pour cette recherche. Plus particulièrement, il aborde le type de recherche préconisé, les participants de l'étude, la collecte de données, la méthode d'analyse de données, ainsi que les considérations éthiques. Le troisième chapitre, quant à lui, aborde les résultats obtenus à la suite des entrevues effectuées auprès des huit familles participantes. Les résultats sont classés selon les questions de recherche. Finalement, dans le quatrième chapitre, une analyse des résultats permettra de faire le pont entre le discours des parents et les différents éléments retrouvés dans les écrits scientifiques. Pour conclure, les limites de l'étude ainsi que les recommandations seront présentées.

Chapitre 1. Contexte théorique

1.1. Problématique

La négligence est la forme de maltraitance la plus fréquemment signalée et retenue aux services de protection de la jeunesse (PJ) (Éthier et al., 2000; Moreau & Oxman-Martinez, 1993; Tourigny & Lavergne, 2000). Au Canada, en 2008, un taux de signalement de 4,81 enfants sur 1000 était corroboré en ce qui a trait à la négligence (Trocmé et al., 2010).

Au Québec, des lois ont été mises en place pour prévenir et intervenir auprès des enfants et des familles touchés par la problématique de la négligence (Julien, 2004b). Par exemple, selon la Loi sur la Protection de la Jeunesse (LPJ), tout enfant négligé a le droit d'être protégé (Moreau & Oxman-Martinez, 1993). Plus précisément, l'article 3 de la LPJ stipule que «les décisions prises en vertu de la présente loi doivent l'être dans l'intérêt de l'enfant et dans le respect de ses droits» (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS], 2013).

Dans cette section, les définitions de la négligence, l'ampleur de celle-ci, les facteurs de risque ainsi que les conséquences qui y sont reliées seront présentés.

1.1.1. Définition de la négligence.

De manière générale, la négligence est définie par l'omission ou l'absence de comportements et d'attention, de la part des parents, en réponse aux besoins de l'enfant. Ceci pouvant affecter le développement physique et psychologique, plus particulièrement les besoins de protection et de socialisation de l'enfant (Bourassa et al., 2009; Brousseau, 2012; Éthier et al., 2000; Tourigny & Lavergne, 2000).

Comme bien d'autres problématiques, la négligence peut être conceptualisée selon un continuum de gravité, allant des situations où les besoins des enfants sont parfaitement comblés, jusqu'aux situations chroniques où les besoins de base des enfants ne sont pas répondus (Clément et al., 2013). En fonction de ce continuum, les situations les plus chroniques, où les faits sont nombreux et graves, bénéficient d'une attention particulière des Centres Jeunesse (CJ) (Milot et al., 2009). Selon Haesevoets (2002), les standards de bien-être, qui sont bâtis à partir de balises comme les normes légales (LPJ) et culturelles (communauté nord-américaine), sont véhiculés par les médias sociaux de telle sorte que le continuum de gravité est perçu et interprété différemment selon les sociétés.

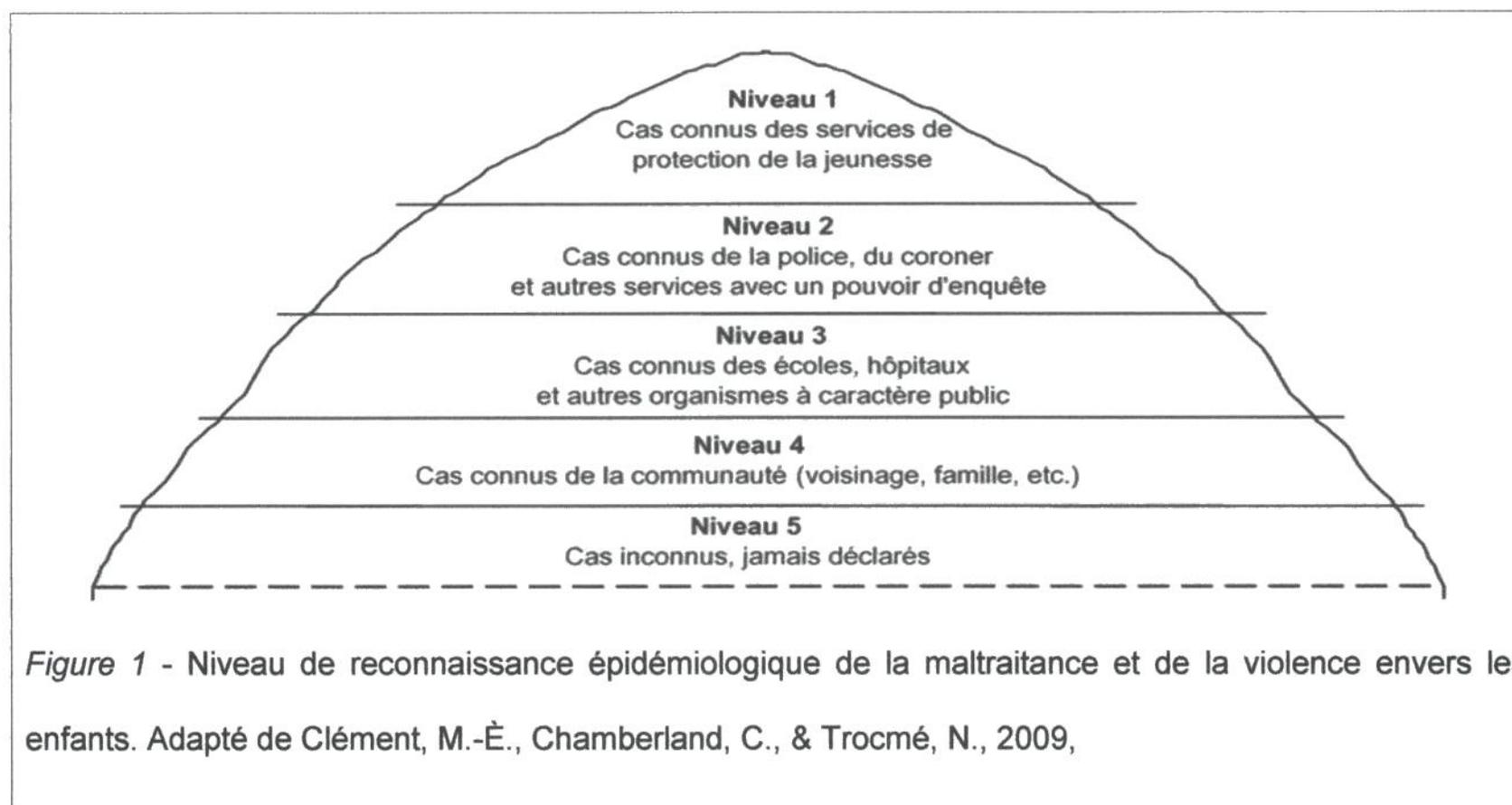
Afin qu'une situation de négligence soit retenue selon la LPJ, certains éléments sont à considérer. Premièrement, la nature des omissions (physique, émotionnelle, cognitive et de surveillance), la gravité, la chronicité et la fréquence des faits sont à considérer (Straus & Kantor, 2005). Ensuite, l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant sont importants. En bas âge, la réponse aux besoins développementaux est particulièrement importante et les conséquences à long terme, si ces besoins ne sont pas comblés, peuvent être particulièrement dommageables (Éthier & Milot, 2009; Milot et al. 2009). Aussi, la volonté des parents et leurs capacités de mettre fin à la situation jouent un rôle prépondérant en situation de négligence. Effectivement, si le parent cherche l'aide nécessaire pour pallier ses lacunes, les risques de compromission sont moindres. En lien avec l'élément précédent, les ressources du milieu, pouvant venir en aide aux enfants et aux parents, influencent la mobilisation du parent (MSSS, 2013).

La négligence peut se diviser en quatre grandes familles selon la nature des omissions: la négligence physique, la négligence émotive, la négligence cognitive et la négligence de surveillance (Clément et al., 2013; Milot et al., 2009). La négligence physique se définit comme étant l'omission, de la part des parents, de répondre aux besoins physiques de l'enfant, pouvant ainsi porter atteinte à son intégrité physique. Ceci englobe ce qui est relié à l'alimentation, les vêtements adaptés au temps qu'il fait, les soins médicaux et de santé, le mauvais usage de médicaments, etc. Pour ce qui est de la négligence émotive, il s'agit de l'omission, de la part des parents, de répondre aux besoins affectifs (affection, amour, etc.) de l'enfant. Certains chercheurs considèrent cette absence de comportement comme de la maltraitance psychologique (Clément, Chamberland, & Trocmé, 2009). Pour sa part, la négligence cognitive réfère aux omissions de répondre aux besoins cognitifs de l'enfant tel que de ne pas l'envoyer à l'école, le sous-stimuler à la maison, ne pas choisir de gardienne adéquate, etc. Enfin, la négligence de surveillance renvoie aux omissions de comportements en réponse aux besoins de surveillance de l'enfant. Par exemple, un enfant âgé d'un an qui reste seul à la maison pendant un certain temps, un jeune enfant qui joue avec des objets dangereux ou qui n'est pas surveillé à la piscine (MSSS, 2008; Taber-Thomas, 2013; Trocmé et al., 2010).

1.1.2. Ampleur.

La négligence représente la forme de victimisation la plus fréquemment signalée aux services de protection de la jeunesse (Éthier et al., 2000; Milot et al., 2009; Tourigny & Lavergne, 2000; Tourigny, Trocmé, Hélie, & Larivée, 2006). Plusieurs études ont été menées dans le but de quantifier l'ampleur de la négligence en fonction des régions,

des catégories de négligence, etc. Ces études doivent, par contre, être nuancées, car l'identification de cas comporte plusieurs étapes, donc plusieurs pertes possibles. La figure 1 représente schématiquement les niveaux de documentations des situations de signalement selon le principe de l'iceberg. Le premier niveau représente toutes les situations connues et signalées au directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) qu'elles soient corroborées ou non; les niveaux subséquents présentent les situations qui ne sont pas nécessairement signalées à la PJ. Les niveaux 2 et 3 représentent les situations connues des professionnels avec pouvoir d'enquête (policiers, coroners, etc.) et les professionnels œuvrant dans des institutions à caractères publics (enseignants, médecins, etc.). Le niveau 4 correspond, quant à lui, aux cas connus par la communauté, que ce soit les familles ou la population en général. Enfin, le niveau 5 représente les cas qui ne seront jamais connus de la population ou des professionnels. Les niveaux 2, 3, 4 et 5 ne sont pas considérés dans les études sur les signalements à la protection de la jeunesse, car ils ne sont pas nécessairement connus de ces services. Seulement les études questionnant la population générale et les professionnels peuvent être révélatrices sur ces derniers niveaux (ex. : Clément et al., 2013).



Au Québec, le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) est responsable d'évaluer les situations d'enfants signalés en vertu de la LPJ. Ces situations peuvent être signalées par un citoyen, un parent lui-même ou un professionnel œuvrant auprès de l'enfant ou la famille (ex. : enseignant, policier, etc.). L'évaluation des signalements peut conduire à l'une des trois décisions suivantes : le signalement est corroboré (la sécurité et le bien-être de l'enfant sont considérés comme compromis), le signalement non corroboré (faute de preuves) et les cas présumés. La catégorie des «cas présumés» englobe les signalements qui n'ont pas assez de preuves pour être retenus (corroborés), mais trop de preuves pour être rejetés (non corroborés).

Au Canada, parmi tous les signalements reçus en 2008, 30% n'ont pas été corroborés (Trocmé et al., 2010), ce qui signifie qu'environ un cas sur trois n'a pas reçu de services d'intervention faute de preuves. De ce fait, plusieurs études ont été réalisées dans le but de documenter les mauvais traitements signalés et leur

corroboration au Canada et au Québec (niveau 1). La troisième édition de l'Étude canadienne sur l'Incidence (ECI-2008) des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants a enregistré un taux de 4,81 enfants négligés sur 1000, en 2008. Ce taux correspond à 34% des signalements corroborés des différentes catégories de mauvais traitements, ce qui signifie qu'un enfant sur trois signalé à la protection de la jeunesse serait victime de négligence (Trocmé et al., 2010). De plus, cette étude montre que 32% des enfants, du taux présenté précédemment, auraient été victimes d'évènements isolés. Ce sont donc 68% des enfants qui subiraient de la négligence de façon répétée. Ce constat est inquiétant considérant que la fréquence et la durée des évènements jouent un rôle prépondérant sur la chronicité des situations et de leurs conséquences sur l'enfant (Clément et al., 2013; Éthier & Milot, 2009).

Réalisée dans le cadre de l'ECI-2008, l'étude sur l'incidence québécoise a permis de fournir des estimations fiables sur l'ampleur et les caractéristiques des signalements évalués par le DPJ au Québec, en 2008 (Hélie et al., 2012). Dans cette étude, la négligence représente un taux de 3.37 enfants signalés sur 1000, soit 27% des signalements retenus, toutes catégories confondues. De plus, selon les différentes catégories de négligence, la négligence physique est la plus fréquemment signalée et représente 34% des signalements retenus pour négligence. La seconde catégorie la plus élevée est la négligence de surveillance avec 27%. D'autre part, 15% des signalements retenus en négligence représentent des évènements isolés, ce qui signifie que 85% des signalements concernent des situations de négligence chronique (Hélie et al., 2012).

Il importe de noter que les taux énumérés précédemment représentent la proportion d'enfants qui sont victimes de mauvais traitements pour lesquels la négligence est la principale catégorie de référence. S'il était inclus les enfants pour lesquels la négligence est un motif secondaire, le taux augmenterait considérablement (Milot et al., 2009), car la négligence est le motif secondaire le plus fréquent.

Quelques études ont été réalisées afin de documenter l'ampleur de la négligence dans la population générale (niveau 4). Au Québec, une récente étude a permis pour la première fois, à l'échelle provinciale, d'évaluer la prévalence annuelle des conduites parentales à caractère négligent (Clément et al., 2013). Les résultats démontrent que deux à trois enfants sur dix vivent au moins une forme de négligence au cours de leur vie et que les taux varient en fonction de l'âge de l'enfant. De plus, selon cette étude, la catégorie de négligence ayant le taux de prévalence le plus élevé dans la population générale, est la négligence de surveillance. Clément et al. (2013) affirment que ce résultat rejoint ceux d'autres études populationnelles américaines réalisées par des chercheurs, dont Straus et al. (1998) et Theodore, Runyan, et Chang (2007) (cité par Clément et al., 2013).

En bref, il est possible d'observer des variations entre les différentes catégories de négligence. D'après l'étude de Tourigny et Lavergne (2000), les taux de négligence peuvent aussi varier selon la situation géographique; pays, province, régions administratives, etc. Ces mêmes auteurs affirment que ces variations peuvent être dues aux facteurs de risque propre à la communauté, à sa capacité d'identifier les mauvais traitements ainsi qu'à les signaler et aux services de protection de la jeunesse.

1.1.3. Conséquences de la négligence sur l'enfant.

Plusieurs études ont été réalisées sur les conséquences de la négligence faite aux enfants. Les répercussions ne touchent pas seulement les enfants, mais aussi le futur des collectivités (Shonkoff & Garner, 2012). Il s'agit donc d'une problématique collective à laquelle une attention particulière devrait être portée. Les conséquences sont grandes et le développement psychosocial et cognitif de l'enfant peut en être gravement affecté, de même que le fonctionnement familial.

Sur le plan psychologique, les conséquences peuvent être variées. Parmi celles-ci, les problèmes d'attachement insécurisant ou désorganisé (Moreau & Oxman-Martinez, 1993), les difficultés au niveau de la gestion des émotions et des comportements (Milot, Éthier, St-Laurent, & Provost, 2010), une diminution de l'estime de soi, la peur de l'abandon, un sentiment d'impuissance, une augmentation des problèmes de santé mentale, dont la dépression, l'anxiété et la dissociation, sont à considérer (Milot et al., 2009). D'autre part, le taux de fugue élevé, la consommation abusive de drogues et alcool, l'altération de l'identité, la régulation des affects, les difficultés dans les relations interpersonnelles, l'augmentation de la délinquance juvénile, ainsi que les problèmes internalisés et externalisés font partie des principales conséquences à long terme (Éthier & Milot, 2009; Milot et al., 2009). Dans une étude longitudinale réalisée auprès de 168 adolescents, Éthier et Milot (2009) ont voulu évaluer les conséquences à long terme de la négligence sur les difficultés d'ajustement socio émotionnel. Les résultats ont démontré qu'un adolescent sur trois, qui a été victime de négligence sévère durant l'enfance, consomme abusivement de la drogue et de l'alcool. Les chercheurs ont aussi démontré qu'il existe une relation entre la

négligence et les troubles internalisés ainsi que les symptômes de dissociation à l'adolescence. Ce niveau de symptômes augmente si l'enfant a subi de la négligence avant l'âge de 5 ans.

Sur le plan cognitif, les conséquences sont toutes aussi frappantes. Les retards de développement, les difficultés d'organisation, les retards sur le plan cognitif et relationnel, l'abandon scolaire, l'augmentation des difficultés d'adaptation chez les adolescents, l'augmentation de l'agressivité et des difficultés d'apprentissage comptent parmi les principaux impacts (Brousseau, 2012; Brousseau & Simard, 1999; Éthier & Milot, 2009; Milot et al., 2010).

Enfin, des conséquences peuvent être perçues dans le système familial telles que : dysfonction familiale, dysfonction dans la communication, inversion générationnelle, attitudes intrusives, passage à l'acte, et isolement social (Brousseau, 2012; Haesevoets, 2002).

1.1.4. Facteurs de risque et de protection.

La négligence n'est pas un concept dont les causes sont simples à expliquer; plusieurs conjugaisons de facteurs sont à considérer. En effet, selon le modèle écologique, elle résulte d'une combinaison de facteurs personnels, familiaux, sociaux et culturels (Bourassa et al., 2009; Brousseau, 2012; Moreau & Oxman-Martinez, 1993). Une faible interaction entre le parent et l'enfant ainsi qu'une perturbation des liens qui existent entre la famille et ses différents milieux de vie (ex. : école, communauté; écosystème) ont des influences sur les parents et les enfants (Bourassa et al., 2009; Brousseau, 2012). En ce sens, la négligence est considérée comme un phénomène

multidimensionnel (Éthier & Milot, 2009). D'ailleurs, selon Belsky (1993), une approche écosystémique comme cadre de référence est de mise pour comprendre cette problématique et innover dans l'intervention. Selon lui, l'approche écosystémique permet de situer le contexte développemental tout en tenant compte des facteurs propres à l'enfant, au parent et à la communauté. Il tient aussi compte des interactions qu'il y a entre ces facteurs, d'où l'approche systémique.

Selon Serbati et al. (2012), le niveau de vulnérabilité des familles augmente en fonction de la chronicité et du cumul des facteurs de risque. Ce n'est pas tant la présence d'un seul des facteurs de risque qui hypothèque la famille, mais l'effet cumulé des facteurs (Éthier & Milot, 2009; Trocmé et al., 2010). L'effet cumulatif du nombre et de la persistance dans le temps de ces facteurs entraîne des effets néfastes auprès des familles (Julien, 2004b; Lavigueur, Coutu, & Dubeau, 2001).

Les facteurs de risque en lien avec les caractéristiques de l'enfant (ontosystème) peuvent jouer un rôle dans l'augmentation des risques de négligence. Par exemple, les enfants âgés entre 0 et 12 ans sont plus à risque de subir de la négligence. De plus, la présence d'un handicap, d'une naissance prématurée, des troubles de comportement et de la gemellité sont à tenir compte (Bader-Meunier & Nouyrigat, 2004). La présence de ces caractéristiques entraîne une augmentation de la vulnérabilité et des besoins de l'enfant (Milot et al., 2009). Les parents doivent donc répondre à plus de besoins et parfois à des besoins différents et plus grands.

D'autre part, les facteurs en lien avec le parent (microsystème) peuvent influencer l'augmentation du risque de négligence. Brousseau et Simard (1999) ont

réalisé une étude comparative auprès de familles ayant des comportements négligents et de familles non négligentes afin de documenter les profils parentaux. Leurs résultats montrent que les facteurs de risque les plus couramment reliés aux parents négligents sont une connaissance inadéquate des soins nécessaires à prodiguer à l'enfant, des attentes irréalistes envers l'enfant, l'âge précoce de la mère lors de sa première grossesse, la sous-scolarisation, les antécédents de placement et d'abus, les traits de personnalité spécifiques des parents (immaturité affective, indifférence, rigidité, intolérance, etc.), l'anxiété ainsi que l'influence d'une grossesse non désirée. Ces résultats confirment ce que d'autres chercheurs avaient précédemment démontré (Bader-Meunier & Nouyrigat, 2004; Belsky, 1993; Brousseau & Simard, 1999; Milot et al., 2009; Moreau & Oxman-Martinez, 1993; Serbati et al., 2012). Aussi, l'augmentation du stress parental peut engendrer l'omission de comportements adéquats, dont la négligence (Julien & Trudel, 2009; Brousseau, 2012; Serbati et al., 2012). Le stress parental est défini comme étant l'écart ressenti par le parent entre les exigences auxquelles il doit répondre et les ressources dont il dispose pour y parvenir (Poulin, 2005). Plus l'écart est grand, plus le stress parental augmente et par conséquent, plus les risques de négligence augmentent. D'autre part, les symptômes dépressifs, des familles avec un type de cohésion enchevêtré (frontières diffuses) et la sous-utilisation de la stimulation verbale sont des facteurs de risque notés chez les parents négligents (Milot et al., 2009).

Selon les chercheurs, des caractéristiques en lien avec la structure familiale représentent aussi des risques importants (microsystème). Il est à noter par exemple, que l'absence fréquente du père ou du conjoint dans la vie de l'enfant, la

monoparentalité, la taille volumineuse de la famille, la présence de violence conjugale, les conditions de logement dangereuses et l'isolement en font partie (Bader-Meunier & Nouyrigat, 2004; Belsky, 1993; Brousseau & Simard, 1999; Milot et al., 2009; Moreau & Oxman-Martinez, 1993; Piché & Trocmé, 2011; Serbati et al., 2012).

En plus des facteurs de risque énumérés précédemment, d'autres facteurs d'ordre culturel et social sont à considérer (macrosystème). Par exemple, depuis longtemps la négligence est associée à la pauvreté. En effet, selon Drake et Pandey (1996), la négligence est la forme de mauvais traitement la plus associée au contexte de pauvreté (cité par Milot et al., 2009). D'autres études ont démontré qu'il existe effectivement un lien entre les mauvais traitements, la négligence et la pauvreté économique ainsi que sociale (Kim, 2004, cité par Descôteaux & Dufour, 2014; Milot et al., 2009).. Outre la pauvreté, les conditions de logement dangereuses, des déménagements fréquents, la prestation d'assurance-emploi ou d'aide sociale ainsi que l'isolement sont d'autres caractéristiques du milieu de vie des familles négligentes (Milot et al., 2009).

Parallèlement aux facteurs de risque, les familles peuvent présenter des facteurs de protection qui viennent diminuer le risque de négligence et augmenter le bien-être de tous les membres. Selon Laurendeau, Chamberland, et Lefort (2002), «le bien-être des familles est considéré comme déterminé par la présence combinée de valeurs sociales saines, de ressources matérielles et psychologiques satisfaisantes pour la famille ainsi que de politiques et de programmes efficaces» (p.132). Parmi les facteurs de protection propres aux parents, l'augmentation de l'estime de soi, l'accès aux opportunités positives (vivre des réussites, etc.) ainsi que le processus du pouvoir d'agir en font

partie (Michallet, 2009-2010). D'autre part, l'aide du réseau informel peut protéger le parent des difficultés quotidiennes, l'aider à faire face aux stress et aussi l'aider à utiliser les ressources adéquates pour répondre à son rôle parental. Outre le réseau informel, le soutien du conjoint serait un facteur de protection efficace contre le stress environnemental en lien avec la pauvreté (Lavigueur, Coutu, Dubeau, David, & Granon, 2005).

Considérant la variété et la complexité des facteurs de risque présents dans la vie de ces familles et les conséquences néfastes de la négligence, il est primordial d'intervenir en agissant à plusieurs niveaux afin de diminuer l'impact de cette problématique sur le développement des enfants.

1.2. Approches auprès des parents en situation de vulnérabilité

1.2.1. Approches prometteuses.

Au cours des années, de nombreuses études ont été réalisées afin de documenter les approches les plus efficaces auprès des familles négligentes ou à risque de négligence. Brousseau (2012) énumère quatre caractéristiques pour une intervention efficace : 1) considérer la famille comme étant un système en fonctionnement (approche écosystémique), 2) valoriser la participation active de tous les membres du système (approche participative et approche de proximité), 3) réaliser, avant l'intervention, une évaluation approfondie de la situation, et 4) miser sur l'utilisation des forces et ressources personnelles pour favoriser le pouvoir d'agir des parents (approche centrée sur le pouvoir d'agir). Ces caractéristiques font échos auprès des intervenants qui considèrent qu'il est primordial que le parent soit désireux de s'impliquer dans le processus, autant dans la planification que dans la réalisation des

objectifs d'intervention (Laurendeau et al., 2002). Pour que le parent soit actif, il lui faut comprendre que le bien-être de l'enfant est menacé. Dans cette optique, la création du lien thérapeutique est primordiale afin d'établir un climat de confiance (Darlington et al., 2010).

1.2.1.1. Approches multimodales et écosystémiques.

Tel que mentionné précédemment, une approche efficace doit tenir compte de plusieurs facteurs. En effet, c'est en travaillant avec l'enfant, le parent, la structure familiale, le réseau social ainsi que la communauté, que l'efficacité de l'intervention peut augmenter (Corcoran, 2000; Éthier et al., 2000). Les approches de nature multimodale, systémique et écologique sont, à cet égard, les plus souvent proposées dans l'intervention auprès des familles négligentes. L'approche multimodale consiste à mettre à contribution la complémentarité et l'individualité de plusieurs approches différentes afin de renforcer les capacités adaptatives de l'enfant et du parent (Lavigne et al., 2001). Les interventions peuvent donc être choisies en fonction des besoins et des capacités de l'enfant et du parent.

D'autre part, selon l'approche systémique, un «[...] système constitue donc un tout cohérent et invisible, c'est-à-dire qu'une modification de l'un de ses éléments produit la modification des autres éléments et du système tout entier» (Massa, 2002, p.12). Effectivement, un système est un ensemble d'éléments qui interagissent entre eux selon certains principes préétablis. Il y a un modèle de causalité circulaire, c'est-à-dire que chaque sous-système s'influence mutuellement : le changement de l'un influence le changement de l'autre (Pluymaekers, 2002). De plus, le fait de tenir compte des éléments présents dans les systèmes facilite la généralisation des comportements

dans toutes les sphères de la vie de l'enfant. La notion d'homéostasie, très présente dans cette approche, est importante pour l'intervenant. Il s'agit d'un maintien d'équilibre à l'intérieur des systèmes. Pour amener un changement, il faut qu'il y ait un déséquilibre dynamique qui amènera la famille à utiliser de nouvelles stratégies d'adaptation pour revenir à un état d'équilibre. L'apprentissage de nouvelles stratégies se fait par l'interaction entre le potentiel adaptatif de la personne ou de la famille (PAD) et le potentiel expérientiel que lui offre son entourage (PEX) (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ), 2010). C'est dans l'apprentissage de nouvelles stratégies que l'intervenant a un rôle crucial (Renou, 2005).

Enfin, selon l'approche écologique, chaque milieu de vie de l'enfant (famille, école, etc.) représente un système, soit le microsystème, chacun ayant une influence sur les autres systèmes et sur l'enfant lui-même (ontosystème). Il est donc important de tenir compte de l'ensemble de ces systèmes dans une approche complète, d'où l'emploi du terme « écosystémique », surtout considérant que la négligence est considérée comme un phénomène multidimensionnel (Éthier & Milot, 2009). De plus, comme les facteurs de risque sont présents dans les différents systèmes, l'identification des pistes d'intervention est plus complète si chacun de ces systèmes est investigué.

1.2.1.2. Approche centrée sur le pouvoir d'agir.

Le terme « empowerment » suscite beaucoup d'intérêt dans le monde clinique et scientifique. Sa traduction crée un débat important; la traduction la plus exacte renvoie au « pouvoir d'agir » parce qu'il respecte la définition initiale du terme anglophone. Le pouvoir d'agir signifie être en mesure d'agir, c'est-à-dire d'avoir les moyens de se mettre en action. Pour qu'il y ait un changement, il doit y avoir une action (LeBossé, 2003). « Le

pouvoir de nommer doit être accompagné par le pouvoir de l'action» (Breton, 1994, cité par Ninacs, 1995, p.77, traduction libre).

Le concept du «pouvoir d'agir» désigne à la fois une approche, c'est-à-dire un moyen de production du changement (un processus) et une finalité, i.e. une cible de changement (un résultat). Afin d'exercer un pouvoir d'action, il faut que les ressources du milieu, ainsi que les caractéristiques de la personne ou de la communauté le permettent. Il s'agit donc d'un concept qui tient compte à la fois de l'environnement de l'individu et de ses propres caractéristiques (Lacharité & Gagnier, 2009; LeBossé, 2003; LeBossé, Bilodeau, Chamberland, & Martineau, 2009; LeBossé & Dufort, 2012b; Parazelli, 2007). Le pouvoir d'agir peut être influencé par le contexte de l'action, sa signification, ses conséquences sur l'individu et les conditions qui mènent à l'action.

Ce processus qui amène une personne à prendre du pouvoir sur sa vie s'enclenche lorsque la force qui fait avancer la personne est plus grande que celle qui la retient à son état actuel (maintien du statu quo). Il s'agit d'un processus d'apprentissage sur : la prise de décision, la gestion, l'accessibilité, le développement des ressources ainsi que la collaboration et la gestion des conflits (LeBossé & Dufort, 2012b). Une étude qualitative réalisée auprès de 20 familles vulnérables participant au programme «Naître Égaux et Grandir en Santé» a permis de documenter quatre facteurs explicatifs du succès d'une intervention axée sur le pouvoir d'agir (Ouellet, René, Durant, Dufour, & Garon, 2000). Il s'agit d'offrir des interventions dans des moments clés dans la vie de la famille, de créer un lien de confiance solide par un suivi intense et prolongé, d'offrir des interventions qui débutent à partir d'un projet propre aux parents et de briser

l'isolement (en venant en aide aux parents afin qu'ils utilisent les ressources de la communauté pour favoriser leur insertion sociale).

En plus d'être un élément important pour contrer l'isolement, et ainsi diminuer le stress parental, l'approche centrée sur le pouvoir d'agir permet de travailler sur les forces de la famille, de redonner le pouvoir aux membres et de faire participer activement tous les acteurs. Il s'agit d'une approche qui vient répondre aux besoins des parents et aux facteurs de réussite d'une intervention efficace selon Brousseau (2012). Comme cité par McAll, «[...] les interventions en contexte de pauvreté auraient plus de chances de réussir si elles étaient fondées sur la reconnaissance des compétences et du potentiel des personnes» (2008, cité par René, Laurin, & Dallaire, 2009, p.42).

Des chercheurs ont montré que les parents ont besoin d'être reconnus dans leurs compétences, car cela leur permet de développer et de maintenir un sentiment de contrôle sur leur vie. Plus les contacts avec l'intervenant sont fréquents, plus la relation est vue positivement par le parent (Lacharité, Moreau, & Moreau, 1999). Selon Lacharité et al. (1999), lorsque l'intervenant reconnaît le parent dans toutes ses capacités, le sentiment de contrôle de celui-ci augmente. Lorsque les parents comprennent que l'intervenant agit dans le but d'aider l'atteinte des objectifs familiaux, ceux-ci apprécient la relation et les pratiques qu'il utilise. D'autre part, les interventions autour de la famille influencent les perceptions des parents. Selon une participante, citée par René et al. (2009), «[...] ce n'est pas à quelqu'un de le faire à ma place, c'est à quelqu'un de me dire comment faire» (p.50). En effet, les parents ont besoin d'un guide, mais aussi de savoir qu'ils ont un pouvoir sur leur vie. Les intervenants ont donc une

double tâche d'aide et de contrôle dans le but de pouvoir travailler en collaboration (Lacharité & Gagner, 2009).

D'après Drolet (1997), «l'empowerment se définit comme un processus par lequel une personne développe le sentiment d'exercer un plus grand contrôle sur sa réalité par des actions concrètes dans des conditions de vie incapacitantes» (p.62). Ce processus renvoie à quatre étapes générales. Premièrement, une conscientisation et une prise de décision, en lien avec les aspirations et les forces de l'individu, entreprennent le processus. Ensuite, il faut que l'individu développe les conditions requises pour l'action par l'acquisition des ressources et le développement des habiletés nécessaires. L'action et la transformation de soi, de l'image de soi, de ses capacités d'action et des systèmes entourant la personne viennent ensuite.

Enfin, le résultat du pouvoir d'agir se définit par une nouvelle conscience de l'individu de sa réalité et de son pouvoir (Lacharité & Gagnier, 2009; LeBossé, 2003; Lemay, 2007; Ouellet et al., 2000; Parazelli, 2007). Selon LeBossé et Lavallé (1993), cette conscience critique et ce sentiment de contrôle seraient les meilleurs indicateurs de bien-être des familles parce qu'ils tiennent compte des perceptions subjectives de l'individu ainsi que des conditions objectives du contexte. Outre la conscience critique et le sentiment de contrôle, les comportements participatifs (prendre part à la prise de décision, donner son avis, etc.) sont aussi des résultats du processus du pouvoir d'agir (LeBossé & Dufort, 2012b).

1.2.1.3. Approche de proximité.

Les services de proximité font référence à une approche dont la définition ne fait pas encore consensus (Rochefort, 2004). Cette approche découlerait d'une réponse à un besoin jugé d'utilité sociale, impliquant une forte relation entre le bénéficiaire de service et son prestataire. Selon Morin et Rochefort (2003), «ces services peuvent être définis comme une réponse matérielle ou immatérielle à un besoin jugé d'utilité sociale, qui se veut physiquement et socialement proche de la population desservie» (p.268). Les services de proximité émergent dans des quartiers où la dynamique communautaire est forte. De plus, l'approche de proximité répond aux caractéristiques de la clientèle : le pouvoir est réparti entre les acteurs, l'isolement est contré partiellement, le soutien dans les situations de la vie quotidienne pour affronter le stress est présent, une évaluation approfondie est faite et la participation des membres est facilitée.

Ces services incluent les visites à domicile qui exigent des professionnels des habiletés de savoir-faire efficaces. L'intervention à domicile facilite l'évaluation psychosociale par des observations plus détaillées et efficaces de toutes les facettes de la famille. D'autre part, l'approche de proximité permet de favoriser le lien de confiance, car il s'agit d'une intervention plus chaleureuse qui tient compte de la subjectivité des membres de la famille et qui permet une meilleure compréhension de la situation. En se déplaçant, l'intervenant atténue la relation de pouvoir qui peut exister entre lui et la famille. L'intervention à domicile «[...] offre une réponse professionnelle plus fine et plus équilibrée [qu'en contexte institué], car il se montre plus sensible à l'influence exercée par l'utilisateur dans la conception de l'intervention» (Crevier et al., 2010, p.189). Il faut par contre que les intervenants fassent attention qu'il n'y ait pas confusion des frontières

professionnelles en jouant un rôle autre que professionnel (conflits d'intérêts, relations d'affaires avec le client, échange de services, socialisation, acceptation de cadeaux, etc.) (Leblanc, 2001).

René et al. (2009) affirment que les parents négligents ou vulnérables à la négligence sont ouverts à recevoir de l'aide à la condition que les intervenants respectent, qui ils sont et ce qu'ils font. Ils nomment aussi que les parents négligents ou à risque de négligence ont conscience de ce qui est dit de négatif sur eux. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles ils sont méfiants d'entrer en relation avec les services, selon Lafantaisie, Clément, et Coutu (2013). Ce constat appuie la nécessité de créer un lien de confiance avec l'intervenant, élément essentiel pour une bonne relation, car elle permet l'échange d'informations et l'ouverture aux apprentissages. D'ailleurs, allant dans le même sens, Lacharité et al. (1999) avancent que la perception des compétences du parent et la qualité de la relation, telles que perçues par l'intervenant, influencent la relation, la perception des pratiques d'aide ainsi que le sentiment de contrôle du parent. En bref, pour qu'une intervention soit efficace, le lien entre les acteurs se doit d'être considéré.

1.2.1.4. Approches participatives.

Selon Stoecklin (2011), «[...] l'intervention participative est une relation horizontale entre les acteurs considérés comme égaux en droits, dans laquelle la compétence de l'intervenant consiste à soutenir la réflexivité des acteurs» (p.164). En effet, les objectifs généraux de cette approche consistent à intégrer les enfants et la famille dans toutes les étapes de l'intervention ainsi que des faire participer dans le processus de détermination de leurs besoins (Lacharité, 2009; Sheets et al., 2009).

La priorité des besoins d'un enfant et/ou d'un parent est déterminée par trois aspects, soit : 1) les circonstances actuelles de la vie quotidienne de la famille, 2) les circonstances passées qui ont façonné l'histoire de la famille, et 3) l'organisation sociale. Selon Lacharité (2009), l'objectif d'une démarche d'analyse participative est de soutenir l'élaboration des concepts utiles aux membres d'une famille pour guider leur vie, en plus de produire une compréhension partagée des situations auxquelles la famille fait face. En considérant le point de vue des personnes prenantes de l'action, une durabilité des solutions est envisagée, car les interventions sont davantage en lien avec la vie réelle de la famille (Piché & Trocmé, 2011). L'adhésion au plan d'action est donc facilitée, car les parents et les enfants se sentent plus concernés et s'impliquent davantage.

En Nouvelle-Zélande, suivant les traditions Maori, les *Family Group Making Decision* (FGMD) ont été initiés dans les années 1980 (Pakura, 2005). Les FGMD sont des processus permettant, à toutes les personnes soucieuses de l'enfant, de se rassembler (place importante à la famille et au réseau informel de l'enfant) afin de prendre des décisions sur la suite des interventions. Ces groupes ont inspiré des méthodes alternatives qui ont été implantées dans d'autres pays : Canada, États-Unis, Australie, etc. (Holland & O'Neil, 2006). Elles favorisent grandement le pouvoir d'agir des familles, car celles-ci participent à tout le processus de prise de décision. Cette approche participative privilégie la motivation et l'implication des acteurs par la valeur accordée aux objectifs, la perception de contrôle sur le déroulement et la perception qu'il va y avoir réussite pour les enfants et leurs parents (Renou, 2005).

Selon Kemp et al. (2009) un parent impliqué dans le processus d'intervention comprend mieux les besoins développementaux de son enfant (cité par Darlington et al., 2010). Le travail en collaboration avec le parent permet la généralisation des comportements de l'enfant à plusieurs situations et milieux de vie. De plus, cette collaboration est importante, car le parent est une figure clef dans la vie de l'enfant; les pratiques de celui-ci influenceront directement ou indirectement les comportements à court ou à long terme de l'enfant. Certains de ces comportements peuvent se développer avec le temps et surgir à l'adolescence (Bourassa et al., 2009).

En somme, les approches les plus bénéfiques doivent miser à la fois sur les facteurs structurels de la famille, sur les composantes individuelles ainsi que sur l'environnement (Bourassa et al., 2009; Brousseau, 2012; LeBossé et al., 2009; Serbati et al., 2012). De plus, les pratiques novatrices misent sur l'intervention à domicile ou dans la communauté, sur la force de la communauté (dans le but de maintenir les enfants dans leur famille), sur l'utilisation d'objectifs SMART (simple, mesurable, atteignable, réaliste, dans le temps), sur l'intervention intensive dans les milieux de vie et sur un pouvoir réciproque entre le parent et l'intervenant (Drolet, 1997; Dumbrill, 2006). Les définitions générales des différentes approches les plus bénéfiques ont été explorées. Il importe toutefois de documenter les études portant sur l'efficacité de ces approches et les devis de recherche qui ont permis de les réaliser.

1.2.2. Analyses des différentes approches.

La présente section présente des recherches évaluatives qui ont été réalisées sur les approches participatives et de proximité auprès d'une clientèle négligente ou considérée à risque. Les études adoptant une approche qualitative sont aussi

présentées puisqu'elles permettent de rendre compte des perceptions des parents et donnent la parole aux personnes directement concernées par l'intervention.

Crevier et al. (2010) ont réalisé une étude qualitative sur la signification de l'intervention à domicile dans trois programmes-clientèles (programme de soutien à domicile, programme enfance/jeunesse/famille et programme de santé mentale). Le but de cette étude était d'évaluer l'effet de proximité sur le lien de confiance entre l'intervenant et le parent. À l'aide d'entrevues semi-dirigées, auprès de 10 intervenants et 6 parents, les auteurs ont dégagé plusieurs résultats, par le biais d'une analyse de contenu. Premièrement, pour les intervenants, l'approche de proximité favorise l'évaluation psychosociale, car elle se fait plus rapidement et contient plus d'informations qu'en milieu institutionnalisé. De plus, un lien de confiance s'installe facilement, entre autres parce que l'intervenant fait partie du réseau de la famille. D'autre part, le contexte informel permet de répartir le pouvoir selon les deux acteurs de façon à ce qu'ils travaillent en collaboration. Pour ce qui est des familles, elles comprennent mieux les interventions qui sont réalisées, car l'intervenant peut prendre le temps de tout expliquer. De plus, l'aspect plus chaleureux de l'approche de proximité diminue les craintes des parents en favorisant la création d'un lien de confiance et contribue à briser l'isolement par la présence fréquente d'un intervenant à la maison (Crevier et al., 2010). Par contre, à la suite de l'étude, les résultats ont démontré qu'il est important de faire attention à la confusion des rôles - en clarifiant les frontières dès le début - afin de ne pas créer d'effets négatifs ou de sentiment d'intrusion.

Dans le même ordre d'idées, Serbati et al. (2012) ont réalisé une étude auprès de 18 familles négligentes, identifiées par 12 éducateurs. Cette étude visait à analyser

l'efficacité des interventions à domicile afin de savoir si celles-ci répondent aux besoins des parents. Pour ce faire, différentes approches ont été utilisées dont des entrevues, des *focus group*, des analyses documentaires et des questionnaires distribués aux différentes familles. Les résultats obtenus ressemblent fortement à ceux de Crevier et al. (2010) énumérés précédemment car ils montrent que la relation de confiance s'établit facilement. Les auteurs ont montré que la participation du parent ainsi que la présence d'un réseau informel autour de la famille - appuyant le professionnel dans ces interventions - constituent des facteurs favorables à l'intervention. En conclusion, les résultats démontrent que les interventions à domicile semblent répondre aux besoins des parents négligents, en particulier ceux reliés aux compétences du parent et de l'autonomie de celui-ci. Malgré les effets positifs de la proximité, les chercheurs affirment toutefois qu'il reste à améliorer la participation des parents dans le processus afin d'obtenir des résultats plus concluants (Serbati et al., 2012).

Holland et O'Neil (2006) ont réalisé l'évaluation d'un projet de «Family group making decision» destiné aux enfants et à leur famille, qui met l'emphase sur le rôle des enfants. Les chercheurs ont évalué 17 «*family group conference*¹», incluant 25 enfants, 31 adultes et 13 travailleurs sociaux, à l'aide d'entrevues semi-structurées, avant leur groupe de décision familial et six mois après l'intervention. Cette étude qualitative porte principalement sur le rôle des enfants et adolescents lors de prises de décisions familiales. Quelques risques ont été décelés, par exemple les groupes de décisions familiales peuvent exposer les enfants aux conflits adultes qui existent dans la famille. Il faut donc être vigilant et respecter chacun des membres et leurs besoins. Par contre,

¹ Le terme «*family group conference*» est utilisé par les chercheurs, car il s'agit du nom donné à l'activité. Par contre, il s'agit des «Family group making decision».

plusieurs aspects bénéfiques ont été documentés. Par exemple, les enfants entendent des choses qui ne leur ont jamais été dites et peuvent donc comprendre le fondement du fonctionnement familial et aussi apprécier les commentaires positifs de leurs parents à leur égard. Aussi, la majorité des jeunes ont dit apprécier d'être en présence d'autres personnes pour prendre des décisions importantes. Ceux-ci ont aussi avancé que le processus était calme et rationnel.

Aussi, Sheets et al. (2009) ont réalisé une étude quantitative comparative entre un groupe de familles qui ont eu recours aux «*Family group making decision*» (468 participants) et un autre groupe qui reçoit des interventions d'un programme déjà en place pour la clientèle négligente, soit le *Permanency Planning Team* (3598 participants). La particularité des FGMD est que les membres de la famille se retrouvent tous ensemble pour discuter de ce qui ne va pas et pour prendre des décisions communes. Les résultats montrent qu'à la fin de l'intervention les participants du groupe de décision familiale présentent un meilleur sentiment de pouvoir d'agir et que les enfants sont beaucoup moins anxieux que ceux du groupe de comparaison. En plus, l'enfant a la possibilité de se retrouver plus souvent en famille pour la prise de décision importante, ce qui resserre les liens et favorise les échanges entre les membres.

Dans le même ordre d'idée, une étude qualitative portant sur les bénéfices de la participation des parents dans la prise de décision dans le cadre du «*Parent's Participation in Child Welfare Decision Making Projet*» entre 2006 et 2008 a été menée par Darlington et al. (2010) auprès de 28 avocats et intervenants psychosociaux. Le résultat principal qui découle de cette étude est que la situation de pouvoir en protection de la jeunesse pouvait constituer un obstacle à la participation des parents lors de la

prise de décision. Un intervenant utilisant moins un rôle de pouvoir permet la participation et implication active des parents. Ceci permet aux parents de s'impliquer dans les services et, par le fait même, comprendre que l'enfant a besoin de ces services pour son bien-être. Le parent et l'intervenant travaillent dans le même sens et en collaboration.

Parallèlement à ces études, Éthier et al. (2000) ont réalisé une étude comparative afin d'évaluer l'impact d'une approche écosystémique sur les familles négligentes ou à risque de négligence. Vingt-neuf familles ont été recrutées et divisées selon deux groupes. Le groupe expérimental inclut les familles participant à un programme d'intervention écosystémique, le Programme d'Aide Personnelle, Familiale et Communautaire (PAPFC) et le groupe comparatif est composé de familles ayant des services psychosociaux offerts par le Centre Local de Services Communautaires (CLSC) axés principalement sur la relation intervenant-famille. Des mesures qualitatives et quantitatives ont été prises en début et après 24 mois, pour l'ensemble des deux groupes. Une analyse mixte à partir du *Social Support Questionnaire*, et d'entrevues semi-dirigées a été réalisée. Les résultats démontrent qu'à la suite de l'intervention, les mères identifient leur réseau de soutien plus facilement et reconnaissent l'importance de leur entourage. Cet aspect est important considérant que la présence du réseau informel joue un rôle de protection chez les familles négligentes. Parmi les autres aspects positifs de cette approche écosystémique, les auteurs notent la pertinence de travailler sur la relation entre la mère et son environnement car elle permet la diminution du stress, de la dépression et des abus d'alcool et de drogue chez les mères participantes au PAPFC.

Enfin, MacLeod et Nelson (2000) ont réalisé une méta-analyse basée sur 56 études publiées de 1979 à 1998, portant sur l'efficacité de programmes de prévention de la maltraitance envers les enfants. Les résultats portant sur le type de programme ayant le plus de succès auprès des familles ont été dégagés. Par exemple, les résultats démontrent que les interventions de nature proactives (les programmes de visite à domicile, soutien social, entraide, multimodale, etc.) engendrent plus d'effets que les interventions réactives (où l'intervenant exerce un plus grand pouvoir). Allant dans le même sens que Serbati et al. (2012), la méta-analyse avance que lors des suivis psychosociaux, la participation active du réseau informel permet une meilleure atteinte des objectifs de la part de la famille. D'autre part, les interventions en négligence sont plus efficaces lorsque l'enfant est en bas âge. Il a aussi été démontré que la durée des interventions influence l'atteinte des objectifs de façon plus significative que l'intensité. De plus, la combinaison de la durée et de l'intensité (une durée de plus de 6 mois et incluant plus de 12 visites) permet d'obtenir des résultats encore plus efficaces.

En somme, à la lumière de ces études, il est possible de remarquer que les approches participatives et de proximité offrent des résultats prometteurs dans la réponse aux besoins des familles négligentes ou à risque de négligence. Dans les études recensées, la mise en commun de ces deux approches permet de combiner les résultats et ainsi de proposer des interventions plus efficaces. Les approches présentées se recoupent sur plusieurs points. En effet, le pouvoir d'agir est un élément central qui se retrouve à la fois dans l'approche de proximité, dans l'approche participative ainsi que dans l'approche multidimensionnelle. La pédiatrie sociale en communauté, implantée au Québec par le Dr Julien, dans les années 1990, rassemble

des éléments de ces pratiques et propose un modèle innovateur et original pour venir en aide aux familles en situation de vulnérabilité psychosociale.

1.3. Les centres de pédiatrie sociale en communauté

1.3.1. Fondements historiques.

À la suite de la Deuxième Guerre mondiale, la considération de l'enfant comme être à part entière a fait un bond important dans la société. En effet, en 1945 le gouvernement français instaure une clinique d'aide à l'enfant. Ce n'est que 20 ans plus tard qu'elle fut adoptée au Québec sous le nom de clinique populaire. Cette clinique, ancêtre des CLSC, était destinée à assurer des soins préventifs et curatifs en lien avec les comportements déviants des enfants. En 1959, la convention internationale des droits de l'enfant a été instaurée par l'ONU. Au cours des années qui ont suivi, il y a eu des ajouts sur les droits de protections contre l'abandon, la négligence et les mauvais traitements selon l'article 19 de la CIDE (Ministre du Patrimoine canadien, 1991). Effectivement, en 1962, l'identification du syndrome de l'enfant battu a été considérée, par Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller, et Silver (1962) comme problème social, ce qui représente un avancement non négligeable (cité par Darves-Bornoz, 1996). À la suite de ces innovations, le Québec adopte, en 1975, la Charte des droits et libertés de la personne puis, en 1977, la LPJ qui considère les droits de protection de l'enfant (Julien & Trudel, 2009).

Quelques années plus tard, en 1991, la Convention relative aux droits de l'enfant a été ratifiée et sept grands principes guident son contenu. Le Tableau 1 présente ces principes.

Tableau 1

*Exemples reliés aux sept principes de la Convention relative des droits de l'enfant**

Valeur	Principe	Exemple
1. Égalité	Les enfants naissent égaux en droit	Les enfants ont droit à l'égalité peu importe, leur origine, leur culture, religion, leur langue, leur sexe, etc.
2. Meilleur intérêt	L'intérêt supérieur de l'enfant gouverne les décisions qui le concernent	Les adultes doivent faire respecter les droits de tous les enfants.
3. Liberté et droits civils	L'enfant jouit de libertés et de droits civils	Les enfants ont le droit à une identité, une liberté d'opinion, à la vie privée, etc.
4. Famille	La communauté entière doit s'impliquer auprès des enfants en soutenant la famille	Les enfants ont le droit de connaître et de vivre avec leurs parents, de vivre dans une communauté qui s'occupe d'eux, etc.
5. Naître et grandir en santé	L'enfant naît et grandit en santé	Les enfants ont droit à une alimentation suffisante, d'être soignés et en santé, de vivre dans un environnement qui permet leur épanouissement, etc.
6. Éducation et loisirs	L'enfant s'instruit, s'amuse et s'ouvre au monde	Les enfants ont le droit d'aller à l'école, d'apprendre, de vivre des amitiés, de jouer, de rêver, de rire, etc.
7. Protection	L'enfant doit être protégé	Les enfants ont le droit d'être protégés contre la violence, l'abus, l'exploitation, la négligence, la maltraitance, etc.

Note : Adapté de Julien, 2004a ; Julien & Trudel, 2009 ; Piché & Trocmé, 2011

Depuis trente ans, les inégalités sociales cessent d'augmenter au pays, dont la précarité et l'exclusion sociale (Crespo & Rheault, 2013). Des problèmes de santé physique et mentale ont été dénotés en lien avec cette augmentation, car l'accès aux services est plus difficile pour certains (Julien, 2004a). L'accès aux services étant rendu non équivalent, l'idée de la santé communautaire, pour répondre aux besoins spécialisés des parents et enfants, est alors vue comme nécessaire (Lynam, Loock, Scott, Wong, Munroe, & Palmer, 2010). La pédiatrie sociale découle de ce mouvement et a mené à la création des Centres de Pédiatrie Sociale en Communauté (CPSC)

(Lynam et al., 2010; Julien, 2004a; Julien 2004b). Dans ces centres, la priorité est donnée aux enfants. Selon Spencer et ESSOP (2007) pour avoir une société compétente dans le futur, il faut assurer la stimulation adéquate et le développement optimal de ses enfants. Ainsi, pour Julien (2004a), «la pédiatrie sociale est une pratique qui reconnaît l'importance de prendre soin des enfants d'une manière qui reflète le contexte social dans lequel ils vivent» (cité par Piché & Trocmé, 2011, p.13).

La notion de communauté et de santé communautaire n'est pas récente. En 1920, à la suite de la Commission Dawson présentée au parlement d'Angleterre, la notion de santé communautaire a vu le jour. Le but principal était d'améliorer l'état de santé de la population en offrant des soins préventifs et curatifs par une équipe multidisciplinaire (Brix, Fayard, Guillaud-Bataille, & Péchevis, 2003). Par contre, ce n'est que dans les années 1960 que la notion de santé communautaire arriva aux États-Unis et au Canada. À la suite des initiatives de Monsieur Roger Prud'homme, qui implanta un « conseil de quartier » dans St-Henri, l'organisation communautaire débuta à Montréal. Comme le souligne Doré (1992), il s'agissait d'une association bénévole de citoyens et d'organisation d'un secteur qui visait à améliorer les conditions de vie du milieu:

[...] le communautaire est porteur de valeurs alternatives dans lesquelles la prise en charge et l'autonomie, individuelle et collective, prennent une grande importance... l'importance de se donner une formation... rôle d'éclaireur au niveau de l'identification des besoins... la volonté d'un changement social et la recherche d'un projet de société différente (Daniel, 1987, cité par Doré, 1992, p. 146).

La pédiatrie sociale en communauté a vu le jour à Montréal en 1997 avec la création du centre «Assistance aux enfants en difficulté» (AED) dans le quartier

Hochelaga-Maisonneuve. Au Québec, le docteur Gilles Julien est le précurseur de ces centres. À la suite de la création du premier centre, un deuxième centre de pédiatrie sociale en communauté est né dans le quartier Côte-des-Neiges, le «Centre de services préventifs à l'enfance» (CSPE). C'est en 2003, à la suite d'une augmentation du nombre d'enfants immigrants ayant des difficultés scolaires, que ce second centre fut ouvert. La viabilité financière de ses centres est assurée par la Fondation Lucie et André Chagnon et la Fondation du Dr Julien. Ces deux centres privilégient une façon de soigner les enfants en mettant en place un système de soutien avec la communauté (Julien & Trudel, 2009; Lynam et al., 2010). À la suite du développement de ces deux premiers centres, plusieurs autres ont été implantés au Québec dans divers quartiers où la précarité financière et sociale des familles est présente et les risques de négligence et d'abus envers les enfants sont plus élevés, d'où l'emploi du terme «communauté» dans les CPSC. Ces autres centres véhiculent la même philosophie, mais sont entièrement autonomes dans leur mode de fonctionnement et de financement.

1.3.2. L'approche de la pédiatrie sociale en communauté.

Les CPSC s'adressent à toutes les familles des communautés où ils s'implantent et plus spécifiquement aux enfants et familles qui vivent des situations de vulnérabilités et de négligence (Julien, 2004a). Deux facteurs sont à l'origine de leur développement. Premièrement, les créateurs ne voulaient pas laisser un enfant «assis entre deux chaises»; c'est-à-dire, en période de non-service ou non-accompagnement. Selon le dernier bilan de la DPJ (MSSS, 2013), 60% des signalements n'ont pas été retenus au cours de l'année 2012-2013. De ce nombre, seulement 20% ont été rejetés parce que la famille était mobilisée et avait déjà des services; laissant 40% sans services. Ceci arrive

souvent lorsque l'enfant a des besoins trop grands pour les Centre de santé et des services sociaux (CSSS), mais pas assez grands pour la protection de la jeunesse. De plus, ils voyaient une importance capitale qu'une communauté s'occupe des enfants qui l'entourent en la responsabilisant afin de lutter contre les inégalités sociales (Julien & Trudel, 2009).

Selon Julien et Trudel (2009), la pédiatrie sociale en communauté est définie comme un modèle de médecine sociale intégrée centré sur les besoins de l'enfant et axé sur les forces de l'enfant, de la famille et de la communauté. De plus, elle est basée sur l'appivoisement entre les acteurs (intervenants, parents, enfants, réseau formel, etc.), le partage de valeurs et d'objectifs communs, la compréhension mutuelle et la mise en action selon les besoins. La mission première est de développer le plein potentiel des enfants en assurant leurs droits, besoins et intérêts. Ceci se base sur les 7 principes de la CIDE énumérés précédemment. D'autre part, les CPSC soutiennent la famille dans l'ensemble de ses besoins et agissent sur les besoins fondamentaux de celles-ci. Le bien-être et la valorisation de saines habitudes de vie sont prônés. La pyramide de Maslow est un élément important, car les besoins fondamentaux sont la base des interventions. Si ces besoins ne sont pas répondus, il est difficile de travailler en aval, sur les besoins supérieurs. Malgré l'importance portée aux familles, l'enfant reste au centre des interventions.

Comme la santé est un concept large qui tient compte des notions biologiques, psychologiques et sociales et de l'ensemble des influences environnementales, culturelles, émotionnelles et spirituelles, la complémentarité des professionnels est de mise. Dans le même ordre d'idées, plusieurs projets sont présents afin de répondre au

plus grand nombre de besoins des enfants (stimulation, sentiment d'appartenance, etc.), et ce, pour tous les groupes d'âges. Des services de première ligne (services psychosociaux, psychoéducatifs, juridiques, etc.), de deuxième ligne (pédopsychiatrie, ergothérapie, orthophonie, etc.) ainsi que certains services de troisième ligne (accompagnement vers les centres hospitalisés, centres jeunesse, etc.) sont offerts en pédiatrie sociale en communauté (Julien, Trudel, & Desharnais, 2013). Une alliance des professionnels de la santé, du droit et du psychosocial permet des interventions plus complètes et rapides. L'approche mise sur la responsabilisation des acteurs, la complémentarité de ceux-ci, le pouvoir d'agir et l'alliance thérapeutique (Julien & Trudel, 2009). La pédiatrie sociale en communauté vise le soutien des personnes ou familles dans l'ensemble de ses besoins par une approche intégrée et de proximité ainsi que l'influence des contextes et situations qui entourent l'enfant. Selon Julien (2004b), «c'est aussi la liaison nécessaire des soins sanitaires et sociaux d'ordre préventif et curatif, par une approche globale qui considère l'enfant comme un tout dans un contexte» (p.25).

La pédiatrie sociale en communauté tire profit des caractéristiques propres à certaines approches documentées efficaces (Lynam et al., 2010; Spencer & ESSOP, 2007). En effet, elle se veut écosystémique, car elle tient compte de l'ensemble des besoins de l'enfant, du parent et de la famille. Elle vise la formation d'un noyau de personnes compétentes pour soutenir et agir auprès de l'enfant et sa famille en instaurant un filet de sécurité autour de ceux-ci (Julien & Trudel, 2009). En résumé, un filet de sécurité correspond à un ensemble de programmes et/ou de professionnels tissés les uns aux autres et complémentaires, qui soutiennent l'individu ou le groupe avant que survienne une crise (Grosh, del Nino, Tesliuc, & Ouerghi, 2008; Programme

Alimentaire Mondial, 2012). Comme l'amènent Julien & Trudel (2009), il s'agit de : «mettre en place des outils de soutien comme moyens de renforcement [...] pour que chaque enfant puisse recevoir continuellement l'attention requise à son développement» (p.160). De plus, l'approche des CPSC va agir sur l'environnement de l'enfant et de la famille en allant voir tous les systèmes qui les entourent et en regardant les interactions entre ceux-ci (Pluymaekers, 2002). Tous les acteurs travaillent dans un but commun, soit le bien-être de l'enfant. Dans cet esprit, il devient donc important de cibler tous les systèmes, car ils sont tous interreliés (Massa, 2002).

D'autre part, les CPSC sont à proximité de la clientèle ce qui favorise l'accessibilité. Par le fait même, les familles sont plus portées à se présenter, ce qui brise l'isolement et crée de liens significatifs (Laurendeau et al., 2002; Rochefort, 2004; Tourigny et al., 2006). De plus, les visites à domicile sont aussi présentes, ce qui aide à la formation d'un lien de confiance et diminue la relation de pouvoir qui peut exister entre les intervenants et la famille.

Les CPSC visent la mise en action des familles afin qu'elles exercent un plus grand contrôle sur leur vie (Julien & Trudel, 2009). Afin d'aller dans ce sens, les activités et services offerts dans la communauté favorisent le développement des ressources du milieu ainsi que des caractéristiques personnelles et familiales. Ceci répond bien à la définition du pouvoir d'agir qui ne néglige pas l'environnement de l'individu (Lacharité & Gagnier, 2009; LeBossé, 2003; LeBossé et al., 2009; Parazelli, 2007). Les CPSC misent aussi sur les forces et capacités des enfants, des familles et de la communauté afin de développer des interventions adaptées (Piché & Trocmé, 2011). Les

interventions sont aussi basées sur la consolidation d'un lien de confiance solide entre la famille et le professionnel et favorisent l'insertion sociale (Julien & Trudel, 2009).

Dans le même sens, les CPSC favorisent l'approche participative consistant à inclure les enfants et les parents dans le processus de décision (Piché & Trocmé, 2011; Sheets et al., 2009). En prenant part à l'action, les solutions se voient plus durables. C'est dans cet esprit qu'en 2007, le Dr Julien et ces collaborateurs créent le cercle de l'enfant en se basant sur plusieurs courants tels que la philosophie amérindienne, l'approche participative, la pédiatrie sociale ainsi qu'en grande partie des FGMD. Il s'agit d'un lieu de médiation qui permet de mettre à contribution toutes les personnes qui peuvent intervenir positivement dans la vie de l'enfant (Julien & Trudel, 2009; Piché & Trocmé, 2011). Il favorise l'engagement social et la protection des droits fondamentaux de l'enfant en considérant la convention relative aux droits de l'enfant. Le cercle permet d'aider à dénouer des situations complexes, de partager plus efficacement des informations, de responsabiliser les acteurs familiaux (par le pouvoir d'agir) et d'assurer le bien-être de l'enfant. En outre, il s'agit d'une approche flexible qui place directement en lien l'environnement de l'enfant avec les ressources de la communauté (Julien et al., 2013).

En somme, l'approche de la pédiatrie sociale en communauté prône l'interdisciplinarité et la complémentarité des services, la précocité de la réponse aux besoins, l'accompagnement intensif et personnalisé des familles et le pouvoir d'agir des acteurs impliqués dans le processus.

1.4. Présente recherche

Le présent projet propose de recueillir la parole des parents concernant les particularités et les retombées des services de la pédiatrie sociale en communauté sur l'enfant et la famille. En effet, comme la pédiatrie sociale en communauté offre une place importante aux enfants et parents dans la prise de décision, connaître leurs perceptions quant aux services reçus et à leur rôle dans l'action permettra de mieux comprendre leur vécu et de bonifier l'intervention. Enfin, les questionner sur les différents changements perçus et vécus dans leur trajectoire de vie et dans celle de leur enfant pourrait amener des informations jusqu'à présent sous documentées dans les études scientifiques.

Chapitre 2. Méthodologie

Le présent chapitre présente le devis de recherche. Le type de recherche sera présenté ainsi que les participants de l'étude et les critères de sélection. Par la suite, l'explication du déroulement des entrevues ainsi que la méthode d'analyse des données seront présentées. Le chapitre se termine avec un aperçu des considérations éthiques en lien avec l'étude.

2.1. Type de recherche préconisé

La présente recherche a comme objectif principal de recueillir le point de vue des parents recevant des services d'un CPSC quant à leur perception sur différents sujets tels que l'accueil et à la raison de leur venue au CPSC ciblé, leur implication et celle de leurs enfants dans les différents services reçus au CPSC, sur les différents services reçus en lien avec l'attitude des intervenants ainsi les services reçus en lien avec leur perception des changements au sein de la famille (voir Annexe B). Cette étude est particulièrement importante puisque le point de vue des parents négligents ou en situation de vulnérabilité psychosociale, sur leur place dans l'intervention et les retombées perçues, est plus rarement documenté.

En utilisant la recherche qualitative, la visée principale est de donner un sens à leur vécu et de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes (Gavard-Perret & Helme-Guizon, 2008; Mukamurera, Lacourse, & Couturier, 2006). En effet, selon Paillé et Mucchielli (2005), l'approche qualitative a pour objet de comprendre les phénomènes tels qu'ils se présentent dans le milieu naturel et de considérer le sujet d'étude sous un large point de vue. Il s'agit d'identifier le phénomène, de le comprendre en reconnaissant les relations et de l'expliquer en l'insérant dans un système plus

général (Deslauriers, 1991). De plus, comme il est question d'investiguer un sujet sous documenté dans les écrits scientifiques, l'étude qualitative est de type exploratoire (Deslauriers, 2010; Trudel, Simard, & Vonarx, 2007). D'autre part, ce type de recherche permet de se familiariser avec le terrain.

2.2. Participants

Au total, 8 parents recevant des services d'un CPSC d'un quartier défavorisé de Montréal sont ciblés pour répondre à une entrevue semi-dirigée. L'échantillonnage est de type non probabiliste donc, intentionnel (Deslauriers, 1991). Il a été choisi en fonction de ses caractéristiques, à savoir l'utilisation mensuelle par les parents d'un ou de plusieurs services d'un centre de pédiatrie sociale en communauté ciblé depuis au moins un an.

Le recrutement des parents s'est fait par le biais d'un communiqué qui a été envoyé aux différents intervenants travaillant dans le CPSC ciblé. Le communiqué les invitait à référer des familles fréquentant les services mensuellement depuis au moins un an. Une liste téléphonique a été construite à partir des noms des familles référées par les intervenants, afin de prendre rendez-vous avec les parents.

La liste de parents identifiés par les intervenants comme répondant aux critères de sélection de l'étude comportait 15 noms. Toutes ces familles ont été appelées dans le mois suivant la référence. Parmi ces 15 familles, 11 ont accepté de participer et des entrevues ont été planifiées (deux familles n'ont pas retourné les appels et deux autres familles avaient un numéro de téléphone invalide). À la suite des 11 planifications d'entrevue, 2 parents ne se sont pas présentés à leur entrevue et une famille a décliné

l'invitation lors du rappel. Au total, ce sont donc 8 entrevues qui ont été réalisées entre janvier 2014 et mars 2014.

Lors de la prise de contact avec les parents, plusieurs informations leur étaient données afin de les éclairer sur la nature de la recherche. La présentation de l'étudiante-chercheuse, le but de la recherche, la façon de procéder, le temps requis, la compensation monétaire, etc. ont été nommés. Le lieu et le moment de l'entrevue était décidé avec le parent afin de favoriser sa participation. La journée précédant l'entrevue, un appel était fait à la famille pour s'assurer de leur disponibilité.

2.2.1. Profil sociodémographique des participants.

Le choix était laissé aux parents de se présenter seuls ou en compagnie de leur conjoint. Ainsi, il y a eu des entrevues qui ont été réalisées avec la mère seulement (4), avec le père seulement (1), avec les deux parents (1) ou avec la mère et une personne significative pour elle (2)

Les données sociodémographiques recueillies auprès des familles portaient entre autre sur la composition de la famille (type de famille, nombre d'enfant, âge des membres, etc.), le niveau de scolarisation des parents, l'emploi des parents, les sources de revenu familial, montant du revenu familial moyen ainsi que les services reçus à l'interne et à l'externe pour les parents et les enfants (voir Annexe A). En observant ces données, il est possible d'observer une prédominance de famille nucléaire. Outre ce facteur, les familles présentent de nombreuses caractéristiques qui les placent en situation de risque psychosociale (dont la négligence parentale). Par exemple, il est à noter que le nombre d'enfants par foyer est en moyenne de 3.5 enfants ce qui est plus

élevé que la moyenne générale des foyers du Québec soit 1.68 enfants (Girard et al., 2013). D'autre part, la moyenne de l'âge de la mère lors de sa première grossesse est de 21.25 ans (Tableau 2). Au Québec, en 2012, l'âge moyen des femmes lors de leur première grossesse était de 30.2 ans (Girard et al., 2013). De plus, le salaire moyen des familles de cet échantillon est relativement homogène. En général, les familles ont un revenu annuel d'environ 19 000\$. Parallèlement, le niveau de scolarité des parents est relativement semblable entre les pères et les mères. Les mères ont un niveau d'éducation moyen qui s'approche d'un secondaire 3 complété. Pour ce qui est des pères, le niveau d'éducation moyen s'approche d'un secondaire 4 complété. Il est aussi possible d'observer que la plupart des parents n'ont pas d'emploi. Seulement trois familles ont un revenu d'emploi ouvrier d'un des deux parents (ex. : cariste, restaurateur).

Tableau 2

Données sociodémographiques des huit familles répondantes

Id.	Nb enfant	Âge de la mère 1ere grossesse	Type de famille	Revenu familial	Plus haut niveau de scolarité	Emploi parent 1 / parent 2
P1	6	20 ans	Nucléaire	55 000\$ et +	Sec. 5	Restauration / sans emploi
P2	5	27 ans	Nucléaire	25 000\$ à 29 999\$	Sec. 1	Sans emploi
P3	2	24 ans	Monoparentale mère	20 000\$ à 24 999\$	Sec. 1	Sans emploi
P4	1	22 ans	Recomposée – mère	10 000\$ à 14 999\$	Université	Sans emploi

Id.	Nb enfant	Âge de la mère 1ere grossesse	Type de famille	Revenu familial	Plus haut niveau de scolarité	Emploi parent 1 / parent 2
P5	3	17 ans	Nucléaire	10 000\$ à 14 999\$	Sec. 3	Sans emploi
P6	4	20 ans	Nucléaire	20 000\$ à 24 999\$	Sec. Prof.	Préposé bénéficiaire / Cariste
P7	5	18 ans	Monoparentale mère	25 000\$ à 29 999\$	Sec. 4	Sans emploi
P8	2	22 ans	Nucléaire	10 000\$ à 14 999\$	Sec. 3	Cariste / sans emploi

2.2.2. Services reçus.

Quelques questions posées en entrevues ainsi que les questions portants sur les services reçus présents dans le document sociodémographique, ont permis de documenter les services reçus par les parents et les enfants au sein des CPSC. Premièrement, en ce qui a trait aux enfants, des services avec la psychoéducatrice, la travailleuse sociale, l'éducatrice, l'orthophoniste, la musicothérapeute et l'art thérapeute sont offerts. De plus, les activités de la Ruelle, de l'Hélium, des groupes de stimulation ainsi que du Garage à Musique sont offerts aux enfants de l'étude. D'autre part, tous les parents ont mentionné que leur enfant participait aux journées cliniques. Ensuite, pour ce qui est des parents, ils ont nommé participer aux journées cliniques et d'avoir les services de la psychoéducatrice ainsi que de la travailleuse sociale. En majorité, les deux parents (père ou conjoint) participent aussi aux rencontres avec les professionnels.

De plus, des questions ont été posées afin de savoir si la famille recevait des services de la part d'autres centres ou institutions. Ces services concernent essentiellement les enfants et le milieu scolaire (orthopédagogue, orthophoniste et aide aux devoirs), social institutionnel (travailleuse sociale au CSSS) et en protection de la jeunesse) ainsi qu'hospitaliers (services médicaux et psychiatriques). Pour ce qui est des parents, la plupart reçoivent aussi des services à l'externe, plus particulièrement au niveau du CSSS, de la protection de la jeunesse ainsi que des services communautaires (aide alimentaire, aide vestimentaire et services de répit).

2.3. Collecte de données

Un questionnaire sociodémographique a été administré au début des entrevues à chaque participant afin de connaître leurs caractéristiques (voir Annexe A). Ces informations permettent d'obtenir des statistiques descriptives sur les parents participant à l'étude et de contextualiser l'analyse des entrevues.

Par la suite, des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès d'un parent. Ces entrevues sont d'une durée d'environ d'une heure. La grille a été élaborée selon quatre thèmes généraux (voir Annexe B). L'utilisation d'entrevues semi-dirigées permet de laisser le parent parler de son expérience tout en centrant l'entrevue sur des éléments thématiques (Deslauriers, 1991). De plus, des questions d'approfondissement sont incluses dans la grille d'entrevue afin d'aider le parent à pousser sa réflexion.

Le premier thème permet d'obtenir le point de vue des parents quant à l'accueil et à la raison de leur venue en CPSC ciblé. Dans cette première section, il est possible de retrouver des questions principales, des questions complémentaires et des questions de

clarification, advenant que les parents n'abordent pas les aspects recherchés (voir Annexe B).

Le deuxième thème permet d'aborder l'implication des enfants et des parents dans les différents services reçus au CPSC. Encore une fois, des questions principales, complémentaires et de clarification sont présentes (ex. : «*Est-ce que vous sentez que votre opinion est importante pour les intervenants du CPS?*»).

Le troisième thème permet, à l'aide d'un exemple concret, d'obtenir de l'information sur leur perception sur les différents services reçus en lien avec l'attitude des intervenants. L'utilisation d'un événement marquant positif est utilisée pour bien comprendre les faits. Le but est ainsi de comprendre en profondeur l'expérience concrète de l'enfant ou du parent à l'aide de questions (ex. : «*Durant cet événement, est-ce que votre-vos enfants ou vous-même, vous sentiez capable d'avoir de l'influence pour que les choses se déroulent comme vous le souhaitiez?*»).

Dans cette section, il y a présence de questions principales et de questions complémentaires. Il n'y a pas de questions de clarification, car elles sont implicitement incluses dans les questions complémentaires.

Finalement, la quatrième section permet d'obtenir une vision générale de leur perception des changements observés chez leurs enfants et au sein de la famille à la suite des services reçus de la pédiatrie sociale en communauté (ex. : «*Depuis votre implication au CPSC, avez-vous observé des changements chez votre-vos enfants?*»).

2.4. Déroulement des entretiens

Pour ce qui est de la réalisation des entretiens, les parents avaient le choix de se déplacer au CPSC ciblé (4) ou le chercheur se déplaçait à domicile (4). Lors des entretiens, les objectifs de la recherche ainsi que le formulaire de consentement ont d'abord été présentés aux parents (voir Annexe C). Ce formulaire inclut les critères de confidentialité et d'anonymat de la recherche ainsi que les droits de retrait en tout temps de celle-ci. Avant de commencer les entrevues, les participants devaient compléter le questionnaire sociodémographique avec l'aide du chercheur. Avant de partir l'enregistrement, un laps de temps était offert aux parents pour répondre à leurs questionnements quant à la recherche. À la fin, une fois le magnétophone éteint, les parents disposaient de quelques minutes pour ventiler sur leur expérience et un rappel des ressources à leur disposition était fait (intervenants du CPSC et numéro de téléphone du chercheur). Enfin, afin de reconnaître leur contribution à la recherche, les participants ont reçu une compensation monétaire de 25\$.

2.5. Analyse de données

Le type d'analyse privilégiée est l'analyse de contenu. Celle-ci permet de rechercher les informations, d'en dégager du sens, de formuler et de classer ces informations. Elle a été réalisée en quatre étapes. Premièrement, la retranscription intégrale de chacun des entretiens est réalisée par une personne d'expérience (transcription des verbatim). Par la suite, une lecture approfondie de chacune de ces transcriptions a été réalisée afin de connaître en profondeur les propos de chaque participant. De plus, comme des regroupements automatisés sont souhaités, des notes sont prises afin de relever des indices qui seront utiles lors de la catégorisation des

pires. Par la suite, des unités globales de sens ont été construites en lien avec les éléments de la grille de codification. Les aller-retour entre ces éléments permettent de détecter les données manquantes, d'obtenir des précisions nécessaires pour une bonne compréhension et aussi de vérifier les premières conclusions (Gavard-Perret & Helme-Guizon, 2008; Mukamurera et al., 2006).

Afin de faciliter la codification, le logiciel d'analyse de données qualitatives NVivo (version 9) a été utilisé. Ce logiciel crée une arborescence et repère dans le corpus les segments du discours en fonction des unités de sens tirés du cadre conceptuel. Ensuite, le regroupement et la catégorisation de ses segments sont faits afin de pouvoir interpréter les données sur la base des objectifs de recherche.

2.6. Considérations éthiques

La présente recherche s'intègre dans le cadre d'une recherche plus large portant sur l'analyse des particularités et des retombées de l'approche de pédiatrie sociale telle qu'implantée au Québec et de son intégration dans le système actuel des services sociaux et de santé. Cette recherche, financée par le FQRSC dans le cadre du programme des actions concertées qui a obtenu un certificat d'éthique du comité d'éthique de la recherche (CER) de l'UQO et du comité multicentrique du CJM-IU (Annexe D).

Lors de l'entrevue, les buts et objectifs de recherche ont été expliqués aux participants afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée. De plus, l'interviewer a pris le temps de lire le consentement avec chacun des participants et de leur expliquer leur droit quant à l'arrêt de l'entrevue, les personnes à appeler en cas de

questionnement, etc. Une copie de ce formulaire leur a été laissée et une autre a été conservée pour la recherche.

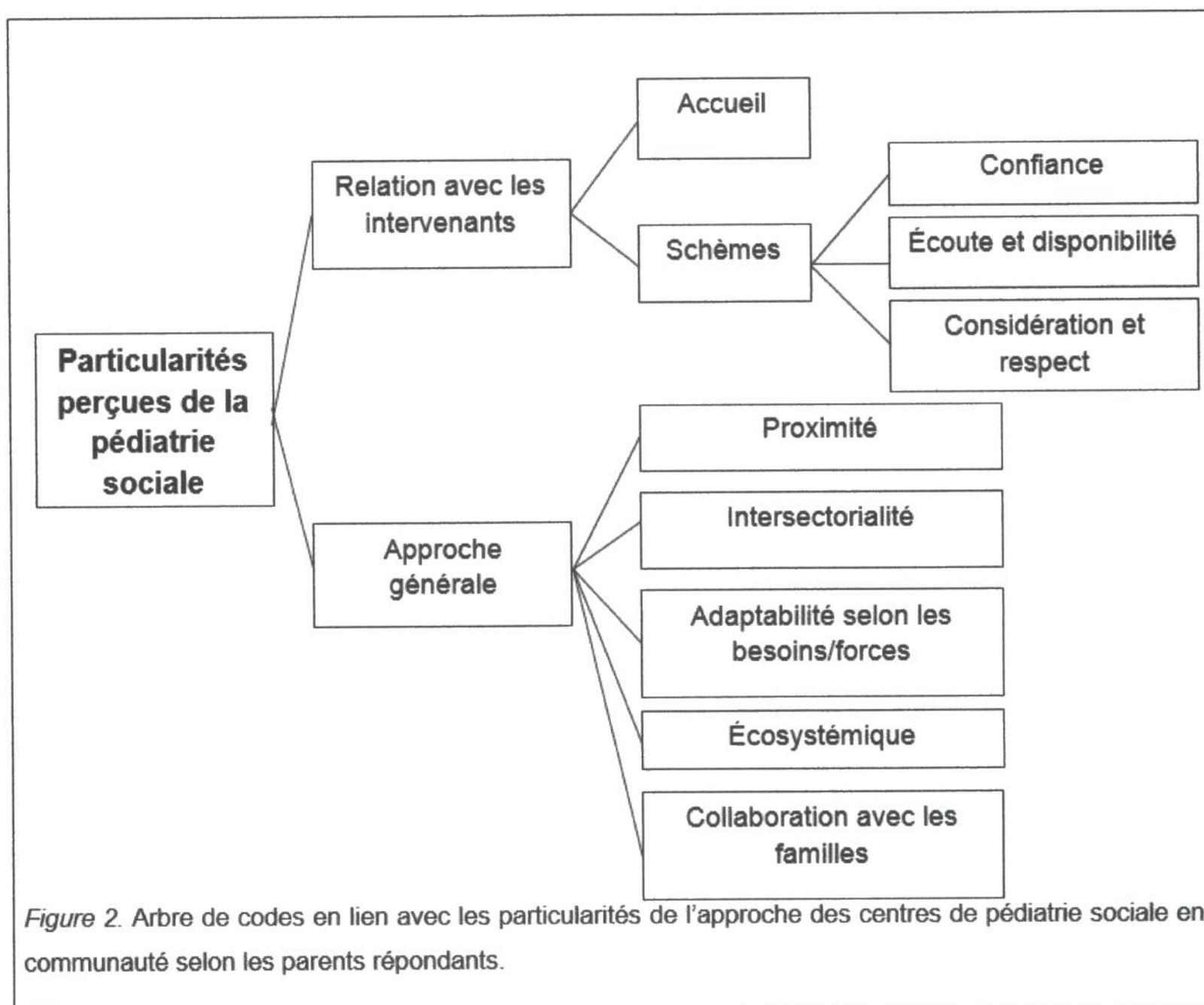
Afin de s'assurer d'une confidentialité, les verbatim ont été transcrits par une personne qui n'a aucun lien avec les participants et l'organisation. De plus, les noms n'ont pas été transcrits et des pseudonymes sont utilisés dans la recherche pour s'assurer d'une cohérence. D'autre part, les documents (verbatim et enregistrement audio) seront détruits la cinquième année suivant la recherche.

Chapitre 3. Résultats

Ce chapitre présente les données recueillies lors des entrevues semi-dirigées auprès des huit familles participantes de l'étude. Les résultats sont répartis en deux grands thèmes reprenant chacun une question de recherche. Premièrement, il y a les particularités de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté telles que perçues par les parents. Ensuite, il y a les retombées de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté telles que les parents bénéficiaires les perçoivent. Ces catégories seront présentées séparément afin de pouvoir explorer chacune des subdivisions de celles-ci.

3.1. Les particularités de l'approche des centres de pédiatrie sociale en communauté telles que perçues par les parents

De manière générale, l'analyse du discours des parents, concernant les particularités de la pédiatrie sociale en communauté, permet de faire ressortir deux éléments importants, soit la relation avec les intervenants et l'approche générale. De manière plus spécifique, la relation avec les intervenants porte sur l'importance de l'accueil et des schèmes relationnels alors que les éléments de l'approche générale misent sur l'importance de la proximité, de la multidisciplinarité, de l'adaptabilité selon les besoins et les forces, de l'aspect écosystémique ainsi que la collaboration avec les familles (voir Figure 2).



3.1.1. Les particularités au niveau de la relation avec les intervenants.

Dans cette section, les particularités en lien avec l'importance de l'accueil et des schèmes relationnels seront abordées selon le point de vue des parents.

3.1.1.1. Accueil.

L'analyse des verbatim révèle un élément du discours des parents qui revient à maintes reprises, soit l'importance qu'ils accordent à l'accueil qu'ils ont reçu du centre de pédiatrie sociale en communauté. Plusieurs éléments relatifs à cet accueil sont traduits dans le discours. Premièrement, des éléments en lien avec les sentiments que les parents ont lors du premier contact avec le centre. Effectivement, les parents

nomment se sentir à l'aise dans cette façon de faire : *«Je me suis senti accueilli. Je me suis senti à l'aise»* (P1). En lien avec ce dernier exemple, une famille fait ressortir des caractéristiques propres à l'accueil, ce qui est aussi présent dans le discours d'autres parents.

«Comme icitte, ils te garrochent pas d'un bord puis de l'autre, tu es pas garroché, tu es accueilli, mon Dieu, tu es accueilli comme chez vous, là. (...) C'est vraiment chaleureux, c'est amical. Tu vas arriver icitte, tout de suite à l'aise» (P4).

Le concept de convivialité et l'aspect chaleureux sont souvent repris par l'ensemble des familles interrogées. En plus de ces concepts, l'aspect familial est aussi soulevé. À la suite des lectures de verbatim, toutes les familles participantes nomment que le centre de pédiatrie sociale est comme une grande famille pour eux ou une deuxième famille. Les exemples qui suivent démontrent bien les pensées des parents en lien avec ces éléments : *«Quand tu rentres, c'est comme tu rentres chez vous, là. C'est carrément ça, là»* (P6), *«On dirait que c'est, moi, quand je rentre là, on dirait c'est comme une famille, on est comme une grande famille»* (P8). Le concept d'être comme à la maison et celui de l'aspect familial sont présents dans le discours des parents

Selon les parents, les enfants se sentent, eux aussi, comme s'ils étaient chez eux, *«Ils deviennent comme les rois de la place, comme on peut dire»* (P5). La vision des parents, en lien avec leur sentiment quant à l'accueil, est la même que leur perception des sentiments des enfants en lien avec l'accueil.

«Je sais que quand ils rentrent, ils sont contents, vraiment, là. Parce que je sais qu'avant on venait faire les ateliers avec [la psychoéducatrice] ici. Pour eux, ici, c'est signe jouer. Quand ils rentrent, ils savent que les jeux sont où, que les fruits sont là, que les biscuits sont là-bas. Tous les grands, ils prennent ça, ils prennent ça» (P3).

Dans l'exemple précédent, en plus d'exprimer les sentiments de l'enfant, le parent met de l'avant aussi le côté informel de l'accueil. En effet, il est possible de retrouver dans le discours des parents la description de moments où les intervenants et les enfants/parents partagent un moment par le biais d'un moyen de mise en relation non confrontant (partage d'un fruit, jus, café, etc.).

Dans leur discours, les parents reconnaissent que les CPSC offrent, même lors de la première rencontre, des activités/moments qui sont vraiment adaptés pour les enfants. Le parent, dans l'exemple suivant, compare même cet aspect à celui d'une garderie :

«C'est bien accueillie, parce que quand tu vas au [CPSC], ben, t'sais, il a à peu près, presque comme si ça serait une garderie, chez [CPSC], tu peux faire ce que tu veux. Tu peux prendre un café, tu peux prendre un jus, tu peux prendre un fruit. Puis c'est pas tous dans les choses de pédiatre que c'est comme ça» (P8).

3.1.1.2. Schèmes.

Parallèlement à l'importance de l'accueil, les familles ont ressorti l'importance du savoir-être des intervenants. À travers leur discours, trois schèmes relationnels sont abordés, soit la confiance qu'ils ont envers les intervenants, la disponibilité et l'écoute ainsi que la considération et le respect des intervenants.

Confiance.

En ce qui a trait à la confiance, il est possible de la retrouver sous plusieurs formes dans le discours des parents. Premièrement, certains parents nomment avoir une confiance envers les capacités des professionnels présents au centre de pédiatrie sociale en communauté, et ce, bien avant de les connaître directement : *«Puis d'après*

moi, il a une bonne réputation. J'avais confiance, puis ma femme avait confiance en lui» (P1).

D'autre part, la notion de lien de confiance transparait dans les dires des parents. À travers leur attitude, les intervenants inspirent la confiance : *«Ben, ils sont vraiment fins, vraiment je sais que je peux leur faire confiance» (P3).* Parallèlement à cela, les parents nomment aussi l'importance des gestes des intervenants pour faciliter la création de ce lien.

«Il nous a rendus à l'aise, il nous offrait du café, des petites affaires, ça nous a rendus ben plus faciles, à l'aise aussi, puis à communiquer plus facilement avec eux aussi» (P7).

Conséquemment au lien de confiance, les parents, au travers leur discours, nomment ce que peut amener ce lien : des confidences. Le premier exemple est très démonstratif de cette facilité, de la part des parents, à faire confiance aux intervenants du CPSC : *«La facilité de parler avec eux de nos problèmes autant que de nos joies, dans le fond. (...) Il y a comme un lien qui se fait entre les gens ici puis les enfants, c'est incroyable» (P5).* Les familles ne confient pas seulement les éléments en lien avec le suivi, mais bien toute leur vie comme le nomme celle-ci : *«Je me suis confiée beaucoup à [la psychoéducatrice], puis je pense que c'est toute ma vie, là» (P3).*

Des liens tellement forts se créent que : *«Je serais prête à leur laisser ma fille demain matin, puis je serais pas inquiète. Ça te dis-tu?» (P4).* Cette citation est représentative d'une grande marque de confiance envers les intervenants des CPSC que cette famille fréquente.

Disponibilité / Écoute.

Parallèlement à la confiance qu'ils éprouvent envers les intervenants, la disponibilité – physique et psychologique - de ces derniers et leur capacité d'écoute sont des schèmes relationnels soulevés par les familles à maintes reprises. À travers leur discours, les parents soulèvent la disponibilité de leur intervenant pour répondre à toutes les questions qu'ils peuvent avoir, peu importe le domaine. « (...) *la travailleuse sociale là-bas, je peux lui demander peu importe les questions, elle, elle va me référer à la bonne personne en tant que tel*» (P1). D'autre part, les parents nomment l'importance de la disponibilité, pas seulement de leur intervenant, mais bien de tous les intervenants du CPSC. Tous les intervenants sont disponibles pour l'ensemble des familles qui fréquentent le CPSC. Cet exemple le démontre bien :

«S'il y en a une qui est pas libre, c'est sûr que je peux avoir l'aide d'une ou une autre. Vraiment je viens ici puis je dis que ça va pas bien, vraiment, pour mes enfants, c'est sûr que je vais avoir de l'aide» (P3).

Par ailleurs, les parents abordent aussi la disponibilité de leur intervenant pour répondre à leurs besoins, même s'ils n'ont pas les ressources. Ils cernent les besoins et mettent en place les conditions nécessaires pour répondre à ceux-ci :

« Même je vais avoir une question de n'importe quel point de vue, je vais appeler [la travailleuse sociale], je vais lui demander : « Tu peux-tu m'aider pour ça? Y as-tu quelque chose qu'on peut faire pour ça? » « Oui, oui, oui » « Non, non, non ». Mais au moins elle est là, elle t'écoute puis elle cherche pour t'aider» (P4).

Dans cet exemple, la disponibilité et l'écoute sont soulevées par la famille répondante. Même si l'intervenant n'a pas les ressources pour aider la famille, celle-ci nomme l'importance de la présence de celui-ci pour les écouter et pour chercher des

ressources qui répondent à leurs besoins. Il est donc possible de remarquer l'interrelation entre ces deux schèmes (écoute et disponibilité).

Dans le même ordre d'idées, les familles nomment que les intervenants sont disponibles pour écouter leurs préoccupations et pour vérifier l'aide qu'ils peuvent leur amener. *«Ils prennent le temps de faire leur travail, ils prennent surtout le temps d'écouter qu'est-ce que t'as à dire, puis ils prennent le temps de vérifier puis de voir les choses»* (P4). Conséquemment à cette écoute, les parents nomment que ceci les aides beaucoup :

«Ils prennent le temps de te rencontrer, de t'aider dans tes démarches, puis ça encourage beaucoup. Quand tu es un peu perdu puis toute seule, ça encourage vraiment beaucoup. Moi, ça m'a aidée, en tout cas» (P5).

Considération / respect.

Le respect et la considération sont des schèmes relationnels qui se retrouvent à maintes reprises dans le discours des parents ayant participé à l'étude. Premièrement, ce qui ressort des dires des parents, c'est la prise en considération, de la part des intervenants, de ce que les parents disent ou pensent : *«[...] ma parole a du sens, et puis qu'on la prend en considération»* (P2). Dans cet exemple, le parent sent que ces paroles sont considérées. La considération des opinions différentes est aussi soulevée par les parents répondants. Cet exemple démontre cette considération d'opinion en ce qui a trait particulièrement à la prise de médication : *«Puis pour moi, c'était sûr que le Ritalin, c'était non, il a fallu qu'on trouve autre chose. Puis finalement, ils ont donné autre chose que ça, puis ça va bien, là»* (P3).

L'analyse du discours des parents révèle aussi que les intervenants respectent leur «valeur d'être» et leur unicité. Ils considèrent que la famille possède les capacités et les ressources pour bénéficier de la relation : *«ils te font pas passer pour des andouilles que personne connaît»* (P4).

D'autre part, la notion de respect inconditionnel est traduite dans le discours des parents. Effectivement, les intervenants considèrent la famille telle qu'elle est - avec ses forces, limites et événements du passé. L'exemple suivant appuie ce constat:

«Parce qu'il y a des choses que j'ai faites qui étaient pas correctes, puis j'étais gênée d'en parler, là, parce que je le sais que c'était pas correct de le faire, mais j'ai eu confiance puis j'en ai parlé, puis j'ai jamais été jugée comme quelqu'un de mauvais pour autant» (P5).

Par ailleurs, le sentiment de non-jugement qui règne dans les CPSC et qui est véhiculé par ceux-ci est ressorti dans le discours des parents : *«Tu es bien, tu te sens pas jugé, rien là. Même si tu as des problèmes, tu rentres en brillant ou en criant»* (P6). En plus du non-jugement, l'importance de connaître les familles dans toutes leurs facettes, permet une bonne considération. En effet, cet exemple le démontre : *«Il va plutôt t'aider, au lieu de juger la personne, il va apprendre à connaître la personne, puis après, il va t'aider»* (P7).

3.1.2. Les particularités au niveau de l'approche générale.

Pour ce qui est des particularités en lien avec l'approche d'intervention, les propos des parents montrent la présence d'éléments relatifs à la proximité, la multidisciplinarité, l'adaptation selon leurs besoins, l'aspect écosystémique et la collaboration avec les intervenants.

3.1.2.1. Proximité.

Dans le discours des parents, la notion de proximité du CPSC est souvent abordée. Deux éléments relatifs à cette proximité sont présents. Premièrement, la proximité se retrouve dans l'emplacement physique du centre. Effectivement, plusieurs parents nomment qu'ils sont venus chercher de l'aide au CPSC «(...) *parce que c'était proche*» (P2), parce qu' «(...) *il fait partie du quartier*» (P1). Selon ces parents, la proximité du lieu de service est un aspect important en lien avec le fait de venir chercher de l'aide et du soutien.

Par ailleurs, cette proximité peut aussi amener des questionnements de la part des parents. Un parent nomme clairement qu'il s'empêche de déménager parce qu'il ne pense pas retrouver cette proximité de services ailleurs.

«La seule chose aussi qui me déçoit un petit peu, c'est que c'est seulement [ce quartier]. (...) On dirait que ça m'empêche de déménager. J'ai pas envie de changer de quartier, juste parce que j'ai pas envie de perdre ici (...) Mon chum, il voulait qu'on déménage ...J'ai dit : « Mais voyons, si je déménage là, je vais tout perdre. J'aurai plus les ateliers, j'aurai plus ci, j'aurai plus ça. (...) C'est comme, c'est vraiment, vraiment beaucoup d'aide que je me dis : « Merde, si je m'en vais d'ici, je fais quoi? ». J'endure comme le reste autour, juste pour ici » (P5).

Le deuxième élément du discours fait référence à la proximité qui existe entre l'intervenant et la famille. Quelques familles nomment que l'aspect informel de certains moments (un camp familial, par exemple) permet aux familles et aux intervenants de se rapprocher et d'avoir une certaine proximité, comme s'ils étaient des amis. L'exemple suivant démontre cette caractéristique :

«C'est ça, non, on a eu vraiment du fun, on s'est amusés, on a eu des tonnes de plaisir, même avec les éducateurs en tant que tels, c'est comme si ça aurait été des amis de longue date» (P4).

Ce lien de proximité aide les intervenants et les familles à mieux se connaître comme le démontre cet exemple :

«Ils nous connaissent par cœur, on est comme des, pas des clients, mais du monde qui vient régulièrement. On apprend à se connaître, puis à savoir des choses d'un et de l'autre puis de les reconnaître» (P5).

Cet aspect de proximité est aussi aidant lorsque la famille a besoin d'aide et de ressources. Cette proximité aide la création du lien de confiance entre la famille et l'intervenant. Dans l'exemple suivant, la famille explique que la proximité (c'est comme une amie) favorise les confidences et l'entraide :

«Ben, ça l'aide pas mal, t'sais, quand que moi avec [la psychoéducatrice], c'est mon intervenante, puis pour moi, c'est une confidente, je me confie. C'est comme mon amie. Elle m'aide dans tout. Si j'ai un problème, je l'appelle, si j'ai un souci, je l'appelle, elle va m'aider» (P8).

3.1.2.2. Intersectorialité.

À la lecture des verbatim, la diversité des professionnels présents au sein du centre est souvent relevée par les parents. Les professionnels sont présents en grand nombre, mais aussi leur discipline est variée. *«La TS, le docteur (...), l'orthophoniste, [l'éducatrice], les activités. C'est à peu près ça, là» (P6).* En plus des services plus traditionnels, il y a présence de d'autres services comme peut le démontrer cet exemple avec la présence d'un art-thérapeute : *«Travailleuse sociale, il y a (...), qui est art thérapeute pour ma plus vieille. À part ça, c'est eux autres. Ouen, avec docteur (...)* (P7).

D'autre part, plusieurs parents ont abordé leur surprise lors de la première rencontre au CPSC. Une surprise due au fait qu'il y avait plusieurs professionnels présents autres que le médecin.

«Mais c'est ça, ben moi, j'ai été étonnée parce que moi, la première fois, je pensais que c'était juste un contact avec le médecin et le patient, alors qu'il y a une travailleuse sociale qui est là. Il y a parfois un autre médecin qui est là, là...» (P2).

Le second exemple démontre le sentiment des familles en lien avec le nombre de professionnels présents lors de certaines rencontres. En effet, les familles ne se sentent pas mal à l'aise devant les nombreux professionnels : *«Vraiment bien. Ils nous ont présenté tout de suite le personnel. C'était la première fois que je rentrais dans une salle qui avait autant de monde pour un docteur» (P5).*

3.1.2.3. Adaptation selon les besoins et forces.

Les parents, au cours des entrevues, ont fait ressortir l'importance de l'adaptation des activités en fonction des forces de leur enfant ainsi que de leur besoin. En effet, ils nomment que plusieurs activités ont pu être adaptées.

«Un moment donné, ben, la fois qu'il y avait l'activité de poésie, il m'a appelé : est-ce [que ton gars] pourrait être intéressé à ça? On verrait peut-être [ton gars] dans ça. (...) Il m'a dit : (...) son travail pourrait être transformé peut-être en humour. Faque on pourrait transformer ça, pour lui, faire une exception, pour transformer en humour, peut-être l'aider pour que ça ressemble un peu à un petit poème, mais humoristique. Tu sais, j'aime, ils sont pas tout steady, (...) ils trouvent tout le temps, ils essaient de trouver une alternative pour que ça fonctionne, là, je les trouve très minutieux aussi» (P1).

Cet exemple démontre bien l'adaptation d'une activité en fonction des forces d'un enfant. Une activité de poésie, à laquelle s'ajoute une touche d'humour, est une adaptation dans le but de faire participer cet enfant et ainsi de lui faire vivre des réussites.

Il en est de même dans le second exemple. En effet, le CPSC offre une activité sur l'estime de soi et utilise un médium qui permet à cette jeune de se réaliser :

«Ben, supposons un projet comme, je sais pas, moi, comme ma fille, elle est supposée de commencer un, c'est l'estime de soi par l'art. Elle aime beaucoup dessiner tout ça, puis elle a un talent réel là-dedans. Faque c'est sûr qu'elle dira pas non, on va dire, à ça. Elle se sent impliquée, là, oui» (P2).

Parallèlement à l'adaptation par le biais des forces de l'enfant, il y a aussi présence de l'adaptation en lien avec les besoins de l'enfant ou du parent. Dans cet exemple, le parent n'aime pas le type d'activité qui est proposée à sa fille. Il a donc proposé une activité qui, selon le parent, conviendrait mieux à sa fille :

«On voulait la mettre à la boxe, eux. Mais moi, j'ai dit non, la boxe. Premièrement, à mes yeux à moi, c'était pas pour une petite fille. Puis deuxièmement, j'aime mieux qu'elle fasse des cours de karaté, ou qu'elle fasse d'autre chose. Puis tout de suite, tu vois, on est arrivés ici puis on a eu le cours de karaté. C'était comme pas plus d'obstination que ça, là. Ils sont. Tu vas proposer des choses, ils vont proposer des choses, puis tu es pas obligé d'accepter puis c'est sûr que tu auras pas de crise» (P4).

Les trois exemples précédents dénotaient l'adaptation des activités de façon individuelle. L'exemple qui suit démontre que dans les groupes, il y a aussi de l'adaptation en fonction des besoins des parents. Cette famille souligne l'importance de cette adaptation sur son implication dans le groupe et sur le fait qu'elle revient aux activités.

«Donc, la première rencontre, c'est seulement pour parler, pour construire comme nos ateliers, décider quelles activités de parents qu'on va se préparer, parce que cette année, il y a plusieurs stations (...). Il va y avoir la station parents-enfants, la station repos, la station jeux, puis la station courir, puis toutes ces affaires-là, quand l'enfant a plus d'énergie. Mais c'est vraiment bien, parce que chaque enfant est différent, puis ils ont pas tous le même âge. Elle nous demande tout le temps qu'est-ce qu'on a envie de faire, pour que ça nous accroche puis qu'on ait envie de revenir, veux, veux pas» (P5).

3.1.2.4. Écosystémique.

Dans un autre ordre d'idées, les parents abordent, à travers leur discours, des éléments en lien avec l'aspect écosystémique de l'intervention. Les familles soulignent la présence de plusieurs professionnels présents au sein d'une même famille pour leur offrir toute l'aide nécessaire et pour répondre à tous les besoins dans les différentes sphères de leur vie. Une famille résume l'approche en disant : *«C'est comme un encadrement avec plusieurs personnes pour les ressources dont on a besoin»* (P5).

Dans le discours des parents, il est abordé que lors des rencontres, ce n'est pas seulement le côté médical qui est traité, mais bien toutes les facettes de l'enfant et de sa famille.

«Mais [le docteur] fait pas juste, c'est pas juste médical, son affaire. Il demande à l'enfant comment ça va à l'école, comment ça va à la maison. C'est pas juste médical, là, c'est vraiment toutes les sphères de sa vie à l'enfant, dans le fond, qui l'intéressent beaucoup» (P2).

Dans cet exemple, le parent nomme que les intervenants questionnent les enfants sur les différentes facettes de leur vie. D'autres parents ont nommé que des interventions avaient déjà été réalisées par les intervenants du CPSC dans d'autres sphères de la vie de l'enfant (école, famille, etc.).

En plus de nommer la diversité des intervenants présents dans différentes sphères de la vie de la famille, les parents abordent la versatilité des professionnels du CPSC. En effet, dans l'exemple qui suit, la famille nomme que c'est rare que dans une clinique il y ait de l'aide pour chercher un appartement par exemple:

«Quand tu as besoin d'aide, il y a tout le temps quelqu'un qui est prêt à t'aider. Je me verrais pas aller dans une clinique puis dire : « Ah, j'aurais besoin de trouver

quelque chose pour un logement ». Ici, il y a vraiment de tout, c'est hyper diversifié. (rire)» (P5).

3.1.2.5. Collaboration avec les familles.

Les parents ont fait ressortir, au travers leur discours, des éléments qui traduisent la collaboration entre les intervenants et les membres de la famille. Dans le premier exemple, il est mis de l'avant l'importance de prendre une décision ensemble en tenant compte des opinions et des croyances de chacun. Cet élément est abordé par plusieurs parents :

«Comme [Le docteur] me disait : si tu vois que ton enfant est comme veg, le médicament va être trop fort, on va l'ajuster avant de pouvoir vraiment établir, donner une prescription, nous en parler de comment ça a agi sur lui. (...) Il nous a comme mis à l'aise dans ça. (...) Puis on a pris la décision ensemble : oui, on est d'accord. Ma femme, quand elle avait été, le [docteur] avait dit : prends-en un à la fois, savoir, savoir si ça va marcher» (P1).

En plus d'amener des éléments directement en lien avec la collaboration, des familles parlent aussi l'importance de considérer le point de vue de toutes les personnes concernées pour une bonne collaboration. D'un côté, les intervenants prennent le temps d'expliquer toutes les facettes de l'intervention pour que les parents comprennent bien et ils prennent aussi le temps de bien comprendre le point de vue du parent : *«[...] ils prennent le temps de voir ton point de vue à toi, puis de comprendre si on peut se mettre d'accord ou pas» (P4).*

À travers le discours des parents, la notion de collaboration est associée à la communication entre intervenants et parent. Le premier exemple démontre que la communication est importante pour ces derniers :

« [La TS] puis [la psychoéducatrice], vraiment, elles ont été là, oui, pour me faire mon signalement, mais elles m'ont expliqué le pour et le contre, pourquoi elles m'avaient fait un signalement. J'ai compris, puis vraiment, c'est la communication entre les intervenantes et les parents. S'il y avait pas de communication comme qu'ils ont avec les parents, peut-être que ça fonctionnerait pas, mais il y a tout le temps de la communication» (P7).

Par ailleurs, en lien avec la communication, les parents nomment qu'ils se sentent impliqués dans la prise de décision lorsque des choix leur sont offerts. Les notions de collaboration et de choix sont traduites dans cet exemple.

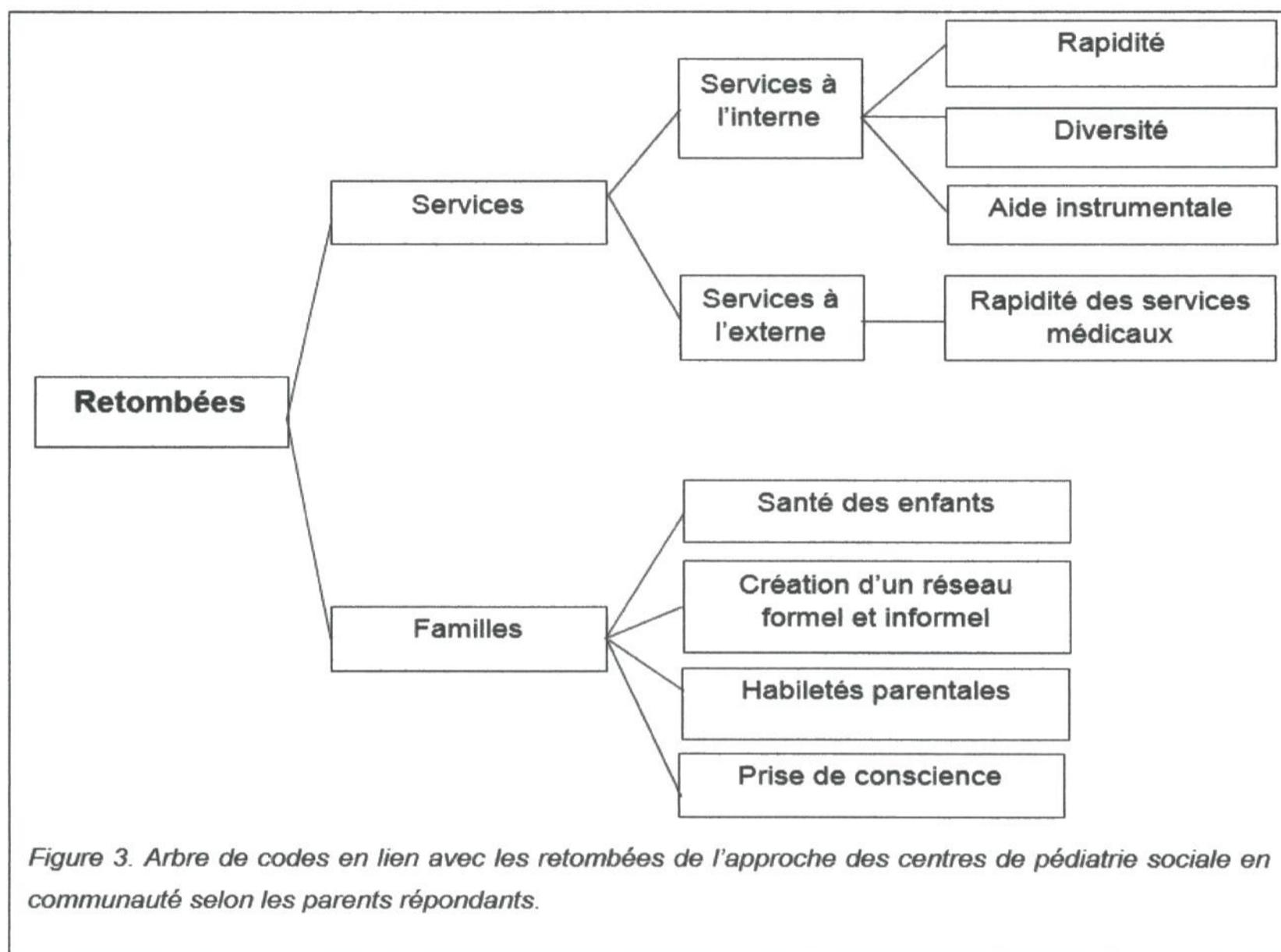
«Puis ben des fois, il va t'arriver puis il va dire : « J'ai deux choses à te proposer, ou trois choses à te proposer. Laquelle que tu aimerais? » « OK, tu veux-tu avoir les suivis ici? Ou tu veux les avoir à l'hôpital direct? ». C'est vraiment, on est embarqués» (P6).

En considérant ces exemples, il est possible de constater que le discours des parents traduit les notions relatives aux particularités de l'approche générale. Ils reconnaissent les particularités au niveau de la proximité, de la multidisciplinarité, de l'adaptabilité des services selon les besoins ainsi que selon les forces et de la collaboration avec les familles.

3.2. Les retombées de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté telles que perçues par les parents

Globalement, l'analyse du discours des parents, concernant les retombées de la pédiatrie sociale en communauté permet de faire ressortir deux éléments importants, soit les retombées en lien avec les services et celles en lien avec la famille. Plus spécifiquement, les retombées sur les services portent sur l'importance de leur rapidité, diversité et de l'aide instrumentale à l'interne ainsi que de la rapidité des services médicaux à l'externe. D'autre part, les retombées sur la famille portent sur la santé des

enfants, la création d'un réseau (formel et informel), le développement d'habiletés parentales ainsi que la prise de conscience (voir figure 3).



3.2.1. Les retombées au niveau de l'organisation des services.

Dans cette section, les retombées sur les services à l'interne, c'est-à-dire les services offerts par les intervenants des CPSC, ainsi que les services à l'externe seront abordés.

3.2.1.1. Services à l'interne.

En ce qui a trait aux retombées sur les services à l'interne, les parents ont identifié à travers leur discours, trois grands axes, soit la rapidité d'accès et la diversité

des services présents en pédiatrie sociale en communauté et l'aide instrumentale offerte aux familles.

Rapidité.

Dans leur discours, les parents font ressortir des éléments en lien avec la rapidité d'accès aux services à l'interne qu'ils ont reçu au sein du CPSC. La rapidité d'accès peut être perçue sous plusieurs formes. Premièrement, la rapidité d'accès aux interventions du CPSC a été soulevée par les parents comme le montre l'exemple suivant:

«Je me sens plutôt heureuse, parce qu'il faudrait que j'aie à l'hôpital, ben, six mois, un an, deux ans d'attente. On peut pas attendre quand l'enfant a les idées noires, la. Quand là, il y a juste un mois ou deux de délai» (P2).

Dans le même sens, les parents soulignent la rapidité à laquelle ils peuvent prendre un rendez-vous lorsqu'ils ont une inquiétude en lien avec leur enfant. Cet exemple démontre cet aspect.

«C'est super, parce que sinon, attendre même dans les cliniques aujourd'hui. Présente-toi dans une clinique, tu vas attendre des heures et des heures. Tu appelles (...), la secrétaire : « [Secrétaire], je sais pas qu'est-ce qu'il a, il a des boutons partout ». Moi, mes filles ont jamais eu de picotte, varicelle. Là, je suis arrivée au bureau, puis il me l'a dit : « C'est un début de picotte ». La rapidité avec eux autres, c'est super» (P7).

Enfin, il est possible de noter que la rapidité d'accès entraîne des conséquences sur la perception des services de la part des parents :

«Tandis qu'ici, on a les services plus rapidement, puis ils n'aisent pas. J'ai l'impression que leur priorité, c'est vraiment d'aider les familles, puis c'est pas de les naiser puis de les faire poireauter. Ils vont dire l'heure juste, puis ça va être ça, puis ça va bien aller» (P4).

Diversité.

En plus de faire ressortir des éléments en lien avec la rapidité d'accès aux services à l'interne, les parents parlent de l'importance de la diversité des services offerts par les professionnels du CPSC. Plusieurs types de service sont mis de l'avant par les parents; des services individuels, de groupe, spécialisés, etc. Le premier exemple démontre bien la diversité des services offerts auprès d'un même enfant :

«Mon deuxième qui a vraiment comme, qui a des différents blocs, qui fait partie du bloc hippique, qui fait partie du bloc, qui a fait partie du bloc poésie, mais il fait partie de différents, ah oui, il fait partie du Garage à musique aussi» (P1).

Des services plus spécialisés sont aussi offerts aux enfants. Dans l'exemple précédent, les services de groupe étaient mis au premier plan. Dans l'exemple suivant, les services individuels sont aussi présents.

«De la musique, du tutorat, il va y avoir, il y a eu un camp de stimulation pour une de mes filles, puis lui, ben là, il va commencer avec [la psychoéducatrice] aussi, en stimulation, avant de commencer l'école» (P7).

En plus de la diversité des services, les parents décrivent la diversité des activités plus ludiques auxquelles leurs enfants ont accès. L'exemple suivant illustre cet aspect.

«Les activités de la ruelle, elle a eu l'aide aux devoirs, là, elle l'a plus parce qu'elle en a plus besoin. Elle a des cours de danse, elle a des cours de karaté, elle a des cours de peinture, elle a des, quand ils allent au camp, quand ils font des sorties, quand ils allent à la piscine» (P4).

Parallèlement aux activités offertes entre les murs du CPSC, le centre offre des activités aux familles qui se déroulent à l'extérieur. Les familles bénéficient de plusieurs activités, mais nomment plus particulièrement : *«Jardin botanique aussi, aller voir l'exposition, je pense, de citrouilles, l'exposition de citrouilles qu'il y avait à l'Halloween.»*

(P1), «*Puis aussi, j'étais allée à la Magie de Noël cette année, avec les deux enfants*» (P3) et «*(...) les activités qu'il a, c'est du patin*» (P8).

En bref, le discours des parents révèle la présence de retombées des services à l'interne en termes de diversité ainsi que de rapidité d'accès.

Aide instrumentale.

En plus des retombées directes sur les services offerts aux familles, des retombées au niveau de l'aide instrumentale peuvent être observées dans le discours des parents. En effet, plusieurs familles ont nommé avoir reçu de l'aide instrumentale (don de matériel, vêtement, cadeaux de Noël, etc.) ce qui les aidait à arriver financièrement. Un service de cadeaux de Noël est offert aux familles comme peut le démontrer cet exemple :

«Comme moi, j'ai pas beaucoup, beaucoup de sous, puis avec trois enfants, c'est quand même difficile aux fêtes, à Noël, ces affaires-là. Puis eux, ils nous offrent, à chaque enfant, ici, à Noël, on a droit de venir chercher des cadeaux pour nos enfants, dans le sous-sol» (P5).

En plus des cadeaux de Noël, certaines familles nomment avoir aussi reçu de l'aide alimentaire durant cette période. Cet exemple démontre bien comment cette aide a été appréciée.

«Les cadeaux, j'en avais. Puis la bouffe. La bouffe, c'était pas ça qui manquait. C'était comme, regarde, wow! J'étais dans une passe creuse, voilà une couple d'années. Puis mettons que c'était apprécié» (P6).

De l'aide au niveau des soins de santé physique est aussi offerte. Les soins dentaires et ophtalmologiques entre autres comme peuvent le démontrer ces exemples.

«Il y a aussi ça, (...), qu'est-ce qu'il fait, c'est des lunettes. Oui, parce que ça coûte très cher. C'est comme 6-700 piastres les paires de lunettes. Donc, lui, il fournit tout» (P7).

«C'est comme les broches à [ma fille], c'est lui qui paie 6 000 dollars. Elle va se faire poser ses broches dans pas long. Déjà ça que je sauve» (P7).

Par ailleurs, de l'aide pour soutenir les couples est présente. Que ce soit en leur offrant des sorties ou du répit. Le premier exemple fait part des sorties que le couple peut avoir pour se rapprocher.

«Ah oui, aussi, je pense c'est l'année passée, [ma psychoéducatrice] m'a offert des billets pour aller voir un show (inaudible) parce que comme moi puis mon conjoint, on fait pas beaucoup de sorties par rapport que mon gars, il est super actif, alors il y a pas beaucoup de monde qui veut le garder. La première fois qu'on est allés, on est sortis, la première fois, ma fille, elle avait quatre mois. Mais [ma psychoéducatrice], elle essaie toujours qu'on fasse une activité, parce que sinon, on s'éloigne, dans des cas comme ça. (rire)» (P8).

Le second exemple aborde un service de répit offert aux parents à bout de souffle.

«Ils m'ont, comme là, quand je disais que j'étais tout le temps épuisée puis tout, ils m'ont faire avoir du répit pour mes enfants, parce que je connaissais pas ça. Ils m'ont fait apprendre ça» (P8).

Finalement, voici un exemple parlant des retombées de l'aide instrumentale. La famille explique que l'aide reçue pour la garderie permet d'investir l'argent dans les besoins de base (nourriture).

«[Je ne veux pas déménager] La garderie va me coûter un prix de fou. J'ai pas les moyens de payer la grosse garderie (...) Fait que ça me sauve ça pour le manger des enfants» (P5).

3.2.1.2. Services à l'externe.

L'analyse du discours des parents montre que leur présence au sein du CPSC leur permet d'avoir un accès à des services à l'externe, et particulièrement à des services médicaux qu'ils n'auraient pas autrement.

Rapidité.

Dans le discours des parents, la rapidité d'accès aux services médicaux à l'externe est mise de l'avant. La rapidité est perçue autant dans les services de soins, le transfert de dossier et la transmission de résultats.

Premièrement, les parents nomment une rapidité d'accès aux soins et services. C'est ce que démontre cet exemple en misant aussi sur l'aide qu'amène cette rapidité.

«Mais, t'sais, au moins avec [les hôpitaux régionaux] qui est relié, il [l'enfant] a pu au moins marcher, il court, là, t'sais. Il y a des choses que c'est très difficile, mais au moins, j'ai pas été obligée d'attendre puis attendre longtemps la liste. Ça va un petit peu plus vite quand on parle avec [le docteur], il fait plus vite les choses» (P8).

Ensuite, la rapidité est aussi présente lors d'échange d'informations. En effet, dans cet exemple la famille aborde cet aspect en plus de celui de la rapidité lors de la prise de rendez-vous.

«Puis là, il me manquait un dossier pour [ma fille], puis [le docteur], quand je l'ai appelé, deux secondes après, l'hôpital m'a rappelée, ils m'ont tout de suite donné mon rendez-vous le 20 mars. J'ai même pas attendu» (P7).

Outre pour l'accès aux services et la rapidité du délai d'attente pour voir un professionnel, la rapidité se retrouve aussi, selon les parents, dans la remise de résultats. L'exemple suivant démontre cet aspect de la rapidité :

«Ben à part l'hôpital (...) là. À cause que [le docteur] fait affaire là. C'est là qu'ils passent tous les tests, mes enfants. Quand ils ont affaire à passer des tests, ils les passent là, vu que [le docteur] fait affaire là, faque là, ils ont le résultat tout de suite» (P6).

3.2.2. Les retombées au niveau de la famille.

3.2.2.1. La santé physique et psychosociale des enfants.

En ce qui a trait aux retombées directes sur la famille, les parents abordent les retombées sur la santé physique et psychosociale de leurs enfants bien qu'il ne s'agit pas de la retombée la plus dénotée.

Certains parents perçoivent des retombées sur l'aspect physique global de leurs enfants. Pour reprendre leur parole : *«Ils sont plus en santé» (P6)*. Des changements au niveau de la condition physique des enfants sont aussi mis de l'avant par les parents.

« [Mon gars], lui, tu vois, un changement au point de vue physique, c'est sûr qu'il a l'air plus en forme, parce que l'autre qui va à [Centre x], au point de vue ils font du conditionnement physique, ils font de la natation, faque il a l'air plus en forme un peu plus» (P1).

De plus, l'accès à tous ses services influence la santé des enfants. Dans l'exemple suivant, un enfant a pu apprendre à ramper et à marcher :

«Oui, parce que [le docteur] a fait affaire que [mon gars], il puisse avoir un casque pour sa tête. J'ai pu avoir des services plus vite pour faire, montrer à [mon gars] comment marcher puis tout, parce qu'il a commencé vraiment vieux, il avait un an, à ramper. Un an et demi à peu près pour marcher» (P8).

Dans l'exemple précédent, la famille a remarqué des développements au plan moteur chez leur enfant. Dans l'exemple qui suit, la famille constate des changements au niveau du développement langagier de l'enfant à la suite des services : *«Puis aujourd'hui, elle va quand même mieux, elle parle. Et ç'a pris quatre ans pour qu'elle puisse parler» (P7).*

Parallèlement à l'amélioration de la santé physique des enfants, certains parents rapportent des changements sur le plan de l'amélioration de la santé psychosociale de ceux-ci. Ces retombées sont beaucoup plus subtiles et peuvent même être considérées comme des retombées collatérales de la santé physique.

«Euh, ben depuis la semaine passée, ma fille est beaucoup plus souriante, parce que, comme que je t'ai dit tout à l'heure, elle voit la lumière au bout du tunnel» (P2).

Finalement, des retombées au niveau des comportements des enfants sont aussi traduites à travers le discours des parents. Dans l'exemple suivant, le parent nomme que conséquemment aux services reçus, ses enfants sont plus calmes : *«Ben, c'est sûr qu'avec toute l'aide que j'ai reçue (...) Ils sont beaucoup plus calmes» (P3).* Un autre parent rapporte que sa fille est devenue plus autonome depuis qu'elle participe aux activités, entre autres à l'activité de cuisine :

«Même les cours de cuisine, t'sais, tu vas faire des cours de cuisine, (...) Je te dirais même ma fille, elle était tellement fière d'être chef cuisinière pour la semaine! C'était : « Eille! Wow! Je sais faire de la bouffe! » (...) Puis même en plus, ça apprend à l'enfant à être autonome» (P4).

3.2.2.2. Les habiletés parentales.

D'autre part, les parents interrogés nomment que les services et l'aide qu'ils ont reçus ont permis des retombées sur eux en tant que parents. *«Ben, c'est sûr qu'avec toute l'aide que j'ai reçue, oui, là. Dans le fond, c'est évident, là. Ils sont beaucoup plus calmes, puis même moi, j'ai beaucoup changé aussi, là» (P3).* Ces parents ont changé et ont amélioré leurs habiletés parentales en particulier en ce qui a trait à la discipline :

«Vraiment, parce que la discipline avant, comment je pourrais dire ça, c'était pas mon fort, vraiment. Fait que là, astheure, j'en ai une, puis je suis plus ferme, puis les enfants sont beaucoup plus calmes, même s'ils sont encore bruyants» (P3).

En plus d'avoir acquis plus d'habiletés en ce qui a trait à la discipline, les parents abordent aussi la question de l'autorité parentale. Dans l'exemple suivant, le parent avance cet aspect en disant que l'aide reçue lui a permis cette amélioration.

«Puis je te dirais que même au point de vue de l'autorité, j'avais ben de la misère. C'était plus [ma fille] qui me runnait, que moi, je pouvais dire à [ma fille] : « Ben là, [ma fille], si tu pouvais écouter » ou quoi que ce soit. Oui, ils m'ont beaucoup aidée, beaucoup aidée» (P4).

Les parents ont donc appris sur les habiletés parentales. Une famille le nomme clairement.

«J'ai appris les capacités parentales, j'ai appris des choses, ben, pas mal de choses que je savais pas. Avant, j'étais comme plus down, alors, ils m'ont montré pourquoi que j'étais down» (P8).

3.2.2.3. Briser l'isolement.

L'analyse du discours des parents permet de faire ressortir les retombées des services de la pédiatrie sociale sur la création d'un réseau formel et informel. La création d'un réseau peut être considérée sous deux angles. Premièrement, ceci permet aux familles de briser l'isolement (par un réseau formel et informel) en les faisant sortir de chez eux comme le démontre cet exemple.

«Puis moi aussi, c'est que ça me fait sortir de la maison. Puis je suis une fille qui est trop renfermée, j'ai pas d'amis. J'ai genre, ma sœur puis une amie. Je sors jamais à part pour aller chez ma sœur ou dans ma famille. C'est comme très limité comme réseau. Ici, c'est comme mon seul autre réseau à part la famille» (P5).

Encore en ce qui a trait à la création d'un réseau (briser l'isolement), un parent l'aborde en nommant que le bris d'isolement se fait aussi avec le réseau formel. Le

CPSC est ainsi perçu comme une place où les parents peuvent venir chercher de l'aide, mais aussi se créer un réseau, donc briser leur isolement. Selon ce parent, il ne s'agit pas seulement d'un endroit qui permet tout ça, mais le meilleur endroit qu'il soit.

«Il y a pas vraiment grand-chose à dire, à part que c'est un endroit vraiment génial pour toutes les familles qui sont en besoin d'aide, ou même que seulement ils ont besoin d'un réseau, c'est vraiment la meilleure place» (P5).

Deuxièmement, l'analyse du discours des parents rend compte de la notion de filet de sécurité – services présents pour assurer la sécurité des familles en tout temps – de la part du réseau formel, qui est perçue comme étant rassurante pour les parents dans leur démarche et dans la continuité des services.

«Ben, c'est qu'on en sort avec un poids de moins, tu sais, on se défoule, on a ce qu'on a à dire, puis quand on sort, ben, (sourir) ça fait du bien, puis les gens sont là pour nous aider. C'est comme une petite machine, tu sais. On en sort avec un poids de moins» (P2).

En lien encore avec la notion de filet de sécurité, le fait de se sentir soutenu est présent dans le discours des parents. Cet exemple démontre l'importance de ce soutien de la part du réseau formel.

«Que ce soit pour n'importe quoi, je te dirais que c'est important, c'est hyper important, puis on sait qu'on a quelqu'un en arrière sur qui qu'on peut compter. C'est ça qui est le fun. C'est ça» (P4).

Comme le démontrent les exemples, les parents nomment plus la présence et l'importance du réseau formel – intervenants- autour d'eux et de leur famille.

3.2.2.4. Prise de conscience des parents et de contrôle sur leur vie.

D'autre part, dans le discours des parents, la notion de prise de conscience et de reprise de contrôle sur leur vie, est considérée comme une retombée sur la famille. Plusieurs parents indiquent être conscients qu'ils n'auraient pas leurs enfants

aujourd'hui s'ils n'avaient pas repris le contrôle sur leur vie et pris conscience de leurs rôles de parents. L'exemple suivant démontre bien cela :

«Quand j'ai eu un signalement de la DPJ par [la travailleuse sociale], (...) c'est que j'étais en détresse. Je leur en veux pas, vraiment, il fallait que je me replace les pieds, sinon j'étais en train de tout perdre. Puis c'est ça que j'ai fait, je me suis relocalisé les pieds, j'ai lâché la drogue, et puis, j'ai foncé de l'avant, là. Sinon, j'aurais peut-être pas mes enfants aujourd'hui, avoir tout fait le chemin que j'ai fait là, j'aurais peut-être pas les enfants. C'est le Cercle. (...) Puis ça, ils me l'ont fait comprendre, puis c'est pour ça que je suis plus forte aujourd'hui» (P7).

Les parents interrogés sont conscients que les services reçus les ont aidés à reprendre le contrôle sur leur vie. Pour plusieurs parents, cela se traduit par le fait qu'ils ont réussi à conserver la garde de leurs enfants malgré la présence de la DPJ dans leur vie comme peut le démontrer ces trois exemples:

«Mais si j'aurais pas eu [le docteur] avec toutes les ressources qu'ils m'ont montrées, avoir mes capacités parentales, ben, je serais pas, je connaîtrais pas ben, ben grand-chose maintenant. Puis peut-être que j'aurais comme perdu mes enfants» (P8).

«Parce que moi, je te dirais ben franchement, des fois, si je les aurais pas eus, je me demande si j'aurais encore ma fille aujourd'hui, puis qu'est-ce que je serais devenue aujourd'hui» (P4).

«Sauf que s'ils avaient pas été là, vraiment, je crois que j'aurais été toute seule contre une grosse gang, vraiment, tu sais, la DPJ. Puis je crois pas que j'aurais pu vraiment avoir qu'est-ce que j'ai eu aujourd'hui. Ou sinon, peut-être, mais ça aurait été dur, dur, dur, vraiment, de faire valoir mes preuves, puis tout, là» (P3).

D'autre part, en plus de la prise de contrôle sur leur vie, les parents nomment qu'ils sont maintenant conscients des problèmes de santé de leur enfant. Ceci les aide à comprendre les manifestations, les interventions nécessaires et les changements que ça apporte.

«Puis finalement, on a réussi à comprendre que [mon gars] ne crée pas d'endorphines. Puis il m'a dit : « J'ai déjà vu un cas dans ce genre-là, je vais te

prescrire quelque chose pour que tu essaies. Si ça fonctionne, c'est en vente libre. ». Il m'a prescrit la mélatonine. Mon garçon a commencé à faire ses nuits à partir de là» (P5).

Finalement, les parents nomment que le fait de mieux comprendre leur enfant avec ses difficultés les a aidés à gérer les comportements de celui-ci. Il s'agit d'une autre retombée en lien avec la prise de conscience des parents.

«Quand on sait qu'est-ce que notre enfant a, c'est moins rushant que quand tu sais pas qu'est-ce que ton enfant a. Au moins quand tu sais qu'est-ce qu'il a puis les difficultés qu'il a, ben, tu es capable de gérer avec ça après. Quand tu le sais pas, tu veux aider ton enfant, mais tu es impuissant, parce que tu sais pas c'est quoi qu'il a» (P6).

En considérant ces exemples, il est possible de constater que les parents, à travers leur discours, identifient des retombées de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté. Des retombées sur les services, à l'interne autant qu'à l'externe et sur leur famille – santé des enfants, acquisition d'habiletés parentales, création de réseaux ainsi que prise de conscience – ont été ressortis du discours des familles.

En définitive, ce chapitre a permis de faire ressortir les éléments du discours des parents relatifs aux particularités de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté ainsi qu'aux retombées sur les enfants, les parents et les familles qui reçoivent des services depuis au moins un an.

Chapitre 4. Discussion

Ce chapitre présente une analyse des résultats qui ont été exposés dans le chapitre précédent. Ceci permettra de revenir sur les objectifs de l'étude qui concernent la perception des parents des services qu'eux-mêmes et leurs enfants reçoivent depuis au moins un an en pédiatrie sociale en communauté. Dans un premier temps, le discours des parents sera analysé sous l'angle des particularités de l'approche promue par la pédiatrie sociale en communauté. Dans cette section, les particularités de la relation avec l'intervenant et les particularités de l'approche générale seront abordées. Dans un second temps, les liens entre les particularités et les retombées de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté telles que perçues par les parents seront discutés. Finalement, les limites de l'étude seront discutées et des recommandations en lien avec la pratique psychoéducative seront présentées.

4.1. Lien entre le discours des parents et l'approche promue par la pédiatrie sociale en communauté

En premier lieu, les résultats de cette étude montrent que l'approche promue par la pédiatrie sociale en communauté est bien traduite à travers le discours des parents qui rend compte des particularités de celle-ci. Plus particulièrement, des éléments de la relation avec les intervenants ainsi qu'avec l'approche en général sont dégagés du discours des parents.

4.1.1. La relation avec les intervenants.

En pédiatrie sociale en communauté, deux éléments sont importants dans la relation entre les familles et les intervenants, soit le milieu de vie et l'approche humaine (Fondation Dr Julien, 2013; Julien, 2004a). Le milieu de vie fait référence à l'accueil

dans les services, alors que l'approche humaine fait davantage référence au système de valeurs qui sous-tend l'approche et qui est adopté par les différents intervenants, cela inclut aussi indirectement l'accueil des familles.

4.1.1.1. Accueil dans les services.

À la lecture des verbatim, il est possible de constater que l'accueil est, pour l'ensemble des parents, un moment significatif dans la prise de contact avec les intervenants. Comme Julien (2004a) expose, l'accueil des familles est un moment particulièrement important et est, par le fait même, un moment qui nécessite un certain apprivoisement des parents et des enfants. Cela est particulièrement vrai dans le cas des familles à risque de négligence qui se méfient des services traditionnels (Lafantaisie et al., 2013). En pédiatrie sociale en communauté, le milieu de vie est aussi important à considérer; il se caractérise par l'aspect chaleureux et convivial de l'endroit ainsi que par le sentiment familial créé dans cet espace (Julien, 2004b). À cet égard, les parents nomment, qu'ils s'y sentent à l'aise parce qu'il s'agit d'un lieu non confrontant qui leur rappelle une famille : ils peuvent prendre un café, un jus, un fruit, etc. La question de la nourriture est d'ailleurs centrale dans leur discours et montre à quel point elle peut s'avérer facilitante pour l'accueil. En effet, il est possible de penser que le recours à ce médium facilite la communication et que pour les familles à risque de négligence et issues d'un milieu défavorisé, la présence de nourriture attire les parents et les enfants qui doivent régulièrement s'en priver. Dans la même optique, la pédiatrie sociale en communauté veut répondre aux différents besoins des enfants et l'alimentation entre dans le besoin de base de santé physique (Julien, 2004a; Maslow, 1943).

D'autre part, les interventions auprès de familles vulnérables nécessitent une première approche en douceur où le parent et les enfants se sentent considérés et respectés (Pregno, 2011). L'accueil correspond donc à un moment crucial dans le processus d'intervention. Il est possible de constater que l'importance des schèmes relationnels est présente dès le début du processus d'intervention.

4.1.1.2. Approche respectueuse.

L'approche humaine préconisée en pédiatrie sociale en communauté promeut un système de valeurs à adopter dans l'intervention, soit : le respect, la confiance, l'empathie, la solidarité et la loyauté (Julien et al., 2013; Julien & Trudel, 2009). Ces valeurs sont directement en lien avec les schèmes relationnels que les parents trouvent important de la part de leurs intervenants dans la présente étude. Par exemple, le respect est abordé dans leurs discours à travers la considération dont les intervenants font preuve à leur égard ainsi qu'à l'égard de leurs enfants; respect des opinions, des valeurs, de leur passé, etc. L'empathie, quant à elle, peut être retrouvée dans les extraits qui concernent l'écoute et la disponibilité des intervenants. Enfin, des éléments relatifs à la confiance, la solidarité et la loyauté sont notés dans plusieurs extraits ainsi que dans ceux relatifs aux signalements à la protection de la jeunesse qui sont expliqués aux parents par les intervenants. Il est donc possible de constater que les valeurs que les CPSC veulent véhiculer sont bien perçues par les familles interrogées. D'autre part, il est possible d'avancer que cela facilite la venue des familles au CPSC et favorise leur rétention dans les services.

Ces constats rejoignent ceux d'études antérieures. En effet, DeMontigny et Goudreau (2009) affirment que le savoir-être de l'intervenant est primordial pour un

soutien et une aide efficace dans la relation parent-professionnel. Ces auteurs, qui reprennent 12 principes de soutien et d'aide efficace, démontrent que certains de ceux-ci sont directement en lien avec le savoir-être de l'intervenant, tels que : adopter d'une attitude positive et invitante, l'offrir du soutien de manière proactive, impliquer le parent dans le processus de décision, éviter de donner l'impression que le parent est anormal (donc, le considérer), encourager les forces et capacités du parent, susciter chez le parent un sentiment de coopération et avoir des responsabilités partagées. Ces éléments sont repris dans le discours des parents sous d'autres formes. En effet, les parents nomment l'importance de se sentir compris, respectés, considérés, impliqués et de prendre part à l'action. En somme, comme les principes de soutien et d'aide efficace de DeMontigny et Goudreau (2009) sont abordés par les parents, il est possible de croire qu'il existe une bonne relation parent-professionnel, un prérequis nécessaire au changement (Brillon, 2011).

Plus particulièrement, il est évident de constater que le respect est une valeur importante pour les parents interrogés. Selon Lafantaisie et al. (2013) la peur d'être jugé des parents de la part des intervenants ainsi que la difficulté à leur faire confiance, sont des obstacles à la recherche de soutien de la part des parents. Dans la présente étude, il est possible de constater que les parents bénéficiaires des services de pédiatrie sociale en communauté ne se sentent pas juger, car il existe un respect inconditionnel envers les familles et une acceptation du passé du parent de la part des intervenants des CPSC. De plus, ce respect favorise la création du lien de confiance entre l'intervenant et le parent, qui est un aspect important en pédiatrie sociale en communauté (Julien & Trudel, 2009).

4.1.1.3. Lien de confiance avec les intervenants.

À maintes reprises, les parents nomment la facilité qu'ils ont eue de créer un lien avec les intervenants des CPSC. Pour eux, la création de ce lien favorise la communication et les confidences, ce qui permet de faire évoluer les interventions. D'autre part, comme le lien de confiance permet de réduire la situation hiérarchique entre le parent et l'intervenant, la relation de pouvoir qui peut exister dans la relation se voit diminuer (Darlington et al., 2010). En retour, cette diminution du sentiment de pouvoir dans la relation aide à la création du lien de confiance et favorise l'implication du parent dans le processus d'intervention (Darlington et al., 2010; Lafantaisie et al., 2013). En outre, elle favorise aussi la création de l'alliance thérapeutique (Brillon, 2011; Crevier et al., 2010). Selon Boutin (2005) cette dernière nécessite trois éléments primordiaux, soit la collaboration entre les acteurs, la présence d'un lien affectif entre le parent-enfant et l'intervenant ainsi que l'entente sur des objectifs et buts communs. Le lien affectif renvoie au lien de confiance qui, selon Jacobs (2000) aide à la création de l'alliance thérapeutique par le biais de la confiance, l'acceptation, l'empathie et le respect entre les acteurs. Selon Darlington et al. (2010), les situations de pouvoir qui existent dans d'autres services (dont la protection de la jeunesse) pourraient barrer la route à cette participation des parents lors de la prise de décision qui s'effectue dans un contexte légal. Parallèlement, selon les dires des parents répondants, il est possible de penser que les éléments essentiels à la création d'une alliance thérapeutique sont présents dans l'approche préconisée par la pédiatrie sociale en communauté puisqu'elle ne s'établit pas dans un cadre légal, mais volontaire.

4.1.2. L'approche générale.

En considérant les différentes particularités de la pédiatrie sociale en communauté telles que décrites dans les écrits scientifiques (Fondation Dr Julien, 2013; Julien & Trudel, 2009; Julien, 2004a; Julien, 2004b) il est possible de faire plusieurs rapprochements avec le discours des parents interrogés dans la présente étude.

Au cours des dernières décennies, plusieurs études (Brousseau, 2012; Crevier et al., 2010; Darlington et al., 2010; Éthier et al., 2000; Holland & O'Neil, 2006; MacLeod & Nelson, 2000; Serbati et al., 2012; Sheets et al., 2009) ont été menées afin de documenter les approches les plus prometteuses auprès de la clientèle négligente ou à risque de l'être. De nombreuses caractéristiques ont ainsi été documentées comme étant particulièrement favorables à l'intervention auprès des familles à risque dont : considérer la famille comme un système en fonctionnement, valoriser la participation active de tous les membres, miser sur l'utilisation des forces et ressources personnelles pour favoriser le pouvoir d'agir, miser à la fois sur les facteurs structurels de la famille, sur les composantes individuelles ainsi que sur l'environnement, miser sur l'intervention à domicile ou dans la communauté et miser sur l'intervention intensive dans les milieux de vie (Bourassa et al., 2009; Brousseau, 2012; Drolet, 1997; Dumbrill, 2006; LeBossé et al., 2009; Serbati et al., 2012).

Quatre approches d'intervention permettent d'intégrer ces caractéristiques, soit l'approche intersectorielle et écosystémique, l'approche centrée sur le pouvoir d'agir, l'approche de proximité et l'approche participative. Le modèle de la pédiatrie sociale en communauté reprend des éléments de ces approches comme il est possible de constater à travers les résultats de la présente étude.

4.1.2.1. Intersectorialité et aspect écosystémique.

Les CPSC misent sur une approche intégrée des services, c'est-à-dire l'offre de services complémentaires les uns des autres, en se basant sur une vision multidimensionnelle des problématiques (Julien & Trudel, 2009). Cette vision veut avant tout responsabiliser un nombre important de personnes autour de l'enfant pour répondre au plus grand nombre de besoins possible (Julien & Trudel, 2009). Dans leurs discours, les parents abordent la question de l'intersectorialité, car ils constatent le nombre important de professionnels autour de l'enfant, bien que le statut de chaque intervenant ne soit pas clairement identifié par les parents (ex. : orthophoniste, travailleur social, psychoéducateur, etc.).

Ces différents professionnels présents dans la vie des enfants et des familles répondent, selon les parents, aux besoins de différentes sphères de leur vie. Effectivement, dans l'approche systémique, c'est en travaillant avec l'enfant, le parent, la structure familiale, le réseau social et la communauté, que l'efficacité de l'intervention peut augmenter (Corcoran, 2000; Éthier et al., 2000). Appuyant cet élément, les parents nomment que les rencontres ne sont pas seulement médicales, elles visent toutes les facettes de la vie de l'enfant et de sa famille. L'enfant est questionné sur ce qui se passe dans les autres milieux qu'il fréquente (les autres systèmes) et des interventions dans différents milieux de vie de l'enfant sont offertes, rejoignant la recommandation d'une approche écosystémique préconisée par plusieurs chercheurs (Lavigueur et al., 2001).

De plus, l'aspect d'intersectorialité fait sens avec l'approche écosystémique. Effectivement, comme l'enfant a plusieurs besoins dans diverses sphères de sa vie, la

diversité des professionnels pour répondre à l'ensemble de ces besoins est nécessaire. Considérant que les difficultés vécues dans l'exercice du rôle parental, comme la négligence, sont perçues comme multidimensionnelles (Éthier & Milot, 2009), l'intervention à plusieurs niveaux permet de réduire une diversité de facteurs de risque (Belsky, 1993; Éthier & Milot, 2009; Pluymaekers, 2002).

La réponse aux besoins à divers niveaux écologiques est une grande force de l'approche des centres de pédiatrie sociale en communauté, car il s'agit d'un pas de plus vers le bien-être des familles (Laurendeau et al., 2002).

4.1.2.2. Adaptabilité selon les forces et les besoins.

Selon Julien et Trudel (2009), les interventions dans les CPSC misent sur les forces et les capacités des enfants dans le but d'offrir des interventions adaptées à leurs besoins réels. Au cours des entrevues, les parents présentent divers exemples dans lesquels une adaptation des activités a été effectuée en fonction d'une force de l'enfant ou d'un besoin particulier du parent. Cette adaptation est présente lors d'activité individuelle, mais aussi lors des groupes ce qui rejoint un constat de la pédiatrie sociale en communauté telle que décrite par Julien et Trudel (2009), soit l'approche centrée sur le pouvoir d'agir.

Plusieurs éléments en lien avec le pouvoir d'agir ressortent dans les entretiens avec les parents. En premier lieu, Ouellet et al. (2000) ainsi que Lemay (2009) démontrent qu'un des facteurs du succès d'une intervention axée sur le pouvoir d'agir est d'offrir une intervention qui rejoint l'individu dans ce qu'il aime ou ce qu'il considère utile à ce moment (à partir d'un projet personnel). Cet élément est présent dans le

discours des parents lorsque ceux-ci exposent que les activités offertes à leurs enfants sont adaptées en fonction de leurs forces et besoins. Les parents soulignent même que ces adaptations ont un lien sur leur implication active dans le groupe, rejoignant ainsi les constats de Lacharité et Gagnier (2009) à l'effet que le soutien a plus de chance d'être vu positivement par le parent s'il vit un sentiment de coopération et de responsabilités partagées. Une des raisons pouvant expliquer ceci est que, selon Brillon (2011), l'entente sur les objectifs et buts communs, de la part du parent et de l'intervenant, est un des prérequis à l'alliance thérapeutique.

Comme le pouvoir d'agir nécessite, de la part de l'intervenant, de reconnaître la personne comme ayant les compétences de changer (Lemay, 2009), la considération est un aspect important au pouvoir d'agir. Cela fait encore plus de sens avec le prérequis de Brillon (2011) qui insiste sur l'importance du lien affectif entre l'intervenant et le parent. Enfin, l'approche centrée sur le pouvoir d'agir nécessite un savoir-être qui est en lien avec les schèmes relationnels évoqués par les parents, en particulier le respect et la considération.

4.1.2.3. Proximité géographique et relationnelle.

En premier lieu, les CPSC misent beaucoup sur la notion de proximité géographique par l'implantation de leur centre directement au cœur des communautés vulnérables (Julien & Trudel, 2009). D'autre part, ils valorisent les interventions à domicile et les interventions lors des moments informels. Dans le discours des parents, il est possible de retrouver ces notions. En effet, les parents nomment l'importance de la proximité géographique des centres, qui joue un rôle sur la recherche d'aide. Le fait que le CPSC soit à proximité de marche favorise, pour certains parents, le recours à leurs

services. La majorité des familles participantes ont un revenu familial, avant imposition, entre 10 000\$ et 30 000\$. Le seuil de faible revenu, en 2011, à Montréal pour une personne avant imposition était de 23 298\$ (Statistique Canada, 2011). Considérant que les familles fréquentant le CPSC ont un revenu inférieur ou sensiblement égal au seuil de faible revenu, il est possible d'avancer qu'elles n'ont pas les moyens d'avoir un véhicule ni de payer pour le transport en commun ce qui ajoute un élément en faveur de la proximité. De plus, selon le MSSS (2013), la présence de ressources dans le milieu, pouvant venir en aide aux enfants, influence la mobilisation des parents.

Les familles abordent aussi la proximité relationnelle qui existe entre eux et leur intervenant et qui se crée lors d'activités ainsi que lors de moments informels. En effet, ils considèrent leur intervenant comme « un ami » ou « un membre de la famille » ce qui leur permet de dire qu'ils se connaissent bien. Ce constat rejoint ce que Crevier et al. (2010) avancent en ce qui a trait à l'approche de proximité qui favorise la création du lien de confiance, car il s'agit d'une intervention plus chaleureuse et où il y a atténuation de la relation de pouvoir entre les acteurs. Ceci vient aussi appuyer des éléments du discours des parents en lien avec les particularités de la relation avec les intervenants, plus précisément en lien avec les caractéristiques de l'accueil (chaleureux, familiale, etc.) et les schèmes relationnels de confiance et respect.

L'approche de proximité comporte, par contre, un élément à garder en tête : la confusion des frontières professionnelles (Crevier et al., 2010; Leblanc, 2001; Serbati et al., 2012). En effet, si la proximité, entre l'intervenant et la famille, devient trop grande, la relation ne sera plus la même, car cela risque de susciter chez les parents des attentes plus grandes. Il s'agit d'un élément qui devrait être considéré par l'approche de

la pédiatrie sociale en communauté. Effectivement, plusieurs parents nomment qu'ils considèrent leur intervenant plus comme un ami que comme un intervenant. De plus, les parents utilisent, de manière unanime, les prénoms des intervenants pour parler de leur relation. Cela témoigne de leur lien étroit avec ces intervenants. L'importance des frontières professionnelles reste donc importante à considérer dans l'approche de la pédiatrie sociale en communauté.

4.1.2.4. Collaboration avec les familles.

L'aspect de la collaboration entre la famille (parents et enfants) et les intervenants est une particularité importante en pédiatrie sociale en communauté (Julien & Trudel, 2009). Par exemple, le point de vue du parent et de l'enfant est toujours sollicité pour la prise de décision. Par la présence des rencontres évaluation-orientation et le modèle du cercle de l'enfant, il est possible de mettre à contribution toutes les personnes susceptibles d'intervenir positivement dans la vie de l'enfant (Julien, 2004b; Julien & Trudel, 2009). Les parents abordent la collaboration de deux façons, soit par le biais de leur participation à la prise de décision et aussi par le biais de la communication entre eux et leur intervenant. Cette communication permet de connaître le point de vue de chacun sur une intervention ou un besoin (Holland & O'Neil, 2006).

Cette collaboration, bien traduite dans le discours des parents, permet à chacun de participer à la prise de décision, ce qui représente un élément central de l'approche participative (Lacharité, 2009 ; Sheets et al., 2009). Effectivement, selon Piché et Trocmé (2011) c'est en considérant le point de vue des personnes prenantes à l'action que les interventions sont plus susceptibles d'être en lien avec la vie réelle des familles et, par conséquent, favoriser une plus grande durabilité des solutions.

D'autre part, selon Holland et O'Neil (2006), l'approche participative favorise la motivation et l'implication des acteurs, car les parents donnent signification aux interventions et aux objectifs. Ce qui vient rejoindre le discours des parents qui nomment se sentir impliqués dans le processus décisionnel et que ceci favorise leur adhésion aux services des CPSC. Darlington et al. (2010) soulignent que l'approche participative permet aux parents de s'impliquer davantage dans les services, et ce, en travaillant en collaboration avec les intervenants. En effet, la collaboration représente un prérequis, selon Brillon (2011), à l'établissement de l'alliance thérapeutique et cette alliance favorise la motivation et l'implication des parents et enfants (Darlington et al., 2010; Lafantaisie et al., 2013).

En plus d'être en lien avec l'approche participative, la collaboration est aussi en lien avec l'approche centrée sur le pouvoir d'agir. Effectivement, en collaborant, le point de vue des parents est pris en compte lors de la prise de décision et leurs opinions sont considérées. DeMontigny et Goudreau (2009) avancent que le soutien a plus de chance d'être perçu positif si l'intervenant réussit à transmettre au parent un sentiment de coopération et de partenariat. Donc, l'utilisation de la collaboration pourrait être une des explications de la bonne relation entre les familles et les intervenants, comme les parents le nomment.

En lien avec l'approche participative, certains parents mentionnent avoir participé au cercle de l'enfant. Ce lieu de médiation permet de mettre à contribution toutes les personnes qui peuvent et qui veulent intervenir positivement dans la vie de l'enfant (Julien & Trudel, 2009; Piché & Trocmé, 2011). Aussi, le cercle de l'enfant représente une opportunité, pour les parents, de mettre en action leur pouvoir d'agir (Sheets et al.,

2009). Dans ce contexte, la collaboration avec les intervenants les aide à développer leur pouvoir d'agir et contribue, par le fait même, au bien-être de la famille (LeBossé & Lavallé, 1993).

Malgré le fait que les parents mentionnent plusieurs éléments en lien avec les particularités de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté, certaines ont été, peu souvent, abordées. Effectivement, les différentes étapes de services (accueil, évaluation-orientation et suivi-accompagnement) ne sont pas toutes abordées explicitement par les parents. Pour les parents, il est possible que ce continuum ne soit pas l'élément central de leur perception de la pédiatrie sociale en communauté, comparativement à la relation qu'ils ont avec les intervenants. D'ailleurs, comme l'avancent Lacharité et ses collègues (1999) la qualité de la relation des familles avec les intervenants est l'un des éléments primordiaux à l'efficacité de l'intervention et au changement.

4.2. Retombées perçues de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté

À travers leur discours, les parents ont abordé quelques retombées à divers niveaux écologiques suite aux services reçus en pédiatrie sociale en communauté. En effet, les parents rapportent des retombées sur l'enfant lui-même (ontosystème), sur les parents (microsystème), sur la création d'un réseau formel et informel (mésosystème) et des retombées en lien avec les services, à l'interne et à l'externe (exosystème). Ces retombées amènent à croire que différents facteurs de risque ont été travaillés (par exemple au niveau des connaissances reliées aux soins nécessaires à prodiguer à l'enfant, du stress parental, le bris de l'isolement ainsi que de l'accessibilité aux ressources). Le bris d'isolement ainsi que l'identification d'un réseau est en lien avec ce

que Éthier et al. (2000) ont eu comme résultats lors de leur étude sur l'impact de l'approche écosystémique.

Dans le discours des parents, les retombées au niveau des enfants sont moins mises de l'avant que celles sur eux-mêmes et leur famille. Au niveau de l'enfant, les parents nomment que ceux-ci sont en meilleure santé physique et psychologique, ce qui répond aux besoins de base (Julien, 2004a; Maslow, 1943). D'ailleurs, il est possible de constater que la santé des enfants est la porte d'entrée vers les services, la plus nommée par les parents. Il s'agit d'un élément moins confrontant que tous les autres éléments stressants présents dans la vie de ces familles (Brousseau, 2012; Fondation Dr Julien, 2013; Julien & Trudel, 2009; Serbati et al., 2012). Il est aussi possible d'émettre l'hypothèse à l'effet que, du point de vue des parents, les éléments à travailler étaient davantage d'ordre familial ou parental (connaissance inadéquate des soins nécessaires à prodiguer à l'enfant, des attentes irréalistes envers l'enfant, limites au niveau des habiletés parentales, etc.). L'importance de l'approche écosystémique prend ici tout son sens puisqu'en travaillant sur le parent ou la famille, l'intervention risque, par ricochet d'influencer positivement la qualité de vie et le sain développement éventuel de l'enfant (Bader-Meunier & Nouyrigat, 2004; Belsky, 1993; Brousseau & Simard, 1999; Milot et al. 2009; Moreau & Oxman-Martinez, 1993; Serbati et al., 2012).

En ce qui a trait au microsystème, des retombées sur la structure familiale sont à constater. Effectivement, il est possible de constater dans le discours des parents que la notion de pouvoir d'agir est aussi abordée du point de vue de sa finalité (ses résultats). En effet, certains parents nomment qu'à la suite des services reçus, une prise de conscience et de contrôle sur leur vie a été faite. Ils nomment être plus conscients de

leur rôle et du pouvoir qu'ils peuvent exercer sur leur vie. Ces éléments font sens avec ce que Lemay (2009) définit comme étant le résultat du processus centré sur le pouvoir d'agir, soit une nouvelle conscience de l'individu, de sa réalité et de son pouvoir. Cette acquisition serait un des meilleurs indicateurs de bien-être des familles, en plus d'être considéré comme un facteur de protection (LeBossé & Lavallé, 1993; Michallet, 2009-2010). De plus, il est possible de déduire, à l'aide des éléments ressortis précédemment (l'importance de la considération de la part de leur intervenant et l'importance de la collaboration avec les intervenants) que les parents se sentent valider dans leurs compétences et croyances, ce qui favorise l'estime de soi (Capponi, Bacro, & Boudoukha, 2013).

Dans un autre ordre d'idées, les parents mentionnent qu'ils se sentent soutenus. Effectivement, lorsque les parents abordent des éléments en lien les schèmes relationnels des intervenants, tels que les notions d'écoute et de disponibilité, c'est aussi la notion de soutien émotionnel à laquelle ils font référence (Capponi et al., 2013). D'après le discours des parents et l'importance qu'ils donnent à cette particularité, il s'agit du type de soutien le plus important pour eux. Par ailleurs, en plus du soutien émotif, le soutien informatif transparaît à travers les discours des parents (Capponi et al., 2013). Effectivement, ils mentionnent que les intervenants prennent le temps de tout expliquer et qu'il y a toujours quelqu'un de disponible pour répondre à leurs questions.

Pour ce qui est de l'exosystème, il est possible de constater des retombées sur les services à l'interne et à l'externe. Les parents nomment aller chercher de l'aide dans les services qui les concernent. Cet élément entraîne, pour plusieurs auteurs, une diminution du risque de compromission tel que la négligence parentale, car il y a

mobilisation du parent vers les services (Éthier & Milot, 2009, Milot et al., 2009; MSSS, 2013) ce qui est un élément important dans les retombées des familles des CPSC. Le fait de vouloir aller chercher de l'aide est, pour ces auteurs, un facteur de protection. D'autre part, à plusieurs reprises, les parents mentionnent toute l'aide instrumentale reçue à l'interne (fourniture de bottes d'hiver, cadeaux de Noël, billets de spectacle, etc.). Cet élément revoit directement au type de soutien instrumental (Capponi et al., 2013).

4.3. Limites de l'étude

Dans la présente recherche, certaines limites se sont glissées. Ces éléments doivent être pris en considération quant à la généralisation des résultats. Premièrement, l'échantillon utilisé est petit et n'incluait pas toutes les caractéristiques reliées aux familles bénéficiant des services des CPSC. L'inclusion de cas atypiques (familles très résistantes, familles non satisfaites, familles d'origine ethnique différentes, etc.) aurait pu fournir de l'information supplémentaire (Mukamurera et al., 2006). Par contre, le principe de saturation des données a été respecté ce qui permet de croire que de nouvelles informations n'auraient pas été recueillies en grand nombre en regard du CPSC à l'étude. D'autre part, les participants étaient tous du même CPSC ce qui peut être vu comme une limite considérant que chacun des centres est différents, donc certains résultats ne sont pas nécessairement généralisable à l'ensemble des CPSC.

D'autre part, les parents participants à l'étude étaient tous bénéficiaires des services depuis au moins un an au moment de l'entrevue. Il aurait été intéressant d'obtenir des informations de familles n'utilisant plus les services de la pédiatrie sociale en communauté afin de documenter leur cheminement et la cause de la cessation des

services. Avec l'échantillon retenu, le nombre d'années de services des CPSC est très élevé, donc il aurait été pertinent de connaître les motifs qui ont amené la cessation de services à cet endroit.

Par ailleurs, dans le canevas d'entrevue, l'utilisation d'un événement marquant positif permettait d'obtenir des informations quant à la perception des parents par rapport aux services reçus, et ce, en lien avec l'attitude des intervenants. Il aurait été pertinent d'obtenir des anecdotes en lien avec des événements moins positifs afin d'observer les caractéristiques qui différaient entre ces deux événements. Ces informations auraient pu être très enrichissantes sur l'importance du savoir-être et du savoir-faire des intervenants. Certains éléments du canevas d'entrevue n'ont pas été analysés dans cette présente recherche. Par contre, ils le seront dans le cadre d'une autre étude. Par exemple, la comparaison entre les services de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté à ceux des centres de santé et services sociaux traditionnels sera faite prochainement.

4.4. Recommandations et réflexions sur de futurs projets

Dans le discours des parents, certains éléments n'ont pas été abordés. En effet, les références, pour les enfants ou les parents, à des services psychosociaux à l'externe de la part des intervenants et médecins du CPSC ne sont pas présentes (ex. référence en santé mentale adulte pour les parents, référence au département DI-TED du CSSS, etc.). À cet égard, il est possible se demander si les familles participantes en avaient besoin ou si l'échantillon est représentatif de l'ensemble des familles recevant des services au CPSC. Il serait donc pertinent d'aborder cet élément directement avec les parents dans une prochaine étude.

Ensuite, certaines entrevues avec les parents ont permis d'obtenir la perception indirecte des enfants en lien avec l'approche des CPSC. Par contre, comme il s'agit de pédiatrie sociale en communauté, il aurait été intéressant d'obtenir le point de vue directement des enfants quant à l'ensemble des éléments présents dans le canevas d'entrevue. Ceci aurait pu aider à bonifier les écrits scientifiques sur les meilleures pratiques en lien avec l'intervention auprès des enfants issus de milieux vulnérables.

À l'aide du discours des parents, il a été possible de constater que plusieurs éléments de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté sont en lien avec le modèle psychoéducatif. En effet, l'interaction entre deux potentiels, soit le potentiel d'adaptation du jeune (PAD) (le niveau de développement des moyens individuels dont il dispose pour répondre à ces besoins, capacités, etc.) et le potentiel expérientiel (PEX) (les possibilités d'apprentissage que lui offre son entourage, environnement, etc.) sont typiquement proposés dans le modèle psychoéducatif (Gendreau, 2001; Renou, 2005). Ces deux potentiels sont aussi retrouvés dans l'approche de la pédiatrie sociale en communauté. Lorsque les parents parlent de l'adaptation d'une activité (PEX) en fonction des forces et besoins de l'enfant (PAD), cela fait directement référence à ces deux potentiels.

D'autre part, l'utilisation de schèmes relationnels (savoir-être) est à la base de la relation en psychoéducation, car il s'agit d'une relation humaine spécialisée (Gendreau, 2001). Les six schèmes, qui se construisent en interaction avec autrui, sont la considération, la confiance, la disponibilité, la congruence, la sécurité et l'empathie. Ces schèmes sont en lien avec ceux ressortis comme étant importants dans la relation, de la part des parents.

Ces différents concepts sont directement en lien avec les approches qui soutiennent la pédiatrie sociale en communauté et qui sont nommées comme étant prometteurs. L'importance de la psychoéducation, dans des milieux où l'interaction humaine est présente, serait justifiée.

Pour conclure, ce chapitre a permis de mieux comprendre la position des parents quant à l'approche de la pédiatrie sociale en communauté et ce qu'ils trouvent primordial dans une relation parents-intervenants. Des liens avec les écrits scientifiques ont mis en évidence le fait que les parents reconnaissent plusieurs particularités de l'approche des CPSC, et notamment en ce qui a trait à la relation avec les intervenants. De plus, les parents sont aussi conscients des retombés que ces services peuvent avoir sur eux et leur famille. Ce service les aide grandement à reprendre le pouvoir sur leur vie et ainsi donner un modèle positif à leur enfant. Maintenant, il ne reste qu'à leur indiquer les autres ressources où il serait possible pour eux d'aller chercher de l'aide en lien avec les différents besoins de leur famille.

Conclusion

Le but de ce mémoire était de donner la parole aux parents quant à leurs perceptions en lien avec les particularités et les retombées de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté. Afin de mettre en contexte leur discours, un survol des écrits scientifiques sur la problématique des familles issues de milieux défavorisés, et présentant des risques de négligence parentale a été réalisé. Les taux de prévalence et les différentes conséquences sur la famille et plus particulièrement sur l'enfant ont démontré l'importance d'intervenir auprès de cette clientèle. Par la suite, les différentes approches d'intervention préventives ont été abordées. Les quatre approches identifiées (approche écosystémique, approche participative, approche centrée sur le pouvoir d'agir et l'approche de proximité) ont été, ensuite mises en lien avec l'approche de la pédiatrie sociale en communauté, qui reprend plusieurs des éléments de chacune d'elles. Comme l'approche promue par la pédiatrie sociale en communauté est encore récente au Québec, les perceptions des parents en lien avec ce modèle sont susceptibles d'être très révélatrices et peuvent apporter des éléments nouveaux, jusqu'à présent sous-documentés. Par ailleurs, leurs perceptions des retombées, à la suite des services, apportent des informations supplémentaires sur ce que les parents jugent d'important.

Les résultats obtenus démontrent qu'effectivement, les parents reconnaissent plusieurs particularités de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté. L'analyse des résultats obtenus permet d'avancer que les particularités les plus identifiées par les parents sont celles en lien avec l'attitude des intervenants. En effet, l'utilisation des schèmes relationnels de la part des intervenants (confiance, écoute/disponibilité et considération/respect) est nommée à maintes reprises comme étant facilitante aux

interventions. Par ailleurs, les particularités en lien avec la proximité, l'adaptation en fonction des besoins/forces de l'enfant et du parent ainsi que la collaboration avec les familles sont aussi abordées par les parents. Il est donc possible d'avancer que toutes les particularités qui impliquent une relation, entre le parent/enfant et l'intervenant, sont celles que les parents dénotent le plus souvent. De plus, ils réussissent, à travers leur discours, à identifier plusieurs retombées à la suite des services reçus en pédiatrie sociale en communauté bien que celles en lien avec la santé physique et psychologique des enfants ne sont pas abordées très souvent de la part des parents. En effet, les retombées en lien avec les habiletés parentales ainsi qu'avec la prise de conscience de la part des parents sont davantage mises de l'avant. Comme les entrevues étaient réalisées auprès des parents, il est possible que cela explique pourquoi les retombées perçues les concernent davantage. Finalement, les retombées auprès des services à l'interne et à l'externe sont beaucoup ressorties du discours des parents. La rapidité d'accès, entre autres, est reprise à maintes reprises par l'ensemble des parents répondants.

Dans l'analyse des résultats, des rapprochements ont pu être faits avec les approches dites prometteuses et les particularités de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté telles que perçues par les parents. Effectivement, des caractéristiques de l'approche écosystémique (travailler avec l'ensemble des systèmes, travailler avec le potentiel expérientiel du jeune et le potentiel adaptatif), de l'approche de proximité (soutien dans les situations de vie quotidienne, visites à domicile et des interventions chaleureuses), de l'approche participative (utilisation d'un lieu de médiation, travailler en collaboration et intégrer tous les membres dans tout le processus d'intervention) ainsi

que de l'approche centrée sur le pouvoir d'agir (adapter les ressources du milieu, offrir des projets qui ont du sens pour les parents et/ou les enfants, travailler sur les forces et impliquer l'individu dans la prise de décision) sont présentes à l'intérieur de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté.

Par ailleurs, les retombées, telles que dénotées par les parents, font sens avec ce que d'autres études ont obtenu comme résultats. En effet, l'importance du lien de confiance et de l'alliance thérapeutique permet plusieurs des retombées soulevées par les parents, en particulier tout ce qui a trait au développement des habiletés parentales et à la prise de conscience/reprise de contrôle. Par contre, seulement le point de vue des parents était considéré dans cette étude, ce qui peut expliquer pourquoi les retombées soient davantage axées sur les parents que sur les enfants. À cet effet, il serait intéressant d'obtenir le point de vue des enfants sur les retombées, ce qui permettrait de bonifier les écrits scientifiques en lien avec la pédiatrie sociale en communauté au Québec. D'autre part, plusieurs liens ont été faits entre l'approche de la pédiatrie sociale en communauté et la psychoéducation. En effet, l'adaptation, l'utilisation du PAD et du PEX, l'importance du savoir-être, etc. sont présentes dans chacun d'eux. Ces liens peuvent peut-être justifier la nécessité de psychoéducateurs au sein de ces équipes. L'importance des psychoéducateurs au sein des CPSC ainsi que le point de vue des enfants quant aux particularités de l'approche sont des éléments à considérer lors d'études futures.

Références

- Alain, M. (2010). Des systèmes de classification des modèles d'évaluation de programmes d'intervention psychosociale à une proposition de modèle intégrateur. In M. Alain & D. Dessureault (Eds), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (pp. 9-28). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Anadon, M. (2006). La recherche dite "qualitative": de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches Qualitatives*, 26(1), 5-31.
- Bader-Meunier, B., & Nouyrigat, V. (2004). Prise en charge initiale des enfants victimes de mauvais traitements. *EMC-Médecine*, 1, 352-364.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434.
- Berzin, S. C., Cohen, E., Thomas, K., & Dawson, W. C. (2008). Does family group decision making affect child welfare outcomes? Findings from a randomized control study. *Child Welfare*, 87(4), 35-54.
- Bourassa, L., Miron, J. M., & Lacharité, C. (2009). Portrait de paraprofessionnelles œuvrant auprès de familles en situation difficile: leurs motivations et leur profil d'engagement. *Enfances, Familles, Générations*, 11, 101-123.
- Boutin, M. (2005). *Relation entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie au cours d'un processus psychothérapeutique chez l'adulte*. (Mémoire), Université du Québec à Chicoutimi, Québec.
- Brillon, M. (2011). L'alliance thérapeutique : Un défi constant pour le thérapeute. *Psychologie Québec*, 28(02), 20-23.
- Brixi, O., Fayard, R., Guillaud-Bataille, S., & Péchevis, M. (2003). *Santé, travailler avec les gens: approche participative, démarche de projet*. France: Conseil général du Rhône.
- Brousseau, M. (2012). Interventions et programmes en contexte de négligence: évolution et défis de l'intervention auprès des familles *Enfances, Familles, Générations*, 16, 95-112.
- Brousseau, M., & Simard, M. (1999). Fonctionnement familial et négligence des enfants. In M. Simard & J. Alary (Eds), *Comprendre la famille* (pp. 141-162). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.

- Capponi, I., Bacro, F. & Boudoukha, A. H., (2013). Effets différentiels des types de soutien social sur l'anxiété maternelle périnatale. *Bulletin de psychologie* 525, 209-224. DOI : 10.3917/bupsy.525.0209
- Chamberland, C., Bouchard, C., & Beaudry, J. (1986). Conduites abusives et négligentes envers les enfants: Réalité canadienne et américaine. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 18(4), 391-412.
- Clément, M.-È., Bernèche, F., Chamberland, C., & Fontaine, C. (2013). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012 : Les attitudes parentales et les pratiques familiales*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Clément, M.-È., Chamberland, C., & Trocmé, N. (2009). Épidémiologie de la maltraitance et de la violence envers les enfants au Québec. *Santé, Société et Solidarité*, 1, 27-38.
- Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1988). The empowerment process: Integrating theory and practice. *The Academy of Management Review*, 13(3), 471-482.
- Corcoran, J. (2000). Family interventions with child physical abuse and neglect: A critical review. *Children and Youth Services Review*, 22(7), 563-591.
- Corpataux, N. (2006). *Rôle du style d'attachement et de l'alliance thérapeutique dans l'adhésion aux indications de traitement psychologique*. (Mémoire), Université de Genève, Suisse.
- Crespo, S. & Rheault, S. (2013). Revenu, faible revenu et inégalité de revenu : Portrait des Québécoises et des Québécois de 55 ans et plus vivant en logement privé. Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Crevier, M., Couturier, Y., & Morin, P. (2010). L'émergence de la proximité relationnelle à la faveur de l'intervention à domicile: ouvertures et tensions dans la relation clinique. *Nouvelles pratiques sociales*, 23(1), 177-191.
- Darlington, Y., Healy, K., & Feeney, J. A. (2010). Challenges in implementing participatory practice in child protection: A contingency approach. *Children and Youth Services Review*, 32, 1020-1027.
- Darves-Bornoz, J. M. (1996). *Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste*. (37044 – Tours). Toulon, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Centre Hospitalier Universitaire de Tours.
- DeMontigny, F. & Goufreau, J. (2009). Les services de première ligne et l'intervention familiale. In C. Lacharité & J.P. Gagnier (Eds). *Comprendre les familles pour mieux intervenir*. (pp. 183-208). Montréal: Gaëtan morin éditeur.

- Descôteaux, M.-E. & Dufour, S. (2014). Pauvreté et négligence parentale : vraiment indissociable? *Revue de psychoéducation*, 43(1), 57-76.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : Guide pratique*. Montréal : Chenelière/McGraw-Hill.
- Deslauriers, J.-P. (2010). La recherche qualitative : Une façon complémentaire d'aborder les questions de recherche. In S. Bouchard & C. Cyr (Eds), *Recherche psychosociale : pour harmoniser recherche et pratique* (pp. 407-433). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Doré, G. (1992). L'organisation communautaire et les mutations dans les services sociaux au Québec, 1961-1991. La marge et le mouvement comme lieux de l'identité. *Service social*, 41(2), 131-162.
- Drolet, M. (1997). L'empowerment et intervention familiale: concept paradoxal occultant parfois la pauvreté. *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, 3(1), 55-79.
- Dufour, S., & Chamberland, C., (2003). *L'efficacité des interventions en protection de l'enfance : recension des écrits*. Montréal, Qc : Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants.
- Dumbrill, G. C. (2006). Parental experience of child protection intervention: A qualitative study. *Child Abuse & Neglect*, 30, 27-37.
- Éthier, L. S., Couture, G., Lacharité, C., & Gagnier, J. P. (2000). Impact of a multidimensional intervention programme applied to families at risk for child neglect. *Child Abuse Review*, 9, 19-36.
- Éthier, L. S., & Milot, T. (2009). Effet de la durée, de l'âge d'exposition à la négligence parentale et de la comorbidité sur le développement socioémotionnel à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 136-145.
- Fondation Dr Julien (2013). Document de codification : Pédiatrie sociale en communauté. Unpublished manuscript, Montréal.
- Fortin, M.F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière éducation.
- Fournier, J., & Hébert, N. (1993). Le réseau de la santé et des services sociaux est-il mûr pour la gestion participative ? *Nouvelles pratiques sociales*, 6(1), 155-165.
- Garner, A. S., Shonkoff, J. P., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2012). Early childhood adversity, toxic

stress, and the role of the pediatrician: Translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics*, 129(1), 224-231.

Gavard-Perret, M.-L., & Helme-Guizon, A. (2008). Choisir parmi les techniques spécifiques d'analyse qualitative. In M.-L. Gavard-Perret, D. Gotteland, C. Haon, & A. Jolibert (Eds), *Méthodologie de la recherche: réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion* (pp. 247- 274). France : Pearson France.

Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal : Béliveau éditeur.

Girard, C., Payeur, F. F., Binette-Charbonneau, A., St-Amour, M., Pacaut, P., & André, D. (2013). *Démographie : Le bilan démographique du Québec*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Grosh, M., del Nino, C., Tesliuc, E., & Ouerghi, A. (2008). Pour la protection de la promotion: conception et mise en œuvre de filets sociaux de sécurité efficaces. Washington : La banque mondiale.

Haesevoets, Y. H. (2002). La souffrance des familles maltraitantes à l'épreuve de l'intervention: Vers une éthique de l'intervention médico-psycho-sociale. *L'évolution psychiatrique*, 68, 509-529.

Hélie, S., Turcotte, D., Trocmé, N., & Tourigny, M. (2012). *Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2008*. Rapport final. Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

Holland, S., & O'Neil, S. (2006). We had to be there to make sure it was what we wanted: Enabling children's participation in family decision-making through the family group conference. *Childhood*, 13(1), 90-111.

Humanium. (2009). Déclaration des Droits de l'Enfant, 1959. Présentation de la Déclaration. Repéré dans <http://www.humanium.org/fr/normes/declaration-1959/>

Jacobs, T. (2000). On beginnings: The concept of the therapeutic alliance and the interplay of transference in the opening phrase. Dans S. T. Levy (Éd.), *The therapeutic alliance* (pp. 17-34). Madison : International Universities Press.

Julien, G. (2004a). *Soigner différemment les enfants: méthodes et approches*. Québec: Les Éditions LOGIQUES.

Julien, G. (2004b). *Soigner différemment les enfants: L'approche de la pédiatrie sociale*. Québec: Les Éditions LOGIQUES.

Julien, G. (2012). *Dr Julien, à hauteur d'enfant* Montréal: Les Éditions Libre Expression.

- Julien, G., & Trudel, S. H. (2009). *Tous responsables de nos enfants : Un appel à l'action*. Montréal : Bayard Canada Livre.
- Julien, G., Trudel, S. H., & Desharnais, J. (2013, Mars). *Pédiatrie sociale en communauté*. Conférence présentée par le Groupe de Recherche et d'Action sur la Victimisation des Enfants [GRAVE]. Montréal : Bibliothèque nationale du Québec.
- Lacharité, C. (2009). L'approche participative auprès des familles. In C. Lacharité & J. P. Gagnier (Eds.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir* (pp. 157-182). Montréal : Chenelière Éducation Inc.
- Lacharité, C., & Gagnier, J. P. (2009). Le pouvoir et le développement du pouvoir d'agir (empowerment) : un cadre d'intervention auprès des familles en situation de vulnérabilité. In G. Morin (Ed.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir* (pp. 101-128). Montréal: Chenelière Éducation Inc.
- Lacharité, C., Moreau, J., & Moreau, M. L. (1999). Le point de vue des parents et des intervenants sur la collaboration dans le cadre des services de pédopsychiatrie. In M. Simard & J. Alary (Eds), *Comprendre la famille*, (pp. 297-311). Québec : Les Presses de l'Université du Québec .
- Lafantaisie, V., Clément, M.È. et Coutu, S. (2013). L'isolement social des familles à risque de négligence : ce qu'en pensent les mères. *Revue de psychoéducation*, 42(2).
- Laurendeau, M. C., Chamberland, C., & Lefort, L. (2002). Étude pancanadienne sur le bien-être des familles et la prévention des mauvais traitements: la perception des informatrices et informateurs clés québécois. *Nouvelles pratiques sociales*, 15(1), 131-146.
- Lavigne-Lacas, J. (2012). *Est-ce qu'une intervention de groupe réalisée auprès de pères volontaires qui fréquentent le centre de pédiatrie sociale Assistance d'enfants en difficulté (AED) et effectuée selon un cadre théorique bio-écologique et une approche d'aide mutuelle permet de modifier leur vision personnelle de l'engagement paternel?* (Mémoire), Université de Montréal, Montréal.
- Lavigueur, S., Coutu, S., & Dubeau, D. (2001). L'intervention auprès des familles à risque. Une approche multimodale qui mise sur la résilience. In L. É. Logiques (Ed.), *La relation d'aide. Concepts de base et interventions spécifiques* (pp. 171-220). Montréal.

- Lavigueur, S., Coutu, S., Dubeau, D., David, A., & Granon, E. (2005). Le soutien parental offert par les membres du réseau social: le point de vue des mères en situation de vulnérabilité. *Santé mentale au Québec, 30*(2), 139-163.
- LeBlanc, L. (2001). La pratique de l'éthique en relation d'aide. In L. Leblanc & M. Séguin (Eds), *La relation d'aide concepts de base et interventions spécifiques* (pp.95-115). Longueuil : Les Éditions Logiques inc.
- LeBossé, Y. (2003). De l'"habilitation" au "pouvoir d'agir": vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales, 16*(2), 30-51.
- LeBossé, Y., Bilodeau, A., Chamberland, M., & Martineau, S. (2009). Développer le pouvoir d'agir des personnes et des collectivités: quelques enjeux relatifs à l'identité professionnelle et à la formation des praticiens du social. *Nouvelles pratiques sociales, 21*(2), 174-190.
- LeBossé, Y. & Dufort, F. (2012a). Le cadre paradigmatique de la psychologie communautaire : Vers une épistémologie du changement social. In F. Dufort & J. Guay (Eds), *Agir au cœur des communautés : La psychologie communautaire et le changement social* (pp. 75-115). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- LeBossé, Y. & Dufort, F. (2012b) Le pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des communautés : une autre façon d'intervenir. In F. Dufort & J. Guay (Eds), *Agir au cœur des communautés : La psychologie communautaire et le changement social* (pp. 75-115). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- LeBossé, Y., & Lavallé, M. (1993). Empowerment et psychologie communautaire : aperçu historique et perspectives d'avenir. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale, 18*, 7-20.
- Lemay, L. (2007). L'intervention en soutien à l'empowerment: du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre les acteurs au sein des pratiques d'aide. *Nouvelles pratiques sociales, 20*(1), 165-180.
- Lemay, L. (2009). Le pouvoir et le développement du pouvoir d'agir (empowerment) : un cadre d'intervention auprès des familles en situation de vulnérabilité. In C. Lacharité & J.P. Gagnier (Eds). *Comprendre les familles pour mieux intervenir.* (pp. 101-127). Montréal: Gaëtan morin éditeur.
- Lynam, J. M., Looock, C., Scott, L., Wong, S. M., Munroe, V., & Palmer, B. (2010). Social paediatrics: creating organisational processes and practices to foster health care access for children "at risk". *Journal of Research in Nursing, 15*(4), 331-347.

- MacLeod, J., & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect, 24*(9).
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*, 370-396.
- Massa, H. (2002). Fondements de la pratique de l'approche systématique en travail social. *Les cahiers de l'Actif, 308*(309), 9- 27.
- Michallet, B. (2009-2010). Résilience: perspective historique, défis théoriques et enjeux cliniques. *Frontières, 22*(1-2), 10-18.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2th ed.). Bruxelles : De Boeck & Larcier.
- Milot, T., Éthier, L. S., & St-Laurent, D. (2009). La négligence envers les enfants. In M.-È. Clément & S, Dufour. (Eds), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (pp. 113-126). Québec : Les Éditions CEC.
- Milot, T., Éthier, L. S., St-Laurent, D., & Provost, M. A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect, 34*, 225-234.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Loi sur la protection de la jeunesse*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Faire un signalement à la DPJ, c'est déjà protéger un enfant: Quand et comment signaler?* Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère du Patrimoine canadien (1991). *Convention relative aux droites de l'enfant*. Programme des droits de la personne, Canada.
- Moreau, J., & Oxman-Martinez, J. (1993). Prise de décision et intervention auprès des enfants négligés en Montérégie. In M. Simard & J. Alary (Eds), *Comprendre la famille* (pp.283-310). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Morin, R., & Rochefort, M. (2003). L'apport des services de proximité, la construction d'une identité de quartier: analyse de services d'économie sociale et solidaire dans trois quartiers de Montréal. *Recherches sociographiques, 44*(2), 267-290.
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches Qualitatives, 26*(1), 110-138.

- Ninacs, A. W. (1995). Empowerment et service social: approches et enjeux. *Service social*, 44(1), 69-93.
- OPPQ. (2010). *Guide d'évaluation psychoéducative*. Montréal: OPPQ.
- Ouellet, F., René, J. F., Durant, D., Dufour, R., & Garon, S. (2000). Intervention en soutien à l'empowerment-Dans Naître égaux-Grandir en santé. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(1), 85-102.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2005). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Pakura, S. (2005, Mars). *The family group conference 14-year journey: celebrating the successes, learning the lessons, embracing the challenges*. Conférence présentée à American Humane Association's Family Group Decision Making Conference and Skills-Building Institute, Harrisburg, Pennsylvania, USA.
- Parazelli, M. (2007). L'empowerment: de quel pouvoir s'agit-il ? *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 1-12.
- Péladeau, N., & Mercier, C. (1993). Approches qualitative et quantitative en évaluation de programmes. *Sociologie et sociétés*, 25(2), 111-124.
- Piché, A. M., & Trocmé, N. (2011). *Le Cercle de l'Enfant: Évaluation de la mise en place Septembre 2008 - Mars 2010*. McGill University, Montréal.
- Pluymaekers, J. (2002) L'approche systémique, son originalité et sa méthode dans le travail psychosocial. *Les cahiers de l'Actif*, 308(309), 29-36.
- Poliquin-Verville, H., & Royer, É. (1992). *Les troubles du comportement: État des connaissances et perspectives d'intervention*. Québec: Ministère de l'Éducation.
- Potvin, P. (2010). Éléments et critères d'évaluabilité d'un programme d'intervention psychosociale. *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (pp. 101-114). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Poulin, M. H. (2005). *Stress parental des mères d'enfants d'âge préscolaire atteints d'eczéma atopique* (Master), Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et Université de Sherbrooke, Abitibi-Témiscamingue, Québec.
- Pregno, G. (2011). Le travail avec les familles qui ne demandent rien : La non-collaboration comme situation.... *Thérapie familiale*, 32(4), 419-436.
- Programme alimentaire mondiale. (2012). *Point sur la politique du PAM en matière de filets de sécurité*. Récupéré de

<http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/resources/wfp245752.pdf>

- René, J. F., Laurin, I., & Dallaire, N. (2009). Faire émerger le savoir d'expérience de parents pauvres: forces et limites d'une recherche participative. *Recherches Qualitatives*, 28(3), 40-63.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : Une conception, une méthode* Montréal: Béliveau éditeur.
- Rocheffort, M. (2004). Pour une approche typologique des services de proximité. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(1), 112-125.
- Serbati, S., Gioga, G., & Milani, P. (2012). Évaluer pour mieux intervenir: évaluer les résultats et les processus pour améliorer les pratiques d'intervention auprès des familles négligentes. *Enfances, Familles, Générations*(16), 74-94.
- Sheets, J., Wittenstrom, K., Fong, R., James, J., Tecci, M., Baumann, D. J., & Rodriguez, C. (2009). Evidence-based practice in family group decision-making for Anglo, African American and Hispanic families. *Children and Youth Services Review*, 31, 1187-1191.
- Shonkoff, J. P., & Garner, A. S. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), 232-246.
- Simard, J., & Turcotte, D. (1992). La thérapie orientée vers la solution. Un modèle applicable à l'intervention en contexte d'autorité. *Service social*, 41(3), 77-93.
- Spencer, N., & ESSOP. (2007). Social inequalities in child health-towards equity and social justice in child health outcomes. *Child: Care, Health and Development*, 34(5), 631-634.
- Statistiques Canada. (2011). *Seuils de faible revenu avant et après impôt selon la taille de la communauté et de la famille, dollars constants de 2011 : Tableau 202-0801*. Récupéré de <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=fra&id=2020801&pattern=2020801&searchTypeByValue=1&p2=35>.
- Straus, M. A., Kantor, G. K. (2005). Definition and measurement of neglectful behavior: some principles and guidelines. *Child Abuse & Neglect*, 29, 19-29.
- Straus, M. A., Kinard, E. M., & Williams, L. M. (2008). The multidimensional neglectful behavior scale, Form A: Adolescent and adult-recall version (F. R. Laboratory, Trans.). Durham, États-Unis University of New Hampshire.

- Stoecklin, D. (2011). Favoriser l'intervention participative à travers la réflexivité: comparaison entre deux modèles systémiques. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 23(2), 152-166.
- Taber-Thomas, S. M. (2013). *Children's reports of deficient parenting and the prediction of concurrent and disruptive behavior problems*. (Doctoral), University of Iowa, Iowa, États-Unis.
- Tourigny, M., & Lavergne, C. (2000). Incidence de l'abus et la négligence envers les enfants: recension des écrits. *Criminologie*, 33(1), 47-72.
- Tourigny, M., Trocmé, N., Hélie, S., & Larivée, M. C. (2006). Facteurs associés à la décision de recourir au Tribunal de la jeunesse lors de l'orientation des mesures de prise en charge. *Criminologie*, 39(1), 129-150.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Vandna, S., Black, T., Fast, E., Felstiner, C., Hélie, S., Turcotte, D., Weightman, P., Douglas, J., & Holroyd, J. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants - 2008*. Ontario : Agence de la santé publique du Canada.
- Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R., & McKenzie, B. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*. Ontario: Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Trudel, L., Simard, C., & Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? *Recherche Qualitatives*, 5, 38-45.
- Wolock, I., & Horowitz, B. (1984). Child maltreatment as a social problem: the neglect of neglect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54(4), 530-543.

Annexe A

Questionnaire sociodémographique

N° d'id. (recherche) :

Nom assist. de rech. : _____

Date de rencontre : _____/_____/_____

N° dossier (CPSC) : _____

jour mois année

 Temps 1 Temps 2

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

De quel CPSC la famille reçoit-elle des services?

Intervenant référent : _____

Date d'inscription de la famille au CPSC : _____

A) COMPOSITION DE LA FAMILLE

1. L'enfant ciblé par la recherche demeure avec :

 Ses **deux** parents (biologiques ou adoptifs) Ses **deux** parents **en garde partagée**. Précisez : Mère sans conjoint(e) Mère et un(e) conjoint(e);

▪ en couple depuis : _____

(nombre d'années ou de mois)

 Père sans conjoint(e) Père et un(e) conjoint(e);

▪ en couple depuis : _____

(nombre d'années ou de mois)

 Sa mère **seulement** Sa mère et un(e) conjoint(e); en couple depuis : _____

(nombre d'années ou de mois)

 Son père **seulement** Son père et un(e) conjoint(e); en couple depuis : _____

(nombre d'années ou de mois)

 Un ou des membres de sa parenté. Précisez : Autre. Précisez : _____

2. Inscrire les initiales, le sexe et l'âge de tous les membres de la famille qui vivent **actuellement** (à temps plein ou temps partiel) au domicile familial, incluant l'enfant ciblé par la recherche.

Initiales	Sexe	Date de naissance (mois, année)	Lien avec l'enfant ciblé	Pays de naissance	Au Canada depuis (mois, année)

B) SCOLARISATION, EMPLOI ET REVENU FAMILIAL

Recueillir l'information sur le père ou le(la) conjoint(e) de la mère seulement dans le cas où la famille est biparentale ou recomposée. La famille est considérée biparentale ou recomposée lorsque deux figures parentales (même couple depuis la naissance du premier enfant ou famille recomposée) habitent au même domicile à temps plein ou en garde partagée.

3. Encercler le plus haut niveau de **scolarité** atteint.

Mère						Père						Conjoint(e)								
Primaire	1	2	3	4	5	6	Primaire	1	2	3	4	5	6	Primaire	1	2	3	4	5	6
Secondaire	1	2	3	4	5		Secondaire	1	2	3	4	5		Secondaire	1	2	3	4	5	
Sec. professionnel			1	2	3		Sec. professionnel			1	2	3		Sec. professionnel			1	2	3	
Collégial				1	2	3	Collégial				1	2	3	Collégial				1	2	3
Universitaire	1	2	3	4	ou +		Universitaire	1	2	3	4	ou +		Universitaire	1	2	3	4	ou +	

4. Emploi

	Mère	Père	Conjoint(e)
Titre de l'emploi	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Depuis... (nombre d'année ou de mois)	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Statut de l'emploi (Cocher toutes les cases appropriées pour chaque personne)	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <hr/> <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Saisonnier	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <hr/> <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Saisonnier	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <hr/> <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Saisonnier

5. Sources de revenu familial (Cocher toutes les cases appropriées pour chaque personne)

	Mère	Père	Conjoint(e)
Revenus d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestations d'assurance emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestations d'aide sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pension alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocations familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remboursement de taxes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Revenu familial annuel brut (avant impôts), en tenant compte de toutes les sources de revenu de la famille.

Si le répondant ne connaît pas le chiffre exact de son revenu annuel, vous pouvez regarder avec lui ses sources de revenus et en faire un calcul approximatif.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de 10 000 \$ | <input type="checkbox"/> 25 000 à 29 999 \$ | <input type="checkbox"/> 45 000 à 49 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> 10 000 à 14 999 \$ | <input type="checkbox"/> 30 000 à 34 999 \$ | <input type="checkbox"/> 50 000 à 54 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> 15 000 à 19 999 \$ | <input type="checkbox"/> 35 000 à 39 999 \$ | <input type="checkbox"/> 55 000 \$ et plus |
| <input type="checkbox"/> 20 000 à 24 999 \$ | <input type="checkbox"/> 40 000 à 44 999 \$ | |

C) SERVICES REÇUS

7. Veuillez indiquer quels sont les services que les membres de votre famille (vous incluant) ont reçus **depuis la dernière année**. Cochez toutes les personnes ayant reçu chaque service. La

colonne « enfant » renvoie à l'enfant qui participe à la recherche et la case « fratrie » à vos autres enfants.

**Lorsque le participant reçoit plusieurs services, il devient difficile pour lui de bien les catégoriser. Il est important de prendre le temps de bien questionner le participant à ce sujet. Quelques précisions concernant la catégorisation :*

- Lorsqu'un service est offert dans le cadre d'un programme, cocher uniquement la case « programme » (et non celle du service qui est offert dans le cadre de ce programme) et indiquer de quel programme il s'agit.

- Lorsque le participant nomme un service que vous ne connaissez pas, discutez-en avec un membre de l'équipe de recherche.

- Il est important de vérifier auprès du parent si le service d'aide au devoir est offert par le milieu scolaire ou par un organisme communautaire.

**Consignes sur les catégories « aucun service » et « ne s'applique pas »*

- La catégorie « aucun service » doit être cochée lorsque cette personne fait partie de la structure familiale qui participe à la recherche et ne reçoit aucun service. Cette case permet de s'assurer que toutes les informations ont été comptabilisées.

- La catégorie « ne s'applique pas » doit être cochée lorsque cette personne ne fait pas partie de la structure familiale qui participe à la recherche.

a. CPSC

	Mère	Père	Conjoint(e)	Enfant	Fratrie
Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/>				
Aucun service	<input type="checkbox"/>				
Journée clinique	<input type="checkbox"/>				
Autre : _____	<input type="checkbox"/>				
Autre : _____	<input type="checkbox"/>				
Autre : _____	<input type="checkbox"/>				
Autre : _____	<input type="checkbox"/>				
Autre : _____	<input type="checkbox"/>				
Autre : _____	<input type="checkbox"/>				

b. CSSS (mission CLSC)

	Mère	Père	Conjoint(e)	Enfant	Fratrie
Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/>				
Aucun service	<input type="checkbox"/>				
Services psychoéducatifs	<input type="checkbox"/>				
Services psychosociaux (t.s.)	<input type="checkbox"/>				
Services psychologiques	<input type="checkbox"/>				
Soins médicaux (prodigués par un	<input type="checkbox"/>				

médecin)

Services en ergothérapie	<input type="checkbox"/>				
Services en orthophonie	<input type="checkbox"/>				
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>				
Services en nutrition	<input type="checkbox"/>				
Programme SIPPE	<input type="checkbox"/>				
Autre programme d'intervention Précisez : _____	<input type="checkbox"/>				
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/>				

c. Centres jeunesse

	Mère	Père	Conjoint(e)	Enfant	Fratrie
Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/>				
Aucun service	<input type="checkbox"/>				
Services psychoéducatifs	<input type="checkbox"/>				
Services psychosociaux (t.s.)	<input type="checkbox"/>				
Services psychologiques	<input type="checkbox"/>				
Placement	<input type="checkbox"/>				
Programme d'intervention Précisez : _____	<input type="checkbox"/>				
Autre :	<input type="checkbox"/>				

d. Milieu scolaire

	Mère	Père	Conjoint(e)	Enfant	Fratrie
Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/>				
Aucun service	<input type="checkbox"/>				
Services en orthopédagogie	<input type="checkbox"/>				
Services en orthophonie	<input type="checkbox"/>				
Services psychoéducatifs	<input type="checkbox"/>				
Services en éducation spécialisée	<input type="checkbox"/>				
Services en psychologie	<input type="checkbox"/>				
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>				

pour l'impôt					
Service d'aide aux devoirs	<input type="checkbox"/>				
Soutien psychosocial (ex. maison de la famille)	<input type="checkbox"/>				
Visites supervisées ou échanges de garde	<input type="checkbox"/>				
Services en toxicomanie	<input type="checkbox"/>				
Services d'hébergement (ex. violence conjugale)	<input type="checkbox"/>				
Autre :	<input type="checkbox"/>				

g. Autres services non mentionnés plus haut

Il peut s'agir d'un service épisodique tel « le petit déjeuner des pauvres » à Noël.

	Mère	Père	Conjoint(e)	Enfant	Fratrie
Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/>				
Aucun service	<input type="checkbox"/>				
Garderie privée (non-subventionnée)	<input type="checkbox"/>				
Autre :	<input type="checkbox"/>				

Sources : Questionnaire Renseignement sur la famille, AIDES janvier 2009

Grille de cueillette de données au dossier pour le projet SOCEN, portrait des jeunes placés au CJQ-IU

Recherche sur les CPSC, juin 2012

Annexe B

Grille d'entrevue auprès des parents

Entrevue

Introduction

Expliquez le formulaire de consentement et le faire signer en deux copies. En conserver une et remettre l'autre au participant. Remercier la personne de sa participation à l'entrevue. Remplir avec elle le questionnaire sociodémographique. Lui expliquer le déroulement de l'entrevue.

Exemple : «La rencontre sera d'environ une heure, cette entrevue est enregistrée à des fins de recherches. Toutes les informations recueillies ici sont strictement confidentielles. Soyez sans crainte quant à l'utilisation de ce matériel, ce que vous direz ici n'aura aucune conséquence négative pour vous. Les noms des personnes et organismes cités seront masqués lors de la retranscription. Sentez-vous à l'aise de m'interrompre ou de ne pas répondre si la question vous dérange. Avez-vous des questions avant de commencer?»

Objectif de l'entrevue : Mentionner que cette entrevue vise à comprendre certaines retombées de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté auprès des enfants et des familles. Elle cherche aussi à comprendre la perception et l'expérience des enfants et des parents envers les services reçus.

Première partie

Le but de cette section est de connaître la façon dont les enfants et les parents ont été accueillis au Centre de pédiatrie sociale en communauté et l'accessibilité du service.

1. Afin de m'aider à vous connaître un peu, j'aimerais que vous me présentiez les membres de votre famille.	On peut faire un petit dessin explicatif (génogramme).	
2. Qui dans votre famille reçoit des services du CPSC?	Depuis combien de temps? Combien d'enfants reçoivent les services?	
3. Comment avez-vous connu le Centre de pédiatrie sociale?	Qui a eu le premier contact avec eux, dans la famille?	
4. Racontez-moi comment ça s'est passé la première fois que vous êtes venue au Centre de pédiatrie sociale.	Comment avez-vous été accueillie? Que s'est-il passé ? Qui vous a accueillie ?	Comment vous êtes-vous sentie? Comment votre-voe enfants se sont-ils sentis?
5. Est-ce que c'était votre choix de venir chercher de l'aide au CPSC?	Qui vous a référé?	Pourquoi?
6. De quoi votre-voe enfants et vous aviez besoin à ce moment-là?	Quels étaient les besoins de vos enfants ? Quels étaient vos besoins?	
7. Pourquoi êtes-vous venue au Centre de pédiatrie sociale plutôt que dans un autre organisme?	Que pensiez-vous retrouver ici que vous ne trouvez pas ailleurs?	
8. Quel(s) intervenant(s) (profession) sont présents pour vos enfants et vous?	Qu'apprécient vos enfants dans leur façon d'intervenir? Qu'appréciez-vous dans leur façon d'intervenir?	Est-ce que c'est pareil ou différent des autres services que vous avez déjà reçus?

Deuxième partie

Le but de cette section est de comprendre le type de soutien reçu, le rôle de chacun dans le processus d'intervention ainsi que l'expérience des enfants et des parents.

8. Quels sont les services/activités que votre-voe enfants reçoivent au CPSC ?	Avec quel(s) intervenant(s)?	Depuis combien de temps et à quelle fréquence ? En général, qu'est-ce que vos enfants pensent des activités?
9. Vous, comme parent, quels sont les services/activités dont vous bénéficiez ?	Avec quel(s) intervenant(s)?	Depuis combien de temps et à quelle fréquence? En général qu'est-ce que vous pensez de ces services?
10. Avez-vous reçu des services ou participez à des activités en famille?	Lesquelles?	Quelle est votre appréciation de ces activités familiales?

11. Comment vos enfants trouvent-ils les relations avec les différents intervenants au CPSC? Et vous, comment les percevez-vous?	Qu'est-ce qui fait qu'elles soient ainsi, selon vous?	
12. Est-ce que votre-vos enfants se sentent impliqué dans les décisions qui le concernent? Est-ce que vous vous sentez impliquée dans les décisions qui vous concernent ou qui concernent votre-vos enfants ?	Qu'est-ce qu'il fait qu'ils se sentent impliqué (ou non), selon vous? Qu'est-ce qui fait que vous vous sentiez impliqué (ou non)?	Donnez-moi un exemple d'une situation où vous croyez que votre enfant s'est senti impliqué (ou non)? Donnez-moi un exemple d'une situation où vous vous êtes senti impliqué (ou non)?
13. Est-ce que vous sentez que l'opinion de votre-vos enfants est importante pour les intervenants au CPSC? Est-ce que vous sentez que votre opinion est importante pour les intervenants au CPSC?	Qu'est-ce qui vous porte à croire qu'il en est ainsi? Pourquoi?	Donnez-moi un exemple?
14. Est-ce que votre-vos enfants ont déjà reçu de l'aide ou des services d'autres organismes sociaux, communautaires ou du réseau de la santé? Avez-vous déjà reçu de l'aide ou des services d'autres organismes sociaux, communautaires ou du réseau de la santé?	Lesquels? Voient-ils une différence entre ces services et ceux du CPSC? Voyez-vous une différence entre ces services et ceux du CPSC?	Selon vous qu'est-ce qu'il y a de pareil? Qu'est-ce qu'il y a de différent?

Troisième partie

Le but de cette section est de comprendre l'expérience concrète de l'enfant ou du parent à l'aide d'un évènement précis. La narration doit inclure des détails, comme des lieux, les personnes impliquées, etc. Nous cherchons ici à obtenir des faits et non des opinions.

15. J'aimerais que vous preniez quelques minutes pour réfléchir à un évènement marquant positif que votre-vos enfants ou vous-même avez vécu au CPSC ?	Que s'est-il passé?
16. Comment la ou les intervenant(s) ont-ils agi durant cet évènement?	Quel était la profession de ce ou ces intervenant(s) ?
17. Comment votre-vos enfants ont réagi? Comment avez-vous réagi?	Comment votre-vos enfants se sentaient à ce moment? Comment vous sentiez-vous à ce moment?
18. Est-ce que votre-vos enfants ou vous-même avez eu l'impression que vous aviez de la place pour exprimer vos attentes ou vos préoccupations?	Si oui, qu'est-ce qui vous donnait cette impression? Sinon, quels étaient les obstacles ou les empêchements?
19. Durant ce moment, est-ce que votre-vos enfants ou vous-même, vous sentiez capable d'avoir de l'influence pour que les choses se déroulent comme vous le souhaitiez?	Si oui, qu'est-ce qui vous donnait cette impression? Sinon, quels étaient les obstacles ou les empêchements?
20. Dans cet évènement, qu'est-ce qui a été facile pour	Qu'est-ce qui a aidé vos enfants?

vosre-vos enfants ou pour vous-même?	Qu'est-ce qui vous a aidé? Qu'est-ce que vosre-vos enfants ont trouvé de plus difficile? Qu'avez-vous trouvé de plus difficile? Si oui, en quoi?
21. Est-ce que l'attitude de l'intervenant, envers vosre-vos enfants et à votre égard, a changé suite à cet évènement?	
22. Qu'est-ce qui était important pour vosre-vos enfants et pour vous-même dans cet évènement?	Qu'est-ce que ça a changé pour vosre-vos enfants ou vous-même? Trouvez-vous que cet évènement représente bien l'approche du CPSC? Auriez-vous souhaité que ça se passe différemment?
23. Pouvez-vous me nommer ce que vosre-vos enfants aiment le plus du centre CPSC? Et vous ?	Qu'est-ce qu'ils aiment le moins? Et vous?
24. Est-ce qu'ils aimeraient que certaines choses soient différentes au centre CPSC? Et vous?	Lesquelles? Et vous?

Quatrième partie

Le but de cette section est de conclure la rencontre en ayant une idée globale de la perception du parent, des services reçus par le CPSC. Nous voulons comprendre l'historique des changements et si le participant attribut ces changements au CPSC.

25. Depuis votre implication au CPSC, avez-vous observé des changements chez vosre-vos enfants?	Si oui, lesquels et depuis combien de temps?	Pourquoi selon vous?
26. Depuis votre implication au CPSC, avez-vous observé des changements chez vous, comme parent?	Si oui lesquels et depuis combien de temps?	Pourquoi selon vous? À quoi attribuez-vous ces changements?
27. Depuis votre implication au CPSC, avez-vous observé des changements chez votre famille?	Si oui lesquels et depuis combien de temps?	Pourquoi selon vous?
28. En général, quelle est votre appréciation du CPSC?		
29. Pour terminer, si vous aviez à décrire le CPSC en à un ou un(e) ami(e), comment le décririez-vous?	Quelles sont ces forces? Quelles sont ces limites?	Pourquoi?

Conclusion

Prenez le temps de bien remercier la personne.

Exemple : «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. Soyez assuré(e) que nous respecterons grandement l'ouverture avec laquelle vous avez partagé vos expériences personnelles. 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 ou votre intervenant de suivi. Avez-vous d'autres choses à ajouter concernant les services que vous recevez pour vous et vos enfants? Merci encore et bonne journée»

Une fois le magnétophone éteint, demandez à la personne comment elle a trouvé son expérience. Ne pas hésiter à partager avec elle ce qui nous a touchés ou ce que l'on a trouvé intéressant dans son récit.

Annexe C

Formulaire de consentement aux parents



Formulaire de consentement

Titre de la recherche : Analyse qualitative des retombées de la pédiatrie sociale en communauté auprès des enfants et des parents.

Étudiante-chercheure : Caroline Gosselin
Chercheure principale : Marie-Ève Clément

Bonjour,

Vous êtes invité à participer à une recherche menée dans le cadre de ma maîtrise en psychoéducation. Cette recherche vise à comprendre votre perception du Centre de pédiatrie sociale en communauté de Montréal (CPSC). Elle s'inscrit dans une recherche plus large menée sur les Centres de pédiatrie sociale au Québec qui est financée par le FRQSC sous la direction de Marie-Ève Clément, professeure à l'Université du Québec en Outaouais. Elle a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais. Votre participation consistera en une rencontre d'environ 60 minutes où je vous poserai des questions sur votre expérience au CPSC. Cette rencontre sera enregistrée et fera ensuite l'objet d'une retranscription écrite. Une compensation de 25\$ vous sera offerte pour votre participation à la recherche.

Il n'y a pas de risque associé à votre participation à cette recherche. C'est-à-dire que le niveau de risque est minimal, soit équivalent aux aspects de votre vie quotidienne. Toutefois, si certaines questions vous rendent mal à l'aise ou vous font revivre des émotions difficiles, n'hésitez pas à m'en faire part et nous pourrions communiquer avec votre intervenant du CPSC. Votre participation à cette recherche aidera à comprendre comment est perçue la pédiatrie sociale en communauté à Montréal dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve.

Les données recueillies seront traitées de manière confidentielle. Un code numérique vous sera attribué et les données seront gardées dans un classeur verrouillé. Les informations recueillies lors de cette recherche seront conservées 5 ans et seront ensuite détruites. Les membres de l'équipe de recherche doivent signer un formulaire d'engagement à la confidentialité, c'est-à-dire qu'ils s'engagent à ne divulguer vos réponses à personne. De plus, les informations que vous donnerez ne seront pas mentionnées dans votre dossier au Centre de pédiatrie sociale en

communauté. Vous pouvez vous retirer du processus de recherche à n'importe quel moment, sans préjudice. Cela n'affectera en rien les services que vous recevez au CPSC.

Si vous avez des questions à propos de cette recherche, vous pouvez communiquer avec moi à l'Université du Québec en Outaouais au 450-530-7616 (poste 4808). Il me fera plaisir de répondre à vos questions. Vous pouvez également communiquer avec Madame Marie-Ève Clément au 450-530-7616 (poste 2339) ou avec le président du Comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais, Monsieur André Durivage, par courriel : andre.durivage@uqo.ca

Les résultats de cette recherche seront diffusés en tant que données de groupe dans le cadre d'un mémoire et/ou d'article scientifique. Aucun nom ne sera mentionné et il n'y aura pas de résultat individuel.

Consentement

Je comprends le contenu de ce formulaire et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Nom du participant : _____

Signature du participant : _____ Date : _____

Signature de l'étudiante- chercheuse : _____ Date : _____

Annexe D

Certificat d'éthique



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca

Gatineau, le 14 février 2014

Notre référence : 1524

Mme Marie-Ève Clément
Professeure
Département de psychoéducation et de psychologie

Objet : **Renouvellement du certificat d'éthique pour le projet :**
Analyse des particularités et des retombées de l'approche de pédiatrie sociale telle qu'implantée au Québec et de son intégration dans le système actuel des services sociaux de santé

Madame,

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 2015.

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 devrez nous faire parvenir votre rapport de suivi continu avant le 11 février 2015.

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


 Pour André Durivage
 Professeur
 Département des sciences administratives

 coordinatrice du CÉR