

CENTRE D'ÉTUDES ET
DE RECHERCHE EN
INTERVENTION
FAMILIALE



CHAIRE DE RECHERCHE
DU CANADA SUR
LA SANTÉ PSYCHOSOCIALE
DES FAMILLES

LES FAMILLES AU CŒUR DE LA RECHERCHE APPLIQUÉE : CONTRIBUTIONS DE LA RELÈVE

Actes du 1^{er} colloque étudiant du Centre
d'études et de recherche en intervention
familiale (CÉRIF) tenu le 27 avril 2017

CAHIER DE RECHERCHE N^o 9

Kévin Lavoie
Pascale de Montigny Gauthier
Francine de Montigny

Janvier 2018



cerif.uqo.ca

Coordination de la conception des cahiers

Francine de Montigny, Ph. D., professeure en sciences infirmières, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles, Université du Québec en Outaouais

Soutien financier

Ces cahiers sont rendus possibles grâce au soutien financier des organisations suivantes :

- Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles;
- du Centre d'études et de recherche en intervention familiale (CERIF), un centre de recherche soutenu par l'Université du Québec en Outaouais.



Il est possible d'obtenir des copies de ce document (en format PDF) en s'adressant à :

Francine de Montigny
Université du Québec en Outaouais
283, boul. Taché, C.P. 1250, succ. Hull
Gatineau (Québec) Canada J8X3X7
Francine.demontigny@uqo.ca
Cerif.uqo.ca

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à la condition de mentionner la source de la manière suivante :

Lavoie, K., deMontigny Gauthier, P. & deMontigny, F. (2018). *Les familles au cœur de la recherche appliquée : contributions de la relève. Actes du 1^{er} colloque étudiant du Centre d'études et de recherche en intervention familiale tenu le 27 avril 2017. Cahier de recherche n° 9.* Saint-Jérôme, Canada : Université du Québec en Outaouais.

Révision et mise en page :
Kévin Lavoie

Infographie :
Ghyslaine Lévesque

Les familles au cœur de la recherche appliquée : contributions de la relève

Actes du 1^{er} colloque étudiant du Centre d'études
et de recherche en intervention familiale (CÉRIF)
tenu le 27 avril 2017 au campus Saint-Jérôme
de l'Université du Québec en Outaouais

Sous la direction de
Kévin Lavoie
Pascale deMontigny Gauthier
Francine deMontigny

Janvier 2018

Table des matières

Mot de la directrice.....	1
<i>Francine deMontigny</i>	
Mot du comité organisateur.....	3
<i>Kévin Lavoie et Pascale deMontigny Gauthier</i>	

Familles et réalités masculines : intervenir auprès des pères et des garçons

Les services thérapeutiques offerts aux garçons victimes d'abus sexuels sont-ils adéquats?.....	6
<i>Tatou Lachaine Parisien</i>	
L'acte filicide paternel : quand « devenir père » représente un risque majeur pour la subjectivité	7
<i>Kathleen Beuvelet</i>	
Les expériences des pères des soins aux enfants atteints de cancer : une méta-synthèse qualitative.....	12
<i>Naiara Barros Polita</i>	
Contact peau-à-peau avec son bébé prématuré : stress paternel et différences individuelles	17
<i>Valérie Gingras</i>	

Familles à la marge : expériences, défis et stratégies

Le passage du conjugal au parental après un diagnostic d'infertilité féminine	25
<i>Delphine Collin-Rambeaud</i>	
Lorsque Facebook joue les entremetteurs : gestation pour autrui et réseaux socionumériques	30
<i>Kévin Lavoie</i>	
La vie de famille et la coparentalité lorsqu'un parent est militaire.....	36
<i>Geneviève Mercier</i>	
Parentalisation contrariée chez les jeunes en difficulté : un travail de mémoire difficile ?.....	42
<i>Caroline Baret</i>	

Les expériences parentales au prisme des politiques et des pratiques sociales

Concilier travail/famille/bien-être, est-ce possible pour les parents d'aujourd'hui ?..... 49
Karine Sauvé

Adopter suite à une catastrophe naturelle : l'impact sur la parentalité adoptive 54
Angela Esquivel

Complémentarité des relations d'attachement :
données préliminaires sur le profil sociodémographique des parents 57
Jane Aubertin

Approche aux parents et amélioration de l'offre de services : réponse aux besoins
des familles quant au dépistage des retards développementaux de 0-5 ans 62
Mélynda Cantin

Jeunes et familles : identités, quêtes de sens et antécédents familiaux

Caractéristiques familiales des adolescentes présentant une anorexie mentale :
identification de profils familiaux spécifiques..... 64
Christina Blier

L'expérience de placement des enfants autochtones
de la communauté d'Uashat mak Mani-Utenam 69
Émilie Dugré

Devenir two-spirit au Canada au XXI^e siècle : le coming out
au cœur des dynamiques familiales...au fil du Jeu de l'oie (loi) systémique..... 70
Madeleine Begue

Le processus d'attribution du sens du deuil périnatal..... 75
Sabrina Zeghiche

Changements conjugaux liés à l'immigration..... 80
Lori Leblanc

Mot de la directrice

Francine deMontigny

Professeure en sciences infirmières
Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles
Centre d'études et de recherches en intervention familiale (CÉRIF)
Université du Québec en Outaouais



Chers étudiants, enseignants, chercheurs et futurs chercheurs,

Le Centre d'études et de recherche en intervention familiale (CÉRIF) de l'Université du Québec en Outaouais, que je chapeaute depuis 2010, a comme mission de mieux comprendre l'expérience de transitions vécues par les familles telles la naissance ou le décès d'un enfant, de même que de développer de modèles d'interventions afin d'améliorer les soins et les services à leur égard. Le CÉRIF regroupe une équipe dynamique qui comprend une vingtaine de chercheurs et collaborateurs ayant des expertises diversifiées et provenant de différentes universités québécoises et internationales.

Les travaux du CÉRIF s'organisent autour de trois axes de recherche principaux :

1. Expliquer l'expérience de santé des familles lors d'événements de la vie telles la naissance, la mort, la maladie, l'immigration;
2. Mieux comprendre l'expérience des personnes et des familles qui vivent en situation de vulnérabilité (pauvreté, manque de soutien social, par exemple);
3. Construire, implanter et évaluer des modèles d'actions novateurs pour promouvoir la santé psychosociale des familles.

À titre d'exemples, les chercheurs du CÉRIF et leurs collaborateurs des milieux de soins portent divers projets, dont l'Initiative Amis des pères au sein des familles (IAP), Vers l'amélioration des soins pour les femmes vivant une fausse couche à l'urgence, Parentalité et procréation ou encore Immigr'en famille.

La Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles a aussi été partenaire de ce colloque. Sous ma direction, la Chaire vise à mieux comprendre la santé psychosociale des parents en période périnatale et leurs déterminants (facteurs de risque et de protection) et à mieux intervenir par des pratiques professionnelles exemplaires à l'égard des pères et des mères ayant de jeunes enfants. La Chaire et le CÉRIF ont également pour mission de contribuer à la formation de la relève étudiante.

L'idée d'un colloque étudiant porté par le CÉRIF fut d'abord lancée par le doctorant Kévin Lavoie en 2015. Deux ans plus tard, au printemps 2017, ce fut un immense plaisir de tenir ce premier colloque étudiant conjoint du CÉRIF et de la Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles, au campus de St-Jérôme de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

Je suis très fière que ce premier colloque, organisé par monsieur Kévin Lavoie et madame Pascale deMontigny Gauthier, ait rejoint près du triple du nombre de participants attendus. Trente et une propositions furent reçues, 16 communications orales et 13 affiches furent retenues. Près de 70 étudiants représentant dix universités, dont huit canadiennes¹ et deux à l'international², ont participé, partageant leur passion pour la santé et le bien-être des familles. Ces étudiants nous ont entretenus à propos des besoins des familles, des contextes particuliers dans lesquels elles évoluent, et des services à leur égard.

Résolument interdisciplinaire, ce premier colloque étudiant a rassemblé sept disciplines (psychologie, travail social, sciences infirmières, sciences humaines appliquées, sexologie, sociologie, psychoéducation), illustrant que la famille est au cœur de nos préoccupations. Bien que ce fut majoritairement des étudiants de troisième cycle qui présentèrent, nous sommes heureux d'avoir aussi permis aux étudiants de premier et deuxième cycle de présenter le fruit de leurs travaux.

Cette journée fut aussi l'occasion de nourrir nos relations avec les partenaires de la région, provenant d'organismes de santé, des services sociaux, communautaires et de l'éducation, qui ont participé à ce premier colloque étudiant afin de partager avec les conférenciers leurs préoccupations en lien avec les familles et s'inspirer des plus récents travaux dans le domaine. Nous avons aussi eu le privilège d'entendre madame Isabel Côté, professeure en travail social à l'UQO, nous entretenir des enjeux de la méthodologie de recherche auprès des enfants. Cette classe de maître a conclu une journée passionnante.

En tant que directrice du CÉRIF, je suis extrêmement fière de cette première édition du colloque étudiant, qui a contribué à la formation de la relève en études et recherches sur les familles. Les évaluations de la journée mettent en évidence la qualité des présentations, et le dynamisme de cette belle relève. Un immense merci aux étudiants ayant partagé avec brio leurs recherches ainsi qu'aux professeurs ayant permis de faire cheminer leurs réflexions. Ces actes de colloque sont le fruit de cette journée de réflexion et de partage à la rencontre des familles. L'événement ayant été couronné de succès, nous renouvellerons certainement l'expérience !

¹ Université du Québec en Outaouais (UQO), Université de Montréal, Université du Québec à Montréal (UQÀM), Université Laval, Université Sherbrooke, Université d'Ottawa, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

² Université de Sao Paulo au Brésil et l'Université Toulouse Jean-Jaurès en France.

Mot du comité organisateur

Kévin Lavoie et Pascale deMontigny Gauthier

Membre étudiant & coordonnatrice de recherche
Centre d'études et de recherche en intervention familiale (CÉRIF)
Université du Québec en Outaouais

Le Centre d'études et de recherche en intervention familiale (CÉRIF) a tenu le 27 avril 2017 la première édition de son colloque étudiant au campus Saint-Jérôme de l'Université du Québec en Outaouais.

Pour cette occasion, nous souhaitons réunir les contributions de la relève et favoriser un dialogue interdisciplinaire sur les réalités familiales et l'intervention auprès des familles, en mettant en lumière les travaux de recherche appliquée menés par des jeunes chercheur-e-s de divers horizons. Objectif atteint, comme en témoigne l'engouement témoigné dans la foulée du lancement de notre appel à participation.

Nous avons construit la programmation autour de quatre sessions thématiques, chacune abordant différentes facettes des études familiales et des enjeux actuels rencontrés dans les milieux de pratique œuvrant auprès des familles.

La première session intitulée « **Familles et réalités masculines : intervenir auprès des pères et des garçons** » s'inscrit dans le champ émergent de la recherche sur les masculinités. Les quatre communications évoquent la préoccupation d'adapter les pratiques d'intervention aux besoins des hommes et des garçons, et ce, en documentant leurs expériences et les stratégies d'adaptation déployées pour surmonter leurs difficultés ou favoriser leur bien-être et leur engagement au sein de la famille.

La deuxième session « **Familles à la marge : expériences, défis et stratégies** » réunit un panel audacieux consacré aux réalités familiales méconnues et peu explorées sur le plan scientifique : infertilité et procréation assistée, coparentalité et Forces armées, parentalité en situation de grande précarité. Les quatre contributions mettent de l'avant la pluralité des expériences familiales qui dérogent aux normes sociales contemporaines.

La troisième session « **Les expériences parentales au prisme des politiques et des pratiques sociales** » se penche sur les trajectoires parentales et les réponses déployées pour soutenir les familles lors de transitions variées, tant sur le plan de l'organisation des services que le développement et l'implantation de programmes d'intervention novateurs.



La quatrième et dernière session « **Jeunes et familles : identité, quêtes de sens et antécédents familiaux** » propose une exploration des ancrages identitaires et culturels des membres de la famille, de même que leurs implications pour le processus de demande d'aide et l'intervention psychosociale.

Dans le but de « laisser une trace » de cette première édition, nous vous proposons des actes de colloque, sous forme de 17 courts textes qui résument l'état des connaissances dans un domaine d'intérêt ou présentent des résultats de recherches empiriques sur les familles. Il s'agit d'une invitation à mieux connaître les préoccupations actuelles et les travaux de la relève, ainsi que d'une belle opportunité de diffusion et de démocratisation des savoirs scientifiques.

Nous profitons de l'occasion pour remercier toutes les personnes ayant participé au colloque. Nos remerciements vont également à la professeure Francine deMontigny, directrice du CÉRIF et titulaire de la Chaire de recherche sur la santé psychosociale des familles, pour son soutien et ses encouragements tout au long du projet, de son idéation à sa concrétisation.

Bonne lecture !

Familles et réalités masculines : intervenir auprès des pères et des garçons

Les services thérapeutiques offerts aux garçons victimes d'abus sexuels sont-ils adéquats ?

Tatou Lachaine Parisien

Maitrise en travail social

Sous la direction de Sylvie Thibault

Département de travail social, Université du Québec en Outaouais

Courriel : tparisien@ciasf.org

Résumé

Cette communication présente les résultats préliminaires d'une recherche qualitative ayant pour but de documenter le point de vue des garçons victimes d'abus sexuel quant aux interventions sociales dont ils ont bénéficié suite au dévoilement.

Les savoirs scientifiques et d'expériences accumulés dans les dernières décennies ont permis de brosser le portrait symptomatologique de la victimisation sexuelle chez les enfants et leurs besoins en matière d'intervention, mais sans différenciation de genre. Différents programmes d'intervention ont pu ainsi être élaborés, déployés et offerts, notamment le programme thérapeutique développé par le Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille (CIASF), pratique issue de la région de l'Outaouais et exportée ailleurs au Québec et dans le monde. Ni la communauté scientifique ni la communauté de pratiques n'étaient pourtant en mesure d'affirmer avec conviction que les interventions sociales et thérapeutiques développées au départ pour les filles soient également pertinentes, adaptées ou efficaces auprès des jeunes garçons. Confirmer l'adéquation des services pour les victimes masculines représente un défi de taille car les jeunes garçons, dû à leur socialisation de genre, sont moins enclins à dévoiler l'abus sexuel, accepter l'aide thérapeutique et compléter leur démarche, tout en ayant envie par la suite de partager leur expérience personnelle dans le cadre d'une étude.

Afin d'établir une analyse compréhensive de leur victimisation et de leurs besoins spécifiques en matière d'intervention, les données ont été colligées et analysées à partir d'un cadre théorique de la socialisation de genre. Au total, 8 garçons ont accepté de partager leurs points de vue. Les connaissances issues de cette étude pourront permettre de mieux comprendre l'expérience de jeunes garçons victimes, mais surtout de mieux adapter les interventions qui leur sont offertes.

L'acte filicide paternel : quand « devenir père » représente un risque majeur pour la subjectivité

Kathleen Beuvelet

Doctorat en psychologie

Sous la direction de Sonia Harrati et Christiane Joubert

Département de psychologie, Université Toulouse II Jean-Jaurès

Courriel : kate.beuvelet@gmail.com

Cette recherche, soutenue par une épistémologie située à l'interface de la clinique psychologique et psychopathologique, se donne pour objectif d'étudier l'acte filicide chez les pères. Nous avons choisi d'utiliser ce mot complexe car il désigne à la fois le meurtre d'un enfant et met en évidence un lien de parenté entre la victime et l'auteur, en l'occurrence ici le père. Pourquoi alors avoir choisi de travailler spécifiquement sur les pères? Depuis 1970, la plupart des écrits publiés ont porté majoritairement sur les femmes, ce qui a d'ailleurs amené certains auteurs à conclure, à tort, que ce geste serait exclusivement maternelle. De nos jours, même s'il est admis que le meurtre d'un enfant peut être commis par l'un des deux parents (Harrati, Chraïbi & Vavassori, 2012), la problématique des femmes auteurs de ces actes demeure la plus étudiée du fait qu'elle occupe une place importante dans le discours public, mais aussi clinique. Il est donc apparu intéressant de comprendre quels sont les processus qui sous-tendent la réalisation d'un acte meurtrier chez les pères. Plus précisément, notre objectif était de comprendre pourquoi et comment l'expérience de la paternité pouvait-elle se révéler nocive au point de devenir un risque pour la subjectivité?

Devenir parent, et dans le cas présent « devenir père » est l'un des plus grands bouleversements dans la vie d'un individu et mobilise de nombreux processus psychiques. Lorsqu'un homme devient père, c'est un fils qui devient père, il s'agit donc d'une période où se rejoue et se réactualise les relations que cet homme entretenait avec ses propres parents. Ce passage représente également un enjeu généalogique : en devenant père, l'individu va modifier son inscription symbolique dans la chaîne générationnelle. Tous ces remaniements narcissiques, identitaires et généalogiques que suscitent l'avènement de la paternité passent par la mobilisation des expériences infantiles. Le futur père peut ainsi être amené à vivre une transition susceptible de l'amener à une réémergence d'images, de sons et d'émotions jusque-là refoulés (Millaud, 1998). Parfois, ces souvenirs infantiles peuvent revêtir une dimension traumatique. Le père, débordé par les réminiscences de sa propre enfance, risque alors de ne plus envisager son enfant comme un petit être vulnérable, mais comme un tyran source de toutes les frustrations. Le meurtre de l'enfant réel serait alors une solution de « régler » certaines problématiques du passé.

Présentation d'un cas clinique

Les recherches menées sur le filicide des pères ont permis l'élaboration de nombreuses hypothèses pour tenter d'expliquer le sens et la fonction de ces actes, mais ce, jamais en lien avec l'inscription dans la filiation; et pourtant, l'acte filicide ne serait-il pas une tentative de sortir d'une impasse généalogique? Autrement dit, le filicide ne permettrait-il pas au sujet de rétablir sa place au sein de la filiation? Pour illustrer ces propos, nous avons présenté un cas clinique que nous avons appelé Laurent.

D'un point de vue méthodologique, nous avons utilisé l'entretien de recherche semi-directif, à cinq reprises, à raison d'une fois par semaine. Laurent, condamné pour un acte criminel filicide, est incarcéré dans un centre de détention depuis douze ans. Lors de notre première rencontre, il commence par aborder sa petite enfance et plus précisément les nombreux événements traumatiques qui sont venus émailler cette période. Il me raconte notamment l'alcoolisme chronique paternel, les violences intra-conjugales, le départ de son père quand il avait quatre ans, la dépression réactionnelle de sa mère et enfin, son placement partiel dans un foyer avec son frère jusqu'à sa majorité.

Du fait de la fragilité de sa mère, il endosse très vite le rôle du père protecteur et autoritaire, se coupant ainsi de ses propres besoins pour répondre à ceux de sa famille, particulièrement à ceux de sa mère. Revêtir cette position de père n'est pas sans conséquence, car il ne sera jamais confronté au « non », incarnant lui-même l'autorité. Ce sentiment de toute-puissance ne semble pas lui avoir permis d'intérioriser les interdits et d'expérimenter la frustration, entraînant alors une agressivité incontrôlée dont son frère a été victime. Ce dernier a effectivement reçu plusieurs coups de couteaux lorsqu'il a voulu s'interposer dans un conflit opposant Laurent à leur mère.

Après une adolescence turbulente avec des comportements délinquants et violents, Laurent va vivre dans la rue. Il rencontre alors Noémie et s'engage dans une relation de couple. Noémie est une personne très fragile, dépressive et carencée affectivement avec un lourd passé traumatique. Cette première relation conjugale est marquée par un mode de vie marginale, voire chaotique. Tous deux sans emploi, ils mendiaient et Laurent devait parfois voler pour vivre. Mais cette solution lui coûtera une première condamnation pour vol en réunion avec violence. Son incarcération signe la fin de sa relation avec Noémie qui était alors enceinte. Le couple ne gardera aucun contact, Laurent n'a jamais connu son enfant.

Peu après sa séparation, il rencontre Marie, la future mère de ses trois filles. Cette nouvelle relation se caractérise par une forte dépendance de Marie envers lui sur les plans financier et affectif. Rapidement, nous nous sommes aperçus que Marie possédait de nombreux traits en commun avec Noémie, mais aussi avec la mère de Laurent. En effet, toutes les trois sont décrites comme fragile, voire dépressive et manifestent une certaine immaturité affective ainsi qu'une tendance à la passivité. Par ailleurs, Laurent considère la conduite de Marie inappropriée par rapport à l'éducation des enfants. Au moment du drame, il explique qu'il était en arrêt maladie pour seconder, voire suppléer les insuffisances de sa compagne. Ainsi, tout comme il l'avait déjà fait dans son enfance, il doit de nouveau pallier à la défaillance maternelle.

Excédé par ce comportement, il explique que son passage à l'acte était en partie motivé par l'incurie et la désinvolture de sa compagne. Tout nous laisse alors penser que Laurent a reporté sur ses filles les griefs engendrés par l'absence de leur mère, absence que l'on pourrait mettre en lien avec celle de sa propre mère.

Cette considération nous a conduit à supposer que l'acte filicide aurait été commis dans le but complexe de mettre un terme à cette répétition transgénérationnelle (Joubert, 2004). Au fur et à mesure de l'entretien, le vécu de la paternité est apparu complexe chez Laurent car aucun de ses quatre enfants n'ont été désirés. Un an plus tard, alors que le couple s'est adapté aux changements liés à l'arrivée d'un premier enfant, ils ont une deuxième fille, Sophie qui naît dans un contexte de grossesse non désirée et non préparée sur les plans affectifs et matériels. Moins de deux ans après la naissance de Sophie, cette situation se répète : Marie met au monde Ana dans un contexte de grossesse déniée. Au moment des faits, Laurent était en état de récidive légale, puisqu'il avait, par le passé, violé Sophie alors âgée de trois mois. Face aux difficultés pour alimenter l'enfant, il a perdu son sang-froid et l'a violemment secoué. Pour Ana, nous assistons à la répétition d'une violence impulsive et non maîtrisée, selon un même schéma : la violence non contenue semble s'inscrire dans un contexte de frustration. Suite aux pleurs incessants d'Ana, âgée d'un mois, Laurent excédé, l'a violemment frappé. Il reconnaît s'être déchaîné sur l'enfant qui décèdera dans la nuit.

Quelques pistes d'analyse

La trajectoire de vie de Laurent est marquée par la répétition d'événements traumatiques, notamment au moment de la petite enfance et de l'adolescence. Face à l'absence du père, ce dernier a décidé de combler cette place laissée vacante en se positionnant lui-même en tant que tel. Du côté maternel, la transmission des repères symboliques dans les liens a été insuffisante, comme en témoignent la position de parentification de Laurent à l'égard d'une mère enfantine. Les positions généalogiques n'ont pas été bien établies dans ce groupe familial, Laurent n'a pas pu s'inscrire en tant que fils. L'acte filicide semble alors avoir été une solution généalogique dans la mesure où il semble aujourd'hui être parvenu à rétablir sa place dans la filiation.

Il semble également être parvenu à se réapproprier une certaine part de sa violence et a pu entamer une réflexion pertinente sur son passage à l'acte, notamment grâce à un suivi psychologique. Il est aujourd'hui dans une démarche d'évolution positive et souhaite rattraper certaines choses avec ses enfants. Il entretient également des rapports solides avec sa mère et son frère qui se rendent régulièrement aux parloirs. Sa mère désormais très présente lui apporte un soutien essentiel dont il n'avait encore jamais pu bénéficier. Cette situation semble enfin lui permettre d'expérimenter cette place d'enfant qu'il n'avait jamais pu revêtir auparavant.

En guise de conclusion

Nous souhaitons clore ce travail sur les éventuelles modalités de prises en charge et d'accompagnement de ces pères et de leur famille. Selon nous, il y aurait un double intérêt praxéologique que l'on pourrait situer à deux niveaux : d'une part, dans une démarche à visée préventive et d'autre part, dans un accompagnement psychique après acte.

Dans l'acte filicide, le problème provient essentiellement de la filiation, ce lien invisible qui unie chacun d'entre nous à ses ascendants et descendants. Bien qu'invisible, ce lien est pourtant indispensable à la construction psychique de chacun. Toutefois, la clinique montre combien, parfois, cette relation très spécifique entre un père, une mère et son enfant peut ne pas se faire. Dans ces cas, des tentatives de soutien par un tiers social, psychologique ou psychiatrique, et notamment des thérapies familiales, peuvent être mis en place pour tenter de relancer cette relation et ainsi éviter l'apparition de certains troubles de la filiation. Au regard des lourdes conséquences qu'une inscription problématique (voire une absence d'inscription) dans la filiation peut entraîner, la constitution du lien parent-enfants et l'élaboration de la filiation psychique, devraient être une préoccupation pour tous.

Quelles prises en charge pourrait-on proposer à ces pères qui ont commis l'irréparable? Certains auteurs, tel que Balier (2003) ou encore Ravit (2013), ont mené des travaux qui ont largement contribué à ouvrir le champ du soin psychique en milieu carcéral et à dégager la spécificité de la prise en charge de cette clinique. Il semblerait principalement que ces sujets soient, pour la plupart, dans l'incapacité « de formuler de réelle demande fondée sur le repérage interne d'une souffrance psychique » (Brun & Roussillon, 2016, p. 78-79). Comme le souligne Ciavaldini (2015, p. 34) « être violent ce n'est pas être fou ». De plus, les suivis psychothérapiques sont généralement imposés après un jugement. Dans de telles conditions, les sujets parviennent rarement à se saisir de ce dispositif et à s'investir dans une démarche de soin.

Ces nouvelles cliniques invitent donc à penser des dispositifs de soins spécifiques. Face aux difficultés rencontrées par les cliniciens en situation individuelle, il a notamment été mis en avant la pertinence des dispositifs groupaux pour faciliter l'accès à la symbolisation et mettre au travail la transmission psychique inconsciente entre les générations chez ces sujets auteurs d'agir violents/criminels (Savin, 2001).

Références

- Balier, C. (2003). *Psychanalyse des comportements violents* (6^{ème} éd.). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Brun, A., Roussillon, R. & al. (2016). *Aux limites de la symbolisation : Désymbolisation et asymbolisation*. Paris, France : Dunod.
- Ciavaldini, A. (2015). Pertinence des dispositifs groupaux dans la prise en charge des auteurs de violences. Un dispositif spécifique : le psychodrame bi-modal. *Le Carnet psy*, 192(7), 33-38.

- Harrati, S., Chraïbi, S. & Vavassori, D. (2012). De la violence des mères et de ses répétitions : à propos d'un cas de filicide ou l'histoire d'une liaison dangereuse. *Cahiers de psychologie clinique*, 39(2), 63-84.
- Joubert, C. (2004). Psychanalyse du lien familial. *Le divan familial*, 12(1), 161-176.
- Millaud, F. (1998). *Le passage à l'acte, Aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris, France : Masson.
- Savin, B. (2001). Crime et famille. *Le Divan familial*, 6(1), 35-42.

Les expériences des pères des soins aux enfants atteints de cancer : une méta-synthèse qualitative

Naiara Barros Polita

Doctorat en sciences infirmières

Sous la direction de Lucila Castanheira Nascimento et Francine de Montigny

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (Brésil)

Département de sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

Courriel : naiarapolita@hotmail.com

Lorsqu'un enfant est atteint de cancer, des répercussions physiques, sociales et émotionnelles font partie de l'expérience de sa famille. Le père, en tant que membre de la famille, occupe un rôle important en ce qui concerne les soins prodigués aux enfants et adolescents atteints de cancer. Bien que les pères soient des acteurs importants auprès de leur enfant, on connaît peu leurs expériences (Cox, 2016). Des études qualitatives ont fait ressortir les aspects importants des soins paternels dans le contexte du cancer chez l'enfant. Cette méta-synthèse vise à résumer et analyser les données probantes qualitatives sur l'expérience du père des soins aux enfants atteints de cancer.

Méthode

Il s'agit d'une méta-synthèse qualitative, suivant l'approche proposée par Sandelowski & Barroso (2007), qui implique les étapes suivantes : identification de la question de la recherche, examen systématique et sélection des articles à revoir, évaluation des articles choisis, extraction de données et préparation de la synthèse. La question ayant orienté la revue des écrits est : « Quelle est l'expérience des pères des soins à leurs enfants atteints de cancer? ».

Afin de répondre à cette question, une recherche dans la littérature a été effectuée par deux chercheurs, de façon indépendante, entre mars et mai 2016, et à l'aide de six bases de données : PubMed, Scopus, CINAHL, Web of Science, CUIDEN et Lilacs. Les mots-clés suivants ont été utilisés : *fathers*, *child*, *adolescent* et *cancer*, ainsi que les opérateurs booléens « AND » et « OR ». Nous avons décidé de considérer uniquement les articles publiés en portugais, en espagnol ou en anglais, et de limiter la recherche aux articles publiés entre 1995 et 2015.

Les critères d'inclusion étaient les suivant : a) articles d'études qualitatives ou descriptives (avec analyse qualitative des données), réalisées auprès des pères et qui portent sur leur expérience des soins à leur enfant atteint de cancer; b) articles qui portent sur le père et les autres membres de la famille, dont les résultats concernant le père sont présentés et analysés séparément; c) études de méthode mixte, dont les résultats qualitatifs sont présentés et analysés séparément des données quantitatives.

Le critère d'exclusion était le suivant : articles dont les résultats présentent conjointement l'expérience des pères d'enfants atteints de cancer et l'expérience des pères ayant des enfants du même âge, mais dans d'autres conditions.

Un total de 3 732 études a été identifié dans ces bases de données. Parmi celles-ci, 762 doublons ont été exclus, laissant 2970 articles uniques. Ensuite, la lecture des titres et résumés a été faite par deux chercheurs indépendants, en appliquant les critères d'inclusion et d'exclusion. Grâce à ce processus, 62 articles ont été sélectionnés. Suite à la lecture du texte intégral, 46 articles ont été exclus, soit parce qu'ils ne portaient pas sur des études primaires (n=16), ou des études qualitatives ou descriptives (n=5), soit parce qu'ils analysaient et présentaient conjointement l'expérience du père et d'autres membres de la famille (n=24), ou encore parce qu'ils portaient conjointement sur l'expérience des pères ayant des enfants atteints d'anémie falciforme (n = 1). Ensuite, la qualité des articles a été évaluée par deux évaluateurs indépendants au moyen de l'instrument CASP (Critical Appraisal Skills Program, 2013). En général, la qualité des études a été satisfaisante et aucun article n'a été retiré à cette étape.

L'échantillon final était composé de 16 articles (voir la bibliographie, pour les références). L'extraction des données a été réalisée au moyen d'un instrument élaboré par les auteurs et utilisant l'analyse thématique (Braun & Clark, 2006). Les concepts de la théorie des masculinités ont été utilisés pour l'interprétation et la synthèse. La masculinité est définie comme une configuration de pratiques des relations entre les genres (Connell, 1995). L'auteure utilise le terme « configuration des pratiques » pour souligner que la masculinité comprend plus que l'identité ou les rôles attendus des hommes par la société. La masculinité se compose d'expériences concrètes dans la routine quotidienne des hommes, qui expriment et renforcent les relations de pouvoir entre les genres.

Connell (1995) reconnaît l'existence de quatre normes de la masculinité dans l'ordre du genre occidental : 1) la masculinité hégémonique, qui légitimise le patriarcat, perpétue la domination des hommes et la subordination des femmes; 2) la masculinité de subordination, qui a trait aux pratiques de domination tels que la violence, l'abus, la discrimination sociale et économique, entre les groupes d'hommes, comme les homosexuels; 3) la masculinité de la complicité, dans lequel un groupe représentatif d'hommes est lié à la conception de la masculinité hégémonique, sans l'intégrer complètement. Ils comprennent et bénéficient de certains avantages du patriarcat, sans le défendre publiquement; 4) la masculinité de la marginalisation, qui concerne les relations entre les sexes et d'autres structures comme la classe sociale et l'origine ethnique. La relation entre les classes sociales et les masculinités et entre les groupes ethniques dominants et subordonnés est considérée comme la marginalisation.

Résultats

Les articles ont été publiés entre 2001 et 2013 dans six pays différents : Australie (4), États-Unis (4), Canada (4), Brésil (2), Chine (1) et Irlande (1). La majorité des études ont adopté la phénoménologie (6) et la théorie basée sur les données (3). Deux études ont privilégié la méthode mixte et cinq, la description qualitative.

La collecte des données s'est déroulée au moyen d'entrevues (n=13), de groupe focal (n=1) ou d'une combinaison des deux (n=2). Les participants des 16 études comprenaient un total de 171 pères d'enfants atteints de cancer (nouveau-nés jusqu'à 18 ans), à différents stades de la maladie. Dans la plupart des études, il y avait peu d'information concernant la description du père et des enfants, parce que seulement cinq articles ont rapporté une définition de la figure du père, qui a été représentée par le père biologique, le beau-père, le grand-père ou le père adoptif. Seulement sept études ont porté sur un seul type de cancer. La leucémie lymphoblastique aiguë a été le type de cancer le plus étudié.

Trois thèmes illustrent l'expérience du père : 1) les répercussions du diagnostic et du traitement du cancer de l'enfant; 2) les soins paternels aux enfants atteints de cancer et 3) la recherche d'une normalité. Les enjeux de la masculinité sont intégrés dans cette expérience paternelle. L'influence des enjeux de la masculinité est le concept central qui est présent dans les trois thèmes, en contribuant à la façon dont le diagnostic est reçu, à la sélection des actions par le père pour faire face à la nouvelle situation et à la construction des soins.

Le premier thème démontre que le cancer déclenche des répercussions émotionnelles, physiques et sociales qui atteignent les pères. Parmi celles-ci, on retrouve les sentiments liés au sens et à la stigmatisation du cancer et à la peur de l'inconnu tels que la tristesse, la colère, la culpabilité, l'impuissance, la perte de contrôle de la situation, le manque de préparation, l'incertitude et l'anticipation de la mort de l'enfant et les symptômes physiques causés par le stress et les désaccords conjugaux. Au début, la relation entre les membres du couple est affectée, mais au cours de l'expérience, dans la perspective de favoriser le bien-être de l'enfant, la relation conjugale est fortifiée.

Le deuxième thème décrit les soins paternels, qui sont caractérisés par l'inquiétude du père à l'égard du rôle de pourvoyeur et de protecteur de la famille; la difficulté à exprimer ses émotions; l'inconfort à l'hôpital en raison des procédures douloureuses auxquelles l'enfant est soumis et l'hypervigilance à l'égard de l'enfant. La plupart des pères participent activement aux soins de l'enfant malade et partagent les tâches domestiques et les soins aux autres enfants avec la conjointe.

Le troisième thème représente l'action des pères pour faire face à la situation et les changements positifs dans leur vie. Afin de reprendre le contrôle, les pères ont développé des stratégies de recherche d'une normalité, tels que : maintenir une routine familiale; adopter des habitudes alimentaires saines; chercher des informations et du soutien social et trouver un réconfort dans la religion. Malgré la souffrance, l'expérience d'avoir un enfant atteint de cancer a conduit les pères à des changements de comportement et de leur vision du monde comme la réévaluation des valeurs symboliques, le renforcement des relations familiales, l'acquisition des compétences dans les soins et la transformation des pratiques attribuées aux hommes.

Contributions

Cette méta-synthèse souligne des lacunes comme la nécessité de mieux connaître l'expérience d'autres figures qui assument le rôle paternel ainsi que celle du père avec l'enfant à différents stades de la maladie. Connaître l'expérience paternelle est utile pour améliorer la qualité de la pratique des infirmières auprès des familles et soutenir l'engagement paternel lors du cancer d'un enfant.

Conclusion

L'expérience du père des soins aux enfants atteints de cancer est complexe et influencée par la culture, principalement par les enjeux de la masculinité, qui définissent l'identité et les rôles pour l'homme. Face à la maladie et aux besoins de soins de l'enfant, le père recherche la normalité pour la famille et navigue entre les comportements et les pratiques culturellement reconnus comme féminins et masculins, construisant une identité de complicité.

Cette communication est tirée d'un article à paraître :

Polita, N. B., Alvarenga, W. A., Leite, A. C. A. B., Araújo, J. S., dos Santos, L. B. P.A, Zago, M. M. F., de Montigny, F & Nascimento, L. C. (accepté, 2017). Cuidado paterno ao filho com câncer sob influência das masculinidades: metassíntese qualitativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

Références

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Chesler, M. A., & Parry, C. (2001). Gender roles and/or styles in crisis: an integrative analysis of the experiences of fathers of children with cancer. *Qualitative Health Research*, 11(3), 363-384
- Clarke, J. N. (2005). Fathers' home health care work when a child has cancer. *Men and Masculinities*, 7(4), 385-404.
- Connell, R. (1995). *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- Cox, T. (2016). Caregivers reflecting on the early days of childhood cancer. *European Journal of Cancer Care*, 1-10.
- Critical appraisal skills programme (CASP). (2013). *Making Sense of Evidence*. 10 Questions to Help You make Sense of Qualitative Research. Public Health Resource Unit, England. Repéré à : <http://www.casp-uk.net/>
- Dupas, G., Silva, A.C., Nunes, M.D.R., & Ferreira, N.M.L.A. (2012). Childhood cancer: the father's experience. *Remé - Revista Mineira de Enfermagem*, 16(3), 348-354.
- Hensler, M. A., Katz, E.R., Wiener, L., Berkow, R., & Madan-Swain, A. (2013). Benefit finding in fathers of childhood cancer survivors: a retrospective pilot study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 30(3), 161-168.

- Hill, K., Higgings, A., Dempster, M., & McCarthy, (2009). A. Fathers' views and understanding of their roles in families with a child with acute lymphoblastic leukaemia: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*, 14(8), 1268–1280.
- Liaschenko, J., & Underwood, S. M. (2001). Children in research: fathers in cancer research - meanings and reasons for participation. *Journal of Family Nursing*, 7(1), 71–91.
- McGrath, P. (2001). Treatment for childhood acute lymphoblastic leukaemia: the fathers' perspective. *Australian Health Review*, 4(2), 135–142.
- McGrath, P., & Chesler, M. (2004). Fathers' perspectives on the treatment for Pediatric hematology: extending the findings. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 27, 39–6.
- McGrath, P., & Huff, N. (2003a). Including the fathers' perspective in holistic care. Part 1. Findings on the fathers' experience with childhood acute lymphoblastic leukaemia. *Australian Journal of Holistic Nursing*, 10(1), 4–12.
- McGrath, P., & Huff, N. (2003b). Including the fathers' perspective in holistic care. Part 2. Findings on the fathers' hospital experience including restraining the child patient for treatment. *Australian Journal of Holistic Nursing*, 10(2), 5–10.
- Neil-Urban, S., & Jones, J. B. (2002). Father-to-father support: Fathers of children with cancer share their experience. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 19(3), 97–103.
- Jones, J. B., & Neil-Urban, S. (2003). Father to Father: Focus group of fathers of children with cancer. *Social Work in Health Care*, 37(1), 41–61.
- Nicholas, D. B., Gearing, R. E., McNeill, T., Fung, K., Lucchetta, S., & Selkik, E.K. (2009). Experiences and resistance strategies utilized by fathers of children with cancer. *Social Work in Health Care*, 48(3), 260–275.
- Nicholas, D. B., Chahauver, A., Brownstone, D., Hetherington, R., McNeill, T., & Bouffet, E. (2012). Evaluation of an online peer support network for fathers of a child with a brain tumor. *Social Work in Health Care*, 51(3), 232–245.
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2007). *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Silva, L. M. L., Melo, M. C. B., & Pedrosa, A. D. O. M. (2013). A vivência do pai diante do câncer infantil. *Psicologia em Estudo*, 18(3), 541–550.
- Wills, B.S.H. (2009). Coping with a child with acute lymphocytic leukemia: the experiences of chinese fathers in Hong Kong. *Cancer Nursing*, 32(2), 8–14.

Contact peau-à-peau avec son bébé prématuré : stress paternel et différences individuelles

Valérie Gingras

Doctorat en psychologie
Sous la direction de Tamarha Pierce
École de psychologie, Université Laval
Courriel : valerie.gingras.3@ulaval.ca

Cette communication a été préparée en collaboration avec Étienne Gagnon, William Gilbert et Karl Larouche, étudiants au baccalauréat en psychologie à l'Université Laval.

La naissance prématurée d'un enfant présente non seulement des risques importants pour la santé, voire la survie de l'enfant, mais suscite également un stress important pour les parents. Vis-à-vis leur petit bébé, pris en charge par une équipe médicale, les parents se sentent à l'écart et peinent à prendre leur place comme parent auprès de leur enfant. La prise du bébé en contact peau-à-peau, appelée « Méthode Kangourou », est une intervention thérapeutique ayant pour but de favoriser le développement physique, cognitif et affectif de l'enfant. Le présent projet s'intéresse toutefois aux bénéfices potentiels de cette méthode pour les pères eux-mêmes et le développement de leurs compétences parentales.

Mise en contexte

L'Organisation mondiale de la Santé (2015) définit la naissance prématurée comme une naissance qui a lieu avant 37 semaines de gestation, est la première cause mondiale de décès chez les enfants de moins de cinq ans. Sur un ensemble de 184 pays, 15 millions d'enfants naissent prématurément chaque année, soit autour de 5 % à 18 % des naissances (Goldberg & DiVitto, 2002; OMS, 2015). Au Québec, c'est environ 7,1 % des enfants qui naissent prématurément (Institut de la statistique du Québec, 2011). Les enfants prématurés présentent un risque élevé de divers problèmes de santé, notamment des difficultés respiratoires, alimentaires, de conservation de la chaleur corporelle et d'infections, ainsi que des risques subséquents de présenter divers déficits de nature développementale, langagière, sur le plan affectif, cognitif, moteur et neurologique (Bhutta, Cleves, Casey, Cradock, & Anand, 2002; Lorefice et al., 2015; Månsson & Stjernqvist, 2014). Les séquelles de la naissance prématurée perdureraient au fil du temps, entraînant un risque de compromission de la réussite scolaire (Aarnoudes, Weisglas-Kuperus, Goudoever, & Oosterlaan, 2009; Salvan et al., 2014) et même, dans certains cas, de difficultés à l'âge adulte (Aarnoudes et al., 2009; Doyle & Anderson, 2010; Ekeus, Lindström, Lindblad, Rasmussen, & Hjern, 2010).

Les bébés naissant prématurément sont pris en charge dans une unité néonatale de soins intensifs (UNSI). Grâce aux développements technologiques, les UNSI peuvent maintenant assurer la viabilité d'un bébé né à seulement 23 à 24 semaines de gestation (Goldberg & DiVitto, 2002). L'enfant reçoit des soins quotidiens 24 heures sur 24 du personnel de l'UNSI (néonatalogiste, personnel infirmier, inhalothérapeute, etc.), même si ses parents sont encouragés à prendre part aux soins (Burdon, Logue, & Barry-Shaw, 2014). Toutefois, les différentes caractéristiques de l'environnement des UNSI (p.ex., bruit, alarmes, incubation de l'enfant), risquent d'augmenter la détresse vécue par les parents en plus d'engendrer chez eux un sentiment d'inutilité, de perte de contrôle et de confusion quant à leur rôle de parent (Fegran, Helseth, & Fagermoen, 2008; Grosik, Snyder, Cleary, Breckenridge, & Tidwell, 2013; Turner, Chur-Hansen, Winefield, & Stanners, 2015). Les nouveaux parents sont susceptibles d'être pris au dépourvu et de devoir faire le deuil de ce que permet une naissance à terme (p. ex. cours prénataux) (Goldberg, & DiVitto, 2002). L'apparence physique du bébé peut évoquer de la détresse chez les parents, qui peuvent éprouver des inquiétudes persistantes au sujet de la santé et de la survie de leur enfant (Dudek-Shriber, 2004; Schappin, Wijnroks, Venema, & Jongmans, 2013).

Pour sa part, dès la naissance, le père doit d'assumer plusieurs responsabilités auprès de l'enfant et de la mère, qui peut être épuisée ou malade à la suite de l'accouchement prématuré (Lindberg, Axelsson, & Öhrling, 2007; Mackley et al., 2010). En effet, le père peut être appelé à soutenir la mère, être présent auprès du nouveau-né à l'hôpital, mais aussi voir aux tâches domestiques, aux soins d'autres enfants à la maison, ainsi que de gérer son éventuel retour au travail (Lindberg et al., 2007; Mackley et al., 2010; Pohlman, 2005). Bref, la naissance prématurée peut comporter des risques de désengagement parental et d'une sensibilité moindre des parents, nuisant au développement de leur relation avec l'enfant (Charpak, Ruiz-Peláez, & Charpak, 2001; Cleveland, 2008).

La Méthode Kangourou

La Méthode Kangourou (MK) est utilisée afin de pallier aux conséquences négatives de la prématurité et d'établir un lien physique entre parents et enfant dans le milieu hospitalier. Cette technique consiste à porter son enfant prématuré sur la poitrine en contact peau à peau (OMS, 2004). La MK aurait diverses fonctions bénéfiques pour l'enfant, telles que réduire son risque de mortalité et d'infections, d'augmenter son poids général, de réguler sa température corporelle, sa respiration et son rythme cardiaque, de diminuer la durée de l'hospitalisation, de même que de favoriser sa régulation émotionnelle et stimuler son développement psychomoteur et cognitif (Conde-Agudelo, Díaz-Rossello, & Belizan, 2011; Feldman, 2007; Feldman, Eidelman, Sirota, & Weller, 2002; Jefferies, 2012; Johnson, 2007). Lorsque l'on s'intéresse aux bénéfices de la MK pour la mère, on constate qu'elle favorise les liens et l'attachement mère-enfant, sa sensibilité auprès de son enfant, augmente son sentiment de compétence, la production de lait maternel, diminue le risque de symptômes dépressifs maternels et le stress maternel, observable par un taux plus faible de niveau de cortisol salivaire (Barnett, Leiderman, Grobstein, & Klaus, 1970; Charpak et al., 2005; Feldman et al., 2002; Neu, Hazel, Robinson, Schmiede, & Laudenslager, 2014).

Des résultats similaires sont observés chez les pères, même si la recherche s'est principalement attardée à étudier l'expérience maternelle. Les pères n'ont que tout récemment fait l'objet de recherches à ce sujet (Blomqvist, Rubertsson, Kylberg, Jöreskog & Nyqvist, 2012; Helth & Jarden, 2013; Tessier et al., 2009).

Une étude québécoise de Pulido (2016) a examiné l'expérience paternelle de la MK et sa relation ultérieure avec l'enfant. La fréquence de prise en MK par les pères n'est pas associée à leur sensibilité parentale 3 mois après la sortie de l'hôpital. Par contre, la réponse physiologique de stress chez les pères diminue, en moyenne, au cours de la première prise de leur enfant prématuré en MK en milieu hospitalier. Il a donc été envisagé que la qualité de la première prise du bébé soit plus importante que la quantité de périodes de prises en MK pour expliquer la qualité de la relation père-enfant subséquente. Cependant, à ce jour, aucune étude ne s'est intéressée aux différences individuelles entre les pères quant à leur expérience de la MK (c.-à-d., niveau de stress au début et pendant la séance en MK) ni aux facteurs qui pourraient expliquer ces différences.

Présentation de l'étude

Cette étude a pour objectif de déterminer la magnitude de telles des différences individuelles. Trois facteurs sont identifiés pour expliquer un plus haut niveau de stress au début et pendant le port en MK : un faible sentiment de compétence (Bandura, 1977, 2010), une plus forte perception de stress des USIN (Grosik et al., 2013; Turner et al., 2015) et une faible adhérence au rôle de soignant (Appelbaum et al., 2000; Deave et Johnson, 2008; Fox, Bruce, & Combs-Orme, 2000).

Les données de cette étude proviennent de l'étude de Pulido (2016). Quarante-cinq dyades père-enfant ont constitué le groupe de cette étude. Les pères étaient en moyenne âgés de 32,5 ans, avaient terminé 14,2 années d'études et travaillaient 43,6 heures par semaine. Les bébés étaient, en moyenne, nés à 29,5 semaines de gestation et pesaient 1 274,6 g à la naissance. Les familles ont été recrutées de juillet 2013 à novembre 2014 dans l'unité de soins intensifs du Centre mère-enfant, au Centre Hospitalier de l'Université Laval. Avant la première prise de l'enfant en MK, les pères participants remplissaient les questionnaires sur le sentiment de compétence parentale (Charbonneau et Robitaille, 1988), le stress parental à l'égard des soins intensifs néonataux (Zelkowitz et al., 2008) et le rôle du père (Palkovitz, 1984). Le protocole de prise du bébé en MK, d'une durée d'une heure, inclut la collecte de 5 échantillons de salive, au début (1), pendant (2) et après la MK (2).

Quelques résultats

Les résultats confirment une importante variabilité individuelle dans le niveau de cortisol salivaire au début de la prise en MK et sa diminution pendant la prise en MK. Également, plus un père s'identifie à un rôle de soignant, plus son niveau de cortisol et de stress paternel est élevé au début de la prise en MK.

Ce lien inattendu peut être attribuable à une activation du système de stress permettant une mobilisation adaptative des ressources physiologiques dans le but d'augmenter la performance dans un contexte donné (Hoyt, 2016; Ursin et Eriksen, 2004).

Aussi, une plus forte réponse physiologique de stress n'implique pas nécessairement une expérience négative pour les pères. En effet, la quantité d'hormone de stress produite face à un événement informe sur l'intensité de l'activation physiologique et non de la valence émotionnelle de l'expérience vécue (Hoyt, 2016; Levi, 1972). Dans le cas présent, le niveau de cortisol salivaire observé chez les pères soignants au début de la séance de MK peut indiquer une activation physiologique associée à un état d'alerte et une interprétation positive de l'activité.

Conclusion

Cette étude soulève des pistes de réflexion pour comprendre l'expérience paternelle de prise du bébé en MK. Les analyses à venir détermineront si le stress ressenti lors de la première prise en MK prédit la qualité ultérieure de la relation père-enfant. La relation père-enfant, évaluée par l'observation d'interactions père-enfant, s'intéresse à la sensibilité relationnelle et à la compétence paternelle dans une tâche d'enseignement. Enfin, pour mieux comprendre le stress lors de la prise en MK et le développement de la relation père enfant, des études futures devront s'attarder au rôle que jouent les intervenants hospitaliers auprès des pères, particulièrement quant à leur renforcement ou leur disqualification du rôle du père. De plus, la relation avec la conjointe pourrait contribuer à expliquer l'expérience de stress lors de la prise en MK, mais également la qualité de relation père enfant qui se développe après son retour à la maison.

Références

- Aarnoudse-Moens, C. S. H., Weisglas-Kuperus, N., van Goudoever, J. B., & Oosterlaan, J. (2009). Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics*, 124, 717–728. doi:10.1542/peds.2008-2816
- Appelbaum, M., Belsky, J., Booth, C., Bradley, R., Brownell, C., Burchinal, M., ... & Cox, M. (2000). Factors associated with fathers' caregiving activities and sensitivity with young children. *Journal of Family Psychology*, 14, 200-219. doi:10.1037/0893-3200.14.2.200
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi:10.1.1.315.4567
- Bandura, A. (2010). Self-Efficacy. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*: John Wiley & Sons.
- Barnett, C. R., Leiderman, P. H., Grobstein, R., & Klaus, M. (1970). Neonatal separation: The maternal side of interactional deprivation. *Pediatrics*, 45, 197–205.
- Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Cradock, M. M., & Anand, K. J. S. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm. *JAMA*, 288, 728. doi:10.1001/jama.288.6.728

- Blomqvist, Y. T., Rubertsson, C., Kylberg, E., Jöreskog, K., & Nyqvist, K. H. (2012). Kangaroo mother care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 1988–1996. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05886.x
- Burdon, N., Logue, K., & Barry-Shaw, J. (2014). *Mon nouveau-né est hospitalisé à l'unité de soins intensifs néonataux (USIN)*. Repéré à http://www.educationdespatientscusc.ca/DATA/GUIDE/426_fr~v~unite-de-soins-intensifs-neonataux.pdf
- Charbonneau, C., & Robitaille, L. (1988). *Validation d'une échelle de perception de compétence parentale*. Document inédit. Université Laval, Québec, Canada.
- Charpak, N., Gabriel Ruiz, J., Zupan, J., Cattaneo, A., Figueroa, Z., Tessier, R., ... Worku, B. (2005). Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Paediatrica*, 94, 514–522. doi:10.1111/j.1651-2227.2005.tb01930.x
- Charpak, N., Ruiz-Peláez, J. G., & Charpak, Y. (2001). A randomized, controlled trial of kangaroo mother care: Results of follow-up at 1 year of corrected age. *Pediatrics*, 108, 1072–1079. doi:10.1542/peds.108.5.107
- Cleveland, L. M. (2008). Parenting in the neonatal intensive care unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing: Clinical Scholarship for the Care of Women, Childbearing Families, & Newborns*, 37, 666–691. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x
- Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Diaz-Rossello, J. (2011). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. doi: 10.1002/14651858.CD002771.pub2
- Deave, T., & Johnson, D. (2008). The transition to parenthood: What does it mean for fathers? *Journal of Advanced Nursing*, 63, 626–633. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04748.x
- Doyle, L. W., & Anderson, P. J. (2010). Adult outcome of extremely preterm infants. *Pediatrics*, 126, 342–351. doi:10.1542/peds.2010-0710
- Dudek-Shriber, L. (2004). Parent stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 509–520. doi:10.5014/ajot.58.5.509
- Ekeus, C., Lindstrom, K., Lindblad, F., Rasmussen, F., & Hjern, A. (2010). Preterm birth, social disadvantage, and cognitive competence in Swedish 18- to 19-year-old men. *Pediatrics*, 125, e67–e73. doi:10.1542/peds.2008-3329
- Fegran, L., Helseth, S., & Fagermoen, M. S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 810–816. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x
- Feldman, R. (2007). Maternal-infant contact and child development: Insights from the kangaroo intervention. Dans L. L'Abate (dir.), *Low-Cost Approaches to Promote Physical and Mental Health* (p. 323–351). Springer New York : Springer.
- Feldman, R., Eidelman, A. I., Sirota, L., & Weller, A. (2002). Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: Parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*, 110, 16–26.
- Fox, L. G., Bruce, C., & Combs-Orme, T. (2000). Parenting expectations and concerns of fathers and mothers of newborn infants. *Family Relations*, 49, 123–131. doi:10.1111/j.1741-3729.2000.00123.x

- Goldberg, S., & DiVitto, B. (2002). Parenting children born preterm. Dans M. H. Borstein (dir.), *In Handbook of Parenting: Children and Parenting* (Vol. I, p. 209-231). Mahway, NJ : Lawrence Erlbaum Associates. doi:10.4324/9781410612137
- Grosik, C., Snyder, D., Cleary, G. M., Breckenridge, D. M., & Tidwell, B. (2013). Identification of internal and external stressors in parents of newborns in intensive care. *The Permanente Journal*, 17, 36. doi:10.7812/TPP/12-105
- Helth, T. D., & Jarden, M. (2013). Fathers' experiences with the skin-to-skin method in NICU: Competent parenthood and redefined gender roles. *Journal of Neonatal Nursing*, 19, 114-121. doi:10.1016/j.jnn.2012.06.001
- Hoyt, L. T., Zeiders, K. H., Ehrlich, K. B., & Adam, E. K. (2016). Positive upshots of cortisol in everyday life. *Emotion*, 16, 431-435. doi:10.1037/emo0000174
- Institut de la statistique du Québec. (2011). *Proportion de naissance de faible poids et proportion de naissances prématurées*, Québec, 1980-2011. Repéré à http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/vitrine/0_5_ans/index.html
- Jefferies, A. (2012). La méthode kangourou pour le nourrisson prématuré et sa famille. *Paediatrics & Child Health*, 17, 144-146.
- Johnson, A. N. (2007). The maternal experience of kangaroo holding. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36, 568-573. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00187.x
- Levi, L. (Ed.). (1972). *Stress and Distress in Response to Psychological Stimuli: Laboratory and Real-life Studies on Sympatho-adrenomedullary and Related Reactions*. Royaume-Uni : Pergamon Press.
- Lindberg, B., Axelsson, K., & Öhring, K. (2007). The birth of premature infants: experiences from the fathers' perspective. *Journal of Neonatal Nursing*, 13, 142-149. doi:10.1016/j.jnn.2007.05.004
- Loreface, L. E., Galea, M. P., Clark, R. A., Doyle, L. W., Anderson, P. J., & Spittle, A. J. (2015). Postural control at 4 years in very preterm children compared with term-born peers. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 57, 175-180. doi:10.1111/dmcn.12550
- Mackley, A. B., Locke, R. G., Spear, M. L., & Joseph, R. (2010). Forgotten parent: NICU paternal emotional response. *Advances in Neonatal Care*, 10, 200-203. doi:10.1097/ANC.0b013e3181e946f0
- Månsson, J., & Stjernqvist, K. (2014). Children born extremely preterm show significant lower cognitive, language and motor function levels compared with children born at term, as measured by the Bayley-III at 2.5 years. *Acta Paediatrica*, 103, 504-511. doi:10.1111/apa.12585
- Organisation mondiale de la santé (2015). *Naissances prématurées*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr/>
- Palkovitz, R. (1984). Parental attitudes and fathers' interactions with their 5-month-old infants. *Developmental Psychology*, 20, 1054-1060. doi:10.1037/0012-1649.20.6.1054
- Pohlman, S. (2005). The primacy of work and fathering preterm infants: Findings from an interpretive phenomenological study. *Advances in Neonatal Care*, 5, 204-216. doi:10.1016/j.adnc.2005.03.002
- Pulido, N. V. (2016). *Expérience de la position kangourou par rapport au stress et la sensibilité ultérieure des pères de bébés prématurés* (Thèse doctorale, Université Laval). Repéré à <http://theses.ulaval.ca/archimede/meta/32461>

- Salvan, P., Froudish Walsh, S., Allin, M. P. G., Walshe, M., Murray, R. M., Bhattacharyya, S., & Nosarti, C. (2014). Road work on memory lane—Functional and structural alterations to the learning and memory circuit in adults born very preterm. *NeuroImage*, 102, 152–161. doi:10.1016/j.neuroimage.2013.12.031
- Schappin, R., Wijnroks, L., Uniken Venema, M. M. A. T., & Jongmans, M. J. (2013). Rethinking stress in parents of preterm Infants: A meta-analysis. *PloS One*, 8, e54992. doi:10.1371/journal.pone.0054992
- Tessier, R., Charpak, N., Giron, M., Cristo, M., de Calume, Z., & Ruiz-Peláez, J. (2009). Kangaroo mother care, home environment and father involvement in the first year of life: A randomized controlled study. *Acta Paediatrica*, 98, 1444–1450. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01370.x
- Turner, M., Chur-Hansen, A., Winefield, H., & Stanners, M. (2015). The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the Parent Stress Scale— Neonatal Intensive Care Unit. *Women and Birth*, 28, 252-258. doi:10.1016/j.wombi.2015.04.001
- Ursin, H., & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 567-592. doi: 10.1016/S0306-4530(03)00091-X
- Zelkowitz, P., Feeley, N., Shrier, I., Stremler, R., Westreich, R., Dunkley, D., Papageorgiou, A. (2008). The Cues and Care Trial: A randomized controlled trial of an intervention to reduce maternal anxiety and improve developmental outcomes in very low birthweight infants. *BMC Pediatrics*, 8, 38. doi:10.1186/1471-2431-8-38

Familles à la marge : expériences, défis et stratégies

Le passage du conjugal au parental après un diagnostic d'infertilité féminine

Delphine Collin-Rambeaud

Doctorat en psychologie clinique et psychopathologique
Sous la direction de Sylvie Bourdet-Loubère et Jean-Philippe Raynaud
Université Toulouse Jean Jaurès (LCPI) et Université Paul Sabatier (Inserm)
Courriel : collindelphine@orange.fr

Cette recherche théorico-clinique explore le passage du conjugal au parental chez les couples ayant vécu un diagnostic d'infertilité féminine. Elle s'inscrit dans le paradigme subjectiviste, avec pour référence un cadre théorique d'orientation psychanalytique néo-freudienne. Cette prise de position épistémologique et praxéologique nous amène à nous appuyer sur son fondement, à savoir l'hypothèse de l'inconscient. C'est ainsi que la singularité de chaque individu, appelé alors « sujet », sera sur le devant de la scène, et que nous ferons du vécu expérientiel de ce dernier notre objet de recherche. Nous prendrons en considération les réalités conscientes et inconscientes du sujet, en tant que réalité objective et subjective. Ainsi, chaque évènement vécu sera envisagé non seulement à travers l'évènement en lui-même, mais aussi de la manière singulière dont l'individu se le représente.

Cadre conceptuel

Avant toute chose nous allons spécifier les termes de « conjugalité » et de « parentalité » tels que nous les entendons dans cette recherche. La conjugalité est envisagée ici comme un espace co-construit par deux individus unis par des liens sexuels et affectifs. C'est dans cet espace que le projet parental peut ou non s'inscrire, permettant alors, le cas échéant, l'élaboration progressive de la parentalité à venir. Concernant la parentalité, il apparaît que le devenir parent peut s'assimiler à une crise maturative développementale comparable à l'adolescence à travers ses remaniements identitaires et générationnels (Bydlowski, 1997).

Plusieurs auteurs ont proposé des définitions mêlant sens objectif et subjectif pouvant alors être complémentaires. Pour Racamier, c'est l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent lors de l'arrivée d'un enfant. Gutton, en 2006, viendra compléter cette définition en précisant que ce travail psychique est un travail de création dont l'œuvre est l'enfant imaginaire, puis réel. Ce processus psychique va alors impliquer la subjectivité de chacun, mêlant l'enfant que chacun a été, celui qu'il aurait voulu être, les parents qu'il a eus et ceux qu'il aurait voulu avoir, ainsi que celui qu'il aimerait devenir. Houzel (1999), quant à lui va définir trois axes à la parentalité, l'axe *juridique* (droit et devoirs de la fonction parentale et de la filiation : autorité parentale, transmission du nom, etc.), l'axe *de l'expérience* (vécu subjectif conscient et inconscient des rôles parentaux) et l'axe *de la pratique* (soins quotidiens physiques et psychiques).

Ainsi, nous pouvons nous rendre compte à travers ces définitions que le processus de parentalité se trouve à l'interface de la réalité événementielle du devenir parent et de la réalité psychique, soit le vécu subjectif de chacun des parents ; processus qui va venir s'intégrer, ou non, à la conjugalité préexistante.

Beaucoup d'études ont pu mettre en évidence la fragilité conjugale conséquente à la naissance d'un enfant, mais peu d'entre elles évoquent ce passage lorsque l'accès à la parentalité a nécessité l'intervention de la médecine procréative. Nous avons alors tenté de comprendre l'impact de l'effraction psychique, due au constat de stérilité féminine et à sa prise en charge, sur le lien unissant les conjoints, notamment sur la sexualité, lors de l'accès à la parentalité après une assistance médicale à la procréation en intraconjugal. En effet, la sexualité apparaît, dans la littérature, comme étant la pierre angulaire de la conjugalité et elle doit être représentable, s'élaborer, pour s'inscrire dans l'espace de parentalité créé; le sexuel, au sein de la parentalité, apparaissant alors comme opérateur de (pré)symbolisation chez l'enfant grâce à l'accès à la triangulation qu'il instaure, tel que l'ont décrit Braunschweig et Fain (1971) dans leur théorisation de la censure de l'amante.

Le diagnostic d'infertilité féminine peut venir potentiellement impacter la sexualité conjugale à deux endroits. D'un point de vue psychique, l'infertilité féminine vient se représenter comme une sexualité inféconde, souvent dite « inutile » par les femmes car sans finalité possible. Ce discours vient dire à quel point la sexualité-plaisir semble disparaître progressivement au profit d'une recherche de sexualité-fécondante. On peut alors parler de l'apparition d'une sexualité délibidinalisée, où l'amant cède progressivement la place à l'autre de la reproduction. Puis dans un deuxième temps, la prise en charge de l'infertilité féminine par la médecine procréative, en tant que sexualité sur prescription (Bourdet-Loubère & Mazoyer, 2011) ou encore comme conception déssexualisée, décorporisée (Marinopoulos, 2007), fait intervenir un tiers dans le couple conjugal avec son florilège de fantasmes associés, dont le vécu pourrait venir à son tour impacter la sexualité du couple. Dans cette prise en charge, l'homme est réduit à une semence fertilisante dans un corps sexuel délibidinalisé. Son seul désir pour la femme ne pouvant offrir à cette dernière l'enfant désiré sans l'intervention d'un tiers médicalisé, ce tiers pourra alors représenter cette toute-puissance, seule capable de donner un enfant à la femme.

Mais alors si la femme ne peut pas attendre d'enfant de ce pénis, qu'en devient la possibilité d'une satisfaction libidinale? L'érotique, le désir, la tendresse ne semblent alors plus faire partie de l'enfantement et de la conjugalité dans ce parcours. Nous faisons ainsi l'hypothèse que dans un contexte d'infertilité féminine, l'inscription de la sexualité conjugale dans la parentalité est impactée par l'élaboration de la sexualité conjugale après le diagnostic d'infertilité féminine et de sa prise en charge médicale.

Formulation d'hypothèses

Nous postulons plus précisément trois types d'élaborations possibles de la sexualité conjugale. La première serait un vécu de la sexualité conjugale sur un mode phallique, dans sa fonction exclusivement reproductive, où la signification phallique de l'enfant merveilleux et idéalisé dominerait, et où la relation conjugale tendrait à s'effacer au profit d'une parentalité idéalisée et surinvestie; la triangulation achopperait alors face à l'observation d'une ou de deux dyades parent/enfant. La seconde montrerait une sexualité conjugale maintenue dans sa fonction plaisir/désir, la conjugalité serait alors surinvestie et la dyade amante/amant serait peu propice à laisser la place à de nouvelles relations objectales. Enfin, une inscription élaborée du trauma de l'infertilité serait en lien avec une élaboration de la sexualité conjugale dans sa double valence plaisir/reproductive; les oscillations équilibrées d'investissement de l'enfant/du conjoint pourraient permettre la pérennisation d'une conjugalité au sein de la parentalité et l'instauration d'une triangulation efficiente. Il convient de préciser que cette typologie se veut flexible, transculturelle et en aucun cas à visée diagnostic. La visée explicative est retenue dans la mesure où elle va délimiter les croyances et les différents comportements qui les sous-tendent. Elle n'a pas pour vocation d'enfermer des couples et familles dans un profil, mais de pouvoir comprendre leur situation à un moment donné de leur vie tout en laissant la place aux possibles évolutions élaboratives.

Présentation de l'étude

Afin d'aller éprouver nos hypothèses dans la clinique, notre démarche est qualitative et s'appuie sur l'étude de cas. La population est celle des couples confrontés au diagnostic d'infertilité féminine ayant eu un enfant grâce à la médecine procréative sans recours au don. Le choix se porte sur des couples « primipares », afin de se concentrer sur l'inauguration de la métamorphose du conjugal en parental, dont l'enfant a entre 12 et 18 mois afin de laisser place à l'après-coup du vécu de l'expérience, mais aussi afin d'observer les aménagements ayant eu lieu dans la dynamique familiale.

Plusieurs outils sont utilisés. L'entretien de recherche non directif familial est fait en premier lieu afin d'élaborer le génogramme filiatif, d'évoquer le récit de l'histoire de l'arrivée de l'enfant, tout en observant la dynamique familiale ; puis dans un deuxième temps un entretien individuel, pour chaque membre du couple, permet de faire émerger le vécu subjectif de chacun des parents ; enfin, l'élaboration du génogramme imaginaire réalisé lors du face à face permet de mettre en évidence les représentations individuelles de la généalogie familiale dans ce contexte.

Résultats

Les résultats obtenus, s'ils ne sont pas à visée généralisante, ont permis de faire émerger de la clinique des points saillants. Ainsi, nous avons pu mettre en évidence chez les couples une cristallisation de la sexualité conjugale sur un mode phallique, dans sa valence reproductive.

On observe un effacement de la relation conjugale au profit d'un surinvestissement d'une parentalité idéalisée en lien avec la prégnance d'une idéalisation du lien mère/enfant, lien fusionnel, disqualifiant la place du père et du mari, qui s'y soumet. On relève la présence d'une imago maternelle toute-puissante, pleine et comblée à laquelle la mère s'identifie, où l'enfant représente la phallicité maternelle recherchée, associée à une signifiante phallique de la conception au détriment d'une sexualité conjugale libidinalisée et inscrite dans la parentalité.

L'infertilité féminine et sa prise en charge semblent avoir projeté la conjugalité dans une dynamique exclusivement parentale où l'enfant s'est substitué à la sexualité en tant que pierre angulaire du couple. La conjugalité et la fonction tiercéisante permises par le maintien de la sexualité conjugale achoppent au profit d'une relation mère/enfant au centre de la dynamique familiale.

Contributions

L'intérêt clinique de cette recherche, en termes de retombées praxéologiques, permet de remettre du sujet dans une conception médicalisée. En effet, faire de la clinique de l'infertilité son objet d'étude, c'est se situer à l'entrecroisement de la psyché et du soma, et d'un point de vue pratique, à l'interface de la médecine somatique et du soin psychique. Pour les somaticiens (gynécologues, obstétriciens, généticiens), la solution apportée à la problématique de l'infertilité est l'obtention d'une grossesse en tant que réponse scientifique à une défaillance corporelle. Pourtant, lorsque l'on se place du côté de la prise en charge psychologique, nous avons vu que ce diagnostic et sa prise en charge impactent l'individu et la conjugalité dans son intimité et semblent se traduire par des aménagements particuliers au niveau de la dynamique familiale lorsque l'enfant naît.

Ainsi, il semblerait important de penser une prise en charge des couples leur permettant d'évoquer leur vécu de cette situation si particulière, et notamment au niveau du vécu de leur sexualité et de leur conjugalité, pour accompagner ces couples non seulement médicalement, mais psychologiquement dans ce parcours. Finalement, intégrer l'homme en tant que futur père, mais aussi en tant que conjoint dans ce parcours duquel il est bien souvent exclu, dans la mesure où les soins médicaux se concentrent surtout sur la femme. Cependant, penser la sexualité des couples, et la penser avec eux c'est aussi pour nous, soignants et thérapeutes, savoir porter un regard sur la sexualité qui fait fi des tabous, en se décentrant de ses propres représentations puisqu'il s'agit là de toucher l'intime, un intime qui convoque tous les acteurs en présence lors de la rencontre, que ce soit les patients ou le thérapeute.

Bibliographie

- Bourdet-Loubère, S., & Mazoyer, A.V. (2011). L'infertilité comme analyseur de la parentalité. *Cahiers de psychologie clinique*, 37, 123-147.
- Braunschweig, D., & Fain, M. (1971). *Eros et antéros : réflexions psychanalytiques sur la sexualité*. Paris, France : In press éditions.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Gutton, P. (2006). Parentalité. *Adolescence*, 55, 9-32.
- Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Toulouse, France : Érès.
- Marinopoulos, S. (2007). L'ère de la bioparentalité et les récits mythiques de notre modernité. *Champs psychosomatiques*, 47, 85-96.

Lorsque Facebook joue les entremetteurs : gestation pour autrui et réseaux socio numériques

Kévin Lavoie

Doctorat en sciences humaines appliquées
Sous la direction d'Isabel Côté
Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal
Courriel : kevin.lavoie@me.com

Depuis l'avènement du Web 2.0, une nouvelle voie d'accès à la gestation pour autrui (GPA) et au don d'ovules émerge comme mode de mise en relation entre les parents d'intention et les tierces reproductrices. Les réseaux socio numériques, avec l'apparition de plateformes telles que les groupes Facebook, offrent en effet un espace pour discuter de la pratique, demander des conseils, offrir du soutien et entrer en contact avec d'autres internautes pour négocier et établir une entente de procréation assistée. Ces espaces numériques sont ainsi qualifiés de « communautés en ligne » (Wilson et Paterson, 2002), puisqu'ils réunissent des personnes partageant un ensemble de références communes, ainsi qu'un vocabulaire et des règles d'interaction spécifiques.

Bien que l'ampleur du phénomène soit difficile à mesurer, l'émergence de cette offre d'aide à la procréation en dehors des filières conventionnelles s'est accentuée avec la démocratisation d'Internet, comme en témoigne la multiplication des groupes et des forums qui lui sont consacrés. De fait, au Canada et ailleurs dans le monde, il existe une offre non négligeable de don d'ovules ou d'entente de gestation qui circule par le biais de sites Internet créés « par et pour » les personnes directement concernées. La régulation des échanges ne repose donc pas sur les normes de la famille ni sur les modalités contractuelles des agences, mais se construit à partir d'autres logiques et marqueurs d'influence portés par les membres de la communauté en ligne. Que se passe-t-il lorsque ces arrangements se négocient à l'extérieur des instances régulatrices telles les cliniques de fertilité ou les agences spécialisées, et ont comme point d'ancrage une communauté en ligne?

Présentation de l'étude

Cette communication s'appuie sur les données d'une étude¹ visant à documenter le rapport à la maternité chez les femmes concernées par la gestation pour autrui et le don d'ovules au Canada. Nous avons choisi de réunir et d'examiner à la fois les pratiques numériques en ligne ainsi que les récits de femmes livrés en personne. Ces deux sources d'informations sont ici considérées de façon transversale et complémentaire, puisque chacune offre un éclairage particulier qui s'avère fécond sur le plan empirique pour mieux comprendre les réseaux socionumériques comme contexte d'action d'aide à la procréation par GPA.

Une observation des interactions en ligne a été menée au sein d'un groupe Facebook francophone, lequel réunissait en février 2017 plus de sept cents internautes. Cette communauté en ligne a été retenue considérant la quantité des publications et la fréquence relativement élevée des échanges entre les membres. Le travail d'observation et d'analyse des contenus publiés sur la plateforme Web s'est échelonné sur plusieurs mois, pour un total d'environ 100 heures réparties entre la lecture des publications disponibles depuis les douze derniers mois et l'observation en temps réel des interventions des membres du groupe. Cette période a permis de nous familiariser avec la pluralité des pratiques numériques associées à la GPA, des interactions comme sources de soutien aux quêtes d'informations sur le processus de procréation assistée, en passant par la prise de contact menant à la négociation d'une entente. Des entrevues individuelles d'une durée moyenne de deux heures ont par la suite été réalisées auprès de trois groupes de femmes canadiennes concernées par les maternités assistées par tierces reproductrices, soit à titre de mères d'intention, de femmes porteuses ou de donneuses d'ovules.

Résultats

Trois éléments se dégagent des interactions en ligne et des récits des femmes rencontrées. Tout d'abord, l'expression de préoccupations légales et financières occupe une place prépondérante, considérant l'absence de régulation au Québec et la variabilité des interprétations du cadre juridique actuel. Ensuite, la publication des histoires personnelles des parents d'intentions constitue l'une des amorces privilégiées pour le jumelage avec les tierces reproductrices. Enfin, le choix exercé par les femmes porteuses et les donneuses d'ovules d'investir un espace numérique pour s'engager dans un projet parental par GPA n'est pas anodin, et témoigne souvent d'une volonté de consolider le sentiment de contrôle sur le processus et d'en négocier les modalités sans la présence d'un intermédiaire extérieur aux personnes directement concernées.

¹ Réalisée dans le cadre d'un doctorat en sciences humaines appliquées, l'étude **MATRICES (maternités assistées par tierces reproductrices)** bénéficie du soutien financier du Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH), par l'entremise d'une bourse d'études supérieures du Canada Vanier. Cette recherche a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal.

Entre l'espoir et les doutes : s'informer et partager ses préoccupations

Avant de répondre à leurs questions, plusieurs couples se tournent vers le groupe pour obtenir des informations concernant le processus de GPA et discuter des enjeux entourant la régulation de la pratique. Considérant la posture profane de la majorité des membres au regard de l'état du droit, plusieurs interventions des membres visent alors à clarifier le « flou juridique » concernant l'encadrement de la pratique au Québec et au Canada. Pour la majorité des parents d'intention, la GPA est leur ultime recours pour fonder une famille, après l'exploration d'autres options – l'adoption, par exemple – et de multiples tentatives antérieures de procréation en clinique de fertilité dans le cas des couples hétérosexuels. Bien que source d'espoir pour la concrétisation de leur rêve, le processus de GPA est aussi perçu comme étant complexe et risqué. Cette mise en tension entre l'espérance et les craintes est révélée entre autres par les préoccupations légales et financières publiées quotidiennement sur le Mur du groupe.

Se mettre en scène pour être choisie

La publication des histoires personnelles des parents d'intentions constitue l'une des amorces privilégiées pour engager une conversation avec une femme susceptible de donner ses ovules ou de porter leur embryon. Rédigés avec soin, ces témoignages sont parfois présentés par les parents d'intention eux-mêmes comme des « cris du cœur » visant à capter l'attention d'une femme susceptible de participer à leur projet parental en tant que tierces reproductrices. Les femmes porteuses et les donneuses d'ovules que nous avons rencontrées décrivent ces témoignages comme des « petites séductions » en les comparant aux stratégies de *dating* sur les sites de rencontres, c'est-à-dire une forme de mise en scène de soi dans le but de capter leur attention et ainsi entamer le dialogue. Le choix de la photo de profil, les mots utilisés pour décrire la pratique et la construction du témoignage du couple sont autant d'éléments qui seront remarqués et analysés par les tierces reproductrices. Chaque prise de contact est l'occasion de discuter de leurs attentes et de leurs limites respectives.

L'aspect relationnel semble donc être un élément primordial dans l'établissement d'une entente de GPA par l'entremise des réseaux socionumériques. Toutes les femmes rencontrées, tant les mères d'intention que les tierces reproductrices, ont mentionné l'importance accordée au sentiment de confort ou d'aisance en présence de l'autre. Ce sentiment est difficile à décrire selon elles, mais réfère à une certaine forme de complicité et de respect mutuel, mélangés à des affinités réciproques. Les femmes nous ont confié qu'elles sont à l'écoute de leur instinct lorsqu'elles entament une discussion en ligne et qu'elles restent à l'affût de signes ou de commentaires qui les feraient peut-être hésiter ou refuser une proposition. Qualifiée de « période d'apprivoisement » par certaines, cette étape charnière est le point tournant qui insufflera un enthousiasme de part et d'autre pour la poursuite de la négociation ou, au contraire, marquera la fin du dialogue en cas de mésentente.

S'engager dans un projet de GPA sans la présence d'un intermédiaire

Contrairement aux idées reçues, les femmes porteuses et les donneuses d'ovules rencontrées qui choisissent d'aller de l'avant dans leur projet par l'entremise des réseaux socionumériques ont réfléchi aux tenants et aboutissants de leur démarche. Qui plus est, la notion de « pouvoir » est au cœur de leur réflexion, puisqu'elles se rendent rapidement compte que leur désir de porter un enfant ou d'offrir leurs ovules pour un couple est grandement recherché. Attribuable en partie à l'effet de rareté, cette particularité leur donne les coudées franches pour négocier l'entente de GPA selon leurs paramètres, ce qui a pour effet d'augmenter leur sentiment de contrôle de la situation.

En contraste avec le mode de fonctionnement des intermédiaires tel que perçu par les femmes porteuses, les ententes établies par le biais des réseaux socionumériques offrent aux yeux de certaines une plus grande liberté. N'étant pas contraintes par les clauses d'un contrat préparé par une agence les liant aux parents d'intention, elles estiment être plus confortables avec un accord basé sur la confiance réciproque. Cette perception n'est toutefois pas partagée par toutes, puisque certaines femmes porteuses, bien que très actives au sein de la communauté en ligne, ont tout de même préféré faire affaire avec un juriste pour préparer un contrat ou transiger directement par une agence privée en Ontario pour officialiser une entente.

Discussion et conclusion

La notion d'agentivité est souvent remise en question dans les débats sur la GPA (Busby et Yun, 2010; Gupta et Richters, 2008; Roman, 2012), plusieurs observatrices et observateurs estimant que la présence d'intermédiaires tend à déposséder les femmes porteuses de leur pouvoir d'agir, ou du moins, à réduire leur marge de manœuvre tout au long du processus de GPA et lors de la négociation de l'entente, tout particulièrement (Fabre-Magnan, 2013; Kroløkke, Foss et Sandoval, 2010). Nos observations tendent à montrer que les femmes concernées s'approprient les réseaux socionumériques dans le but d'accroître leur autonomie et leur capacité d'agir (Amichai-Hamburger, McKenna et Tal, 2008). De fait, les femmes s'engagent dans une démarche dans laquelle leur pouvoir n'est pas délégué en partie à une agence, mais plutôt avivé, voire consolidé par les stratégies qu'elles déploient elles-mêmes tout au long du processus. Loin d'avoir l'impression de vivre une expérience dépersonnalisée où leur potentiel féminin est instrumentalisé (De Koninck, 2015), les femmes porteuses et les donneuses d'ovules rencontrées estiment au contraire maintenir un certain contrôle sur la situation, tout en atteignant leur but d'aider un couple à fonder une famille.

Contrairement aux idées véhiculées dans les médias sur la dangerosité, voire la criminalité de ce qui circule sur les réseaux socionumériques, nos résultats montrent que les internautes s'approprient et investissent cet espace numérique en faisant preuve de prudence. Sans nier les risques encourus dans le cadre d'ententes établies en dehors des filières conventionnelles comme les agences, nous remarquons que les communautés en

ligne procurent aux femmes porteuses et aux donneuses d'ovules un espace de discussion, de sélection et de négociation en cohérence avec leurs besoins et leurs aspirations. Elles font ainsi usage des différentes formes de pouvoir à leur disposition (Ortner, 2006).

Peu importe les points de vue et les positions défendues par les membres du groupe, tous et toutes reconnaissent l'urgence de réguler la pratique au Québec afin de prévenir les situations problématiques et de préserver la dignité de toutes les personnes concernées, tant les femmes porteuses que les donneuses d'ovules et les parents d'intention. Le « flou » qui persiste à l'égard de la GPA au Québec les force à naviguer à l'aveugle dans les dédales administratifs et étatiques, notamment en ce qui a trait à l'établissement de la filiation, le remboursement des dépenses admissibles et l'obtention de congés parentaux (Côté et Sauvé, 2016; Langevin, 2015; Tremblay, 2015). Confrontés à des réponses évasives, incohérentes ou insatisfaisantes de la part des agents gouvernementaux et des professionnels de la santé, les couples d'intention et les tierces reproductrices se tournent rapidement vers les réseaux socionumériques pour obtenir des réponses à leurs questionnements ou des conseils de personnes expérimentées (Berend, 2016; Nicolai, 2016), ce qui atteste de la place prépondérante des espaces d'échange en ligne comme médiation de l'information (Thoër, 2012). Cela soulève certains enjeux quant à la véracité des informations qui y circulent et leur interprétation de la part des personnes concernées.

Cette communication est tirée d'un chapitre de livre à paraître :

Lavoie, K. & Côté, I. (2018). Gestation pour autrui et réseaux socionumériques : mise en relation et négociation des ententes au sein d'une communauté en ligne. Dans I. Côté, K. Lavoie & J. Courdurières (Éds.). *Perspectives internationales sur la gestation pour autrui : expériences des personnes concernées et contextes d'action*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Références

- Amichai-Hamburger, Y., McKenna, K. Y. & Tal, S.-A. (2008). E-empowerment: Empowerment by the Internet, *Computers in Human Behavior*, 24, 1776-1789.
- Berend, Z. (2016). *The Online World of Surrogacy*. New York : Berghahn Books.
- Busby, K. & Vun, D. (2010). Revisiting the Handmaid's Tale: Feminist Theory Meets Empirical Research on Surrogate Mothers, *Canadian Journal of Family Law*, 26, 13-93.
- Côté, I. & Sauvé, J.-S. (2016). Homopaternité, gestation pour autrui : no man's land?, *Revue générale de droit*, 46(1), 27-69.
- De Koninck, M. (2015). Les techniques de reproduction et l'éviction du corps féminin. *Recherches féministes*, 28(1), 79-96.
- Kroløkke, C., Foss, K. A. & Sandoval, J. (2010). The commodification of motherhood. Surrogacy as a Matter of Choice. Dans S. Hayden & L. O'Brien Hallstein (Éds.). *Contemplating Maternity in an Era of Choice. Explorations into Discourses of Reproduction* (p. 95-114). Plymouth : Lexington Books.

- Langevin, L. (2015). La Cour d'appel du Québec et la maternité de substitution dans la décision Adoption-1445 : quelques lumières sur les zones d'ombre et les conséquences d'une 'solution la moins insatisfaisante', *Revue juridique Thémis*, 49(2), 451-485.
- Nicolai, L. (2016). Information Needs on Surrogacy. Mémoire de maîtrise en psychologie de la santé, Enschede, University of Twente.
- Ortner, S. B. (2006). *Anthropology and Social Theory: Culture, Power and the Acting Subject*. Dunham : Duke University Press.
- Roman, D. (2012). La gestation pour autrui, un débat féministe? *Travail, genre et sociétés*, 28(2), 191-197.
- Thoër, C. (2012). Les espaces d'échange en ligne consacrés à la santé : de nouvelles médiations de l'information santé. Dans C. Thoër & J. J. Lévy (Éds.), *Internet et santé. Acteurs, usages et appropriations* (p. 57-91). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Tremblay, R. (2015). Surrogates in Québec: The Good, The Bad, and The Foreigner, *Canadian Journal of Women and the Law*, 27(1), 94-111.
- Wilson S. M. & Peterson, L. C. (2002). The Anthropology of Online Communities, *Annual Review of Anthropology*, 31, 449-467.

La vie de famille et la coparentalité lorsqu'un parent est militaire

Geneviève Mercier

Maitrise en psychologie

Sous la direction de Tamarha Pierce et Francine de Montigny

École de psychologie, Université Laval

Courriel : genevieve.mercier.4@ulaval.ca

Portrait des familles militaires

Malgré la valorisation sociale du partage des responsabilités parentales au sein du couple, il n'est pas toujours facile pour les conjoints de se coordonner afin d'assurer que les pères et les mères soient tous deux impliqués auprès de leurs enfants. Les enjeux de conciliation travail-famille peuvent complexifier la situation. En ce sens, on peut imaginer en quoi la vie militaire pose des défis particuliers pour l'établissement et le maintien d'une bonne relation coparentale au sein des familles comptant un parent militaire.

La très grande majorité (85,4 %) des militaires au sein des Forces armées canadiennes (FAC) sont des hommes (Park, 2008). Il est estimé qu'environ 42 % des militaires ont des enfants. Leurs enfants seraient en général âgés de 12 ans et moins (68,5 %) et ils sont typiquement mariés à une civile (83 %) (Department of Defense, 2014). Ainsi, la plupart des familles militaires sont formées d'un père militaire et d'une mère civile ayant des enfants relativement jeunes.

Pour bien saisir la réalité de ces familles, on doit considérer plusieurs aspects qui différencient leur contexte de vie de celui des familles civiles. Dans un premier temps, les familles militaires vivent fréquemment des périodes de séparation, que ce soit pour un déploiement, des formations, des entraînements intensifs ou des séjours d'observation. Puis, ces familles vivent avec un sentiment d'imprévisibilité constant; le parent militaire peut être déployé à n'importe quel moment, mais la famille peut également être appelée à se relocaliser à cause d'une nouvelle affectation du militaire.

De plus, les horaires de travail du militaire sont variables d'une semaine à l'autre, de sorte que l'heure à laquelle le parent part et rentre à la maison n'est pas constante. Il ne faut pas passer sous silence le fait que ces familles vivent toujours avec la possibilité d'un risque de blessures ou même de mort du militaire par le fait que celui-ci est exposé au combat, que ce soit lors d'un déploiement ou encore lors d'entraînements (Blaisure, Saathoof-Welss, Pereaie, MacDermid Wadsworth & Dombro, 2015); Dursun, 2015; Ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes, 2013; Régimbald & Deslauriers, 2010).

Enfin, au sein des FAC, le devoir prime avant tout, c'est-à-dire que les besoins du pays passent avant ceux, dans ce cas-ci, de la famille. Ainsi, le militaire doit toujours répondre aux demandes des FAC, et ce, le plus rapidement possible. Cette primauté des besoins du pays explique possiblement le fort endossement du rôle de pourvoyeur par les militaires (Ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes, 2013; Régimbald & Deslauriers, 2010).

Toutefois, confiner le rôle de père à celui de pourvoyeur entre en contradiction avec les nouvelles valeurs familiales de la société canadienne voulant une plus grande participation du père dans la vie de ses enfants et un meilleur partage équitable des responsabilités parentales. Ainsi, un conflit entre le rôle de militaire et celui du parent peut s'installer et le militaire peut alors se sentir tiraillé entre les deux (Ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes, 2013; Régimbald & Deslauriers, 2010).

Les enjeux vécus

Le déploiement est un aspect central de la vie d'un militaire. Les FAC le définissent comme une affectation temporaire à l'extérieur de l'unité d'attache pour des opérations ou des exercices militaires pendant plus de 30 jours (Services aux familles des militaires, 2015). Un déploiement peut mener le militaire dans une zone de combat ou à suivre un entraînement intensif de plus d'un mois dans une autre base des FAC.

Étant un aspect de premier plan dans la vie d'un militaire, bon nombre de recherches se sont attardées à comprendre le déploiement, certaines ont même établi un cycle que suivent le militaire et sa famille. Ce dernier se divise en cinq phases qui se recommencent à chaque nouveau déploiement. Il y a le prédéploiement qui s'étend du moment où le militaire apprend qu'il sera déployé jusqu'à son départ; le déploiement qui correspond au premier mois suivant le départ du militaire suivi de la phase de maintien; le redéploiement qui décrit typiquement les activités du dernier mois avant le retour du militaire à la maison; et finalement, la réintégration du militaire à son milieu familial, qui peut s'échelonner sur les trois à six mois suivants son retour à la maison (DeVoe & Ross, 2012; Pincus, House, Christenson & Adler, 2001).

Les phases qui semblent plus problématiques pour le militaire et sa famille sont celles du déploiement et de la réintégration. Effectivement, lors du départ du militaire, la famille doit établir une nouvelle routine et le parent resté à la maison doit intégrer les rôles, jusqu'alors, assurés par le militaire. Cette transition peut demander beaucoup de temps et nécessite de bonnes capacités d'adaptation (Larsen, Clausse-Ehlers et Cosder, 2015; Martindale-Adams, Nichols, Zuber, Graney & Burns, 2016; Ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes, 2015; Pincus et al., 2001).

Au retour, le militaire doit renégocier sa place et ses rôles en tant que parent. Par exemple, le parent resté à la maison ne veut pas nécessairement redéléguer ses rôles au parent militaire, car ceci ne fera que compliquer l'ajustement à un futur déploiement (DeVoe & Ross, 2012; Faber, Willertton & Clymer, 2008; Ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes, 2013; Pincus et al., 2001; Walsh et al., 2014). Par ailleurs, suivant un retour de déploiement, il est fréquent que la famille doive s'adapter à l'état du militaire, c'est-à-dire s'ajuster à l'état de santé physique et psychologique du militaire, ce qui peut amener d'autres obstacles à la réintégration optimale du militaire dans la famille (Walsh et al., 2014).

La communication entre le militaire et le reste de la famille s'avère un enjeu critique lors du déploiement. Il existe de nombreux moyens de communication qui sont accessibles tels que les réseaux sociaux, les plateformes de vidéoconférences, le courriel, le téléphone et la poste. Néanmoins, malgré l'éventail de moyens, de nombreux problèmes peuvent empêcher les contacts réguliers entre le militaire et sa famille. De plus, les médias et l'instantanéité des nouvelles peuvent facilement être une source de stress pour les familles qui voient des reportages sur les événements qui se passent à l'endroit où le militaire est déployé, sans avoir des nouvelles de ce dernier (Martindale-Adams et al., 2016; McCreary Thompson & Pastò, 2003).

Les ressources disponibles

Les familles militaires ont plusieurs ressources à leur disposition. D'une part, il y a le soutien social dit « informel » qui regroupe la famille élargie, les amis, mais aussi les autres familles militaires qui vivent un déploiement. Ces derniers peuvent s'avérer une source centrale de soutien pour les familles, car les réaffectations fréquentes peuvent fragiliser le contact avec la famille élargie et les amis, étant donné la distance qui les séparent (DeGraff, O'Neal & Mancini, 2016; Lapp et al., 2010; Paley, Lester & Mogil, 2013). D'autre part, il y a le soutien social dit « formel » offert par les organisations des FAC telles que les commandants d'unité, mais surtout les Centres de ressources aux familles militaires (CRFM). Les CRFM offrent différents types de services et de soutien comme des services de garde ouverts 24 heures sur 24, des séances d'informations sur le déploiement et plus encore (Gumiela, 2016).

Les stratégies employées

Les familles militaires peuvent faire appel à plusieurs stratégies pour faciliter la vie familiale lors d'un déploiement. Premièrement, l'acquisition d'une bonne compréhension de l'expérience du déploiement par la famille offre des avantages considérables, car elle favorise une plus grande conciliation et une plus grande indulgence de la famille face aux difficultés vécues lors du déploiement (Paley et al., 2013). Les formations offertes par les CRFM lors de la préparation au déploiement sont ainsi très utiles à cet égard (Gumiela, 2016). Par contre, ces formations se centrent surtout sur les étapes et les émotions qui peuvent être vécues par la famille en délaissant les moyens pour gérer ses moments difficiles.

Ensuite, malgré l'absence physique du parent militaire, il y a différentes formes d'engagement parental possibles. Bien qu'il soit difficile de maintenir les manifestations physiques d'affection lors des périodes de séparation, le père peut demeurer présent et engagé dans sa famille en s'impliquant de façon plus cognitive.

Par exemple, le père peut conserver sa place dans les rituels familiaux en enregistrant des histoires que ses enfants pourront ultérieurement écouter avant de se coucher, lors du déploiement. Ce ne sont que quelques exemples de stratégies simples, mais tout de même efficaces glanées dans la recension des écrits sur ce sujet (Dursun, 2015; Lapp et al., 2010; Pincus et al., 2001).

Et qu'en est-il de la coparentalité ?

Les dynamiques de la famille se divisent en plusieurs sous-systèmes, dont celui de la coparentalité, interpellant les deux parents au sujet de leurs enfants. Cette dernière est la manière dont les parents collaborent dans leur rôle parental pour répondre aux besoins physiques, émotionnels, de protection et de développement de l'enfant (Feinberg, 2002; 2003). La dynamique et les enjeux coparentaux au sein des familles militaires sont à ce jour peu étudiés. Sur les quelques études s'étant attardées à la coparentalité, on trouve des études sur la division des tâches en contexte de déploiement. Les aspects relationnels et psychologiques demeurent négligés par la recherche. Les études soulignent toutefois le risque de conflit lors de la réappropriation des rôles et des tâches au retour du militaire ainsi que l'ambiguïté quant à la façon et aux moments où redonner ces responsabilités (Lester & Flake, 2013; Paley et al., 2013; Walsh et al., 2014).

En somme, les études recensées permettent de dresser un portrait sommaire de l'expérience des familles militaires canadiennes. Toutefois, elles mettent en lumière plusieurs lacunes quant à la recherche sur les familles militaires, surtout à l'échelle canadienne. En plus du peu de recherches sur les familles des FAC, malgré le fait qu'elles peuvent ressembler à celles de l'armée états-unienne, certaines particularités, à ne pas omettre, peuvent changer la dynamique familiale canadienne telles que l'accès à un médecin de famille et à une éducation dans la langue de son choix (Ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes, 2013). De plus, certains des sous-systèmes de la famille, telle la relation coparentale, ont été peu étudiés à ce jour en contexte de la vie familiale militaire. Le caractère fondateur de la dyade coparentale au sein de la famille invite toutefois à ce que davantage d'études s'y attardent afin d'identifier des stratégies pour mieux soutenir les familles et favoriser une meilleure collaboration entre coparents civil et militaire, et le maintien d'une présence continue de chacun auprès de leurs enfants et l'adaptation de la famille dans son ensemble aux réalités de la vie de famille militaire.

Références

- Blaisure, K.R., Saathoof-Welss, T., Pereaie, A., MacDermid Wadsworth, S. & Dombro, A.L. (2015). *Serving military families: Theories, research and application*. New York and London: Routledge.
- DeGraff, A.N., O'Neal, C.W. & Mancini, J.A. (2016). The significance of military contexts and culture for understanding family well-being: parent life satisfaction and adolescent outcomes. *Journal Child Family Studies*, 25, 3022-3033. doi 10.1007/s10826-016-0471-0
- Department of Defense. (2014). *Demographics 2014: Profile of the military community*. Washington, DC: Office of the Deputy Under Secretary of Defense.
- DeVoe, E.R. & Ross, A. (2012). The Parenting Cycle of Deployment. *Military Medicine*, 177, 184-190
- Dursun, S. (Mai, 2015). *Military Family Research: Challenges facing military families*. Oral présenté à International Applied Military Psychology Symposium, Lisbonne.
- Faber, A.J., Willerton, E. & Clymer, S.R. (2008). Ambiguous absence, ambiguous presence: A qualitative study of military reserve families in wartime. *Journal of Family Psychology*, 22, 222-230. doi: 10.1037/0893-3200.22.2.222
- Feinberg, M. E. (2002). Coparenting and the transition to parenthood: A framework for prevention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 173-195. doi: 10.1023/A:1019695015110
- Feinberg, M.E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: a framework for research and intervention. *Parenting: Science and Practice*, 3, 95-131.
- Gumiela, R. (2016). Les familles des militaires au Canada et le Programme des services aux familles des militaires. *Transition*, 43, 16-17.
- Lapp, C.A., Taft, L.B., Tollefson, T., Hoepner, A., Moore, K. & Divyak, K. (2010). Stress and coping on the Home Front: Guard and reserve spousal searching for a new normal. *Journal of Family Nursing*, 16, 45-67. doi: 10.1177/1074840709357347
- Larsen, J. L., Clausse-Ehlers, C. S. & Cosden, M. A. (2015). An exploration of army wives's responses to spousal deployment stressors and protective factors. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 4, 212-228.
- Lester, P. & Flake, E. (2013). How wartime military service affects children and families. *Future of Children*, 23, 121-141.
- Martindale-Adams, J., Nichols, L.O., Zuber, J., Graney, M. & Burns, R. (2016). Decision-making during the deployment cycle. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 24, 216-221. doi: 10.1177/1066480716648686
- McCreary, D.R., Thompson, M.M. & Pastò, L. (2003). Predeployment family concerns and soldier well-being: The impact of family concerns on the predeployment well-being of Canadian Forces personnel. *The Canadian Journal of Police & Security Services*, 1, 33-40.
- Ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes (2013). *Sur le front intérieur : Évaluation du bien-être des familles des militaires canadiens en ce nouveau millénaire*, Ottawa, Bureau de l'Ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes.

- Paley, B., Lester, P. & Mogil, C. (2013). Family systems and ecological perspectives on the impact of deployment on military families. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16, 245-265. doi: 10.1007/s10567-013-0138-y
- Park, J. (2008). A profile of the Canadian Forces, *Perspectives*, Statistics Canada – Catalogue No 75-001-X, p. 17-30.
- Pincus, S.H., House, R., Christenson, J. & Alder, L.E. (2001). The emotional cycle of deployment: a military family perspective. *US Army Med Dep*, 15-23.
- Régimbald, K. & Deslauriers, J.-M. (2010). Vie militaire et paternité. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 16, 182-211. doi: 10.7202/044447ar
- Services aux familles des militaires. (2015). L'expérience militaire : guide pour la famille. Récupéré sur : www.forcedelafamille.ca
- Walsh, T. B., Dayton, C. J., Erwin, M.S., Muzik, M., Busuito, A. & Rosenblum, K. L. (2014). Fathering after military deployment: parenting challenges and goals of father of young children. *Health and Social Work*, 39, 35-44. doi: 10.1093/hsw/hlu005

Parentalisation contrariée chez les jeunes en difficulté : un travail de mémoire difficile ?

Caroline Baret

Doctorat en psychologie

Sous la direction de Sophie Gilbert

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Courriel : caroline.baret@gmail.com

Problématique : devenir parent dans un contexte difficile

En partenariat avec l'organisme communautaire montréalais *Dans la rue*, ma recherche doctorale s'est intéressée à la *parentalisation* chez des jeunes adultes qui vivent des situations de grande précarité. Elle s'inscrit dans une recherche plus extensive du GRIJA¹ qui vise à comprendre la récurrence de dysfonctionnements familiaux entre les générations, notamment celle de la maltraitance et de la victimisation, chez les jeunes en difficulté. Cette population cumule différentes problématiques en lien avec leur situation actuelle et leur histoire familiale. Leurs difficultés commencent bien souvent dans l'enfance ou dans l'adolescence (Levac & Labelle, 2009; Lussier & Poirier, 2000; MSSS, 2008). La maltraitance, la négligence, le désengagement parental ou des conflits majeurs avec leurs parents peuvent être des facteurs les amenant à des fugues répétées ou à une expulsion du foyer familial (Observatoire canadien de l'itinérance, 2016; Poirier et al., 1999; Saint-Jacques, 2016). Du fait de ces dysfonctionnements familiaux importants, l'intervention de la Protection de la jeunesse est fréquente dans le parcours de ces jeunes (Chanteau, Poirier, Marcil & Guay, 2007).

La coupure avec leur famille est bien souvent accompagnée d'une désinscription sociale globale avec de multiples problèmes (Gaetz, O'Grady, Buccieri, Karabanow & Marsolais, 2013; Leclerc, Gallant, Morissette & Roy 2013). Citons par exemple le décrochage scolaire, la pauvreté, la consommation de drogue. L'ensemble de ces facteurs nourrissent une trajectoire allant vers le monde de la rue avec ce que cela comporte de dangers et de risques, mais aussi de débrouillardise (Bellot, 2005; Gagné, 1996).

¹ Sophie Gilbert, directrice du Groupe de recherche sur l'inscription sociale et identitaire des jeunes adultes (GRIJA), mène depuis 2007 une recherche subventionnée par le FQRSC, intitulée : « La parentalité chez les jeunes de la rue et les jeunes adultes itinérants : transmission, répétition, enjeux de l'intervention ».

En raison de l'urgence de leur demande et de leur méfiance à l'égard des intervenants psychosociaux, l'intervention auprès des jeunes en difficulté peut s'avérer compliquée (Aubin, 2009; Lafortune & Gilbert, 2013; Gilbert & Lussier, 2006; Gilbert, Lafortune, Charland, Lapointe & Lussier, 2013; Monast, 2010). Il est nécessaire de déployer une certaine créativité pour les accompagner (Aubin, 2008), d'autant plus lorsque certains deviennent parents (Haley, Roy, Leclerc, Boudreau & Boivin, 2004; Poirier et al., 1999). Dans ce contexte, la répétition des difficultés familiales est au cœur des préoccupations des intervenants (Chamberland, Léveillé & Trocmé, 2007; Pagé & Moreau, 2007), mais aussi des jeunes parents (Poirier et al., 1999, p. 77; Baret & Gilbert, 2015).

Lorsqu'ils deviennent parents, ces jeunes adultes font face à des remaniements identitaires, familiaux et sociaux que toute personne traverse lorsqu'elle accueille dans sa vie un nouveau-né; ce processus dynamique de transformation d'un adulte en parent est appelé *parentalisation* (Moro, 2010; Mosca & Garnier, 2015; Neyrand, 2007). Ils se heurtent également à des enjeux spécifiques liés à leur situation actuelle et à une histoire familiale antérieure tourmentée. La consommation de drogue, le manque de moyens, les conflits avec leur famille et la méfiance envers les services sociaux constitueraient autant d'obstacles au *tissage du berceau affectif et relationnel* de leur bébé, ou en d'autres termes, à leur développement en tant que parent (Emard & Gilbert, 2016; Lafortune & Gilbert, 2013; Gilbert et al., 2013).

Objectifs : documenter et comprendre la parentalisation des jeunes en difficulté

Dans la poursuite d'une meilleure compréhension de la parentalisation en contexte de vulnérabilité (précarité socioéconomique, répétition des ruptures relationnelles, toxicomanie, maltraitance passée, etc.), ma recherche doctorale s'est intéressée plus particulièrement à : 1) documenter le vécu subjectif lié au fait de devenir parent ou, autrement dit, décrire *l'expérience de parentalité*² des jeunes adultes en difficulté; 2) comprendre la manière dont ces jeunes parents en difficulté élaborent leur héritage familial et développent leur *mémoire familiale*³ au regard des aléas de leur histoire.

Méthodologie de la recherche : méthodes qualitatives de recueil et d'analyse

Du fait d'une démarche exploratoire centrée sur la compréhension d'un phénomène complexe, l'approche méthodologique qualitative nous a paru incontournable tant pour la cueillette des données que pour leur analyse.

² Voir : Houzel (1999).

³ Voir : Lemieux et Gagnon (2007) ; Muxel (1996) ; Tisseron (2002).

Par le biais de l'organisme communautaire *Dans la Rue* à Montréal, j'ai rencontré à deux reprises six mères et six pères âgés de 19 à 28 ans, en difficultés psychosociales, avec ou sans la garde de leur enfant. Suivant la méthodologie d'entretien semi-directif élaborée par le GRIJA (Gilbert, 2007, 2009), les participants étaient invités à parler de leur famille, en répondant à une consigne principale uniforme permettant liberté et spontanéité du discours : « J'aimerais que tu me parles de ta famille ».

Dès les premiers entretiens, nous avons amorcé une analyse en profondeur des retranscriptions suivant une méthode inductive à deux niveaux : thématique et conceptualisant (Gilbert, 2009; Paillé & Mucchielli, 2012). Dans un premier temps, la « thématisation » des verbatim a permis de documenter l'expérience de la parentalité des jeunes rencontrés, notamment le phénomène de renoncement à la garde de son enfant. Par la suite, l'analyse par « catégories conceptualisantes » nous a permis d'explorer les mécanismes de la mémoire familiale et de mieux cerner les difficultés d'appropriation de l'histoire familiale chez nos participants.

L'analyse thématique descriptive a donné lieu à un premier article de recherche doctorale portant sur le phénomène d'auto-exclusion parentale et ses potentielles ramifications (Baret & Gilbert, 2015). L'analyse par catégories conceptualisantes a porté sur la mémoire familiale des jeunes en difficulté (Baret & Gilbert, 2017) que j'ai présentée à la première édition du colloque étudiant du CÉRIF.

Résultats : proposition d'une typologie de la mémoire familiale

L'analyse qualitative approfondie de l'ensemble des entretiens nous a permis de fonder une typologie de la mémoire familiale, appelée « représentation mémorielle de la famille », pour les douze parents rencontrés. Elle peut se concevoir grâce à la construction narrative particulière et personnelle du sujet invité à parler librement de sa famille. Chez nos participants, la représentation mémorielle se décline en trois types : énigmatique, altérée et trompe-l'œil. Nous avons pu inférer trois mécanismes psychiques distincts (scotomisation, fixation et fabulation) et plusieurs caractéristiques.

Représentation énigmatique	Représentation altérée	Représentation trompe-l'œil
• « Scotomisation mémorielle » • Focalisation sur la partie aconflictuelle de l'histoire familiale. • Narration de l'histoire familiale globalement difficile, entrecoupée de nombreuses ruptures. • Représentation minimaliste, parcellaire, banalisée et désincarnée de la famille. • Empêchant d'accéder à une image globale et vivante de la famille.	• « Fixation mémorielle » • Focalisation sur les faits particulièrement souffrants de l'histoire familiale. • Narration relativement chargée affectivement : colère ou tristesse. • 1^{er} sous-type - représentation tronquée : prédominance de ce qu'il manque, ce qui a été perdu. • 2^e sous-type - représentation dysfonctionnelle : prédominance de ce qui fait violence, ce qui empiète. • Occultant ainsi les ressources et les soutiens de la famille.	• « Fabulation mémorielle » • Travestissement d'une partie de l'histoire familiale. • Narration marquée par l'idéalisation (1^{er} temps) et la révélation (2^e temps) de l'illusion, du secret et des conflits. • Représentation de la famille double sinon multiple et discordante. • Agissant comme un déni des pertes et des souffrances associées.

Conclusion : Réflexion pour l'intervention

Si la mémoire familiale est conscience du passé et négociation avec celui-ci, selon Anne Muxel (1996), le récit des jeunes que nous avons rencontré renvoie plutôt à la difficile conscientisation d'un passé à différents niveaux :

- 1) par *l'effacement* provoqué par la scotomisation mémorielle ;
- 2) par le *travestissement* permis par la fabulation mémorielle ;
- 3) par la *suspension du temps* et la *reviviscence* induite par la fixation mémorielle.

Or, selon certains auteurs, il semble primordial pour rompre la répétition de la maltraitance, d'être conscient de sa propre histoire de violence et de l'impact de celle-ci sur sa trajectoire (Berthelot, Ensink & Normandin, 2013, 2014; Collin-Vézina & Cyr, 2003). C'est à partir de la mentalisation des souffrances que l'on peut parvenir à une forme de résilience et d'émancipation par rapport au passé (Manciaux, 2001; Muxel, 1996; Tychev, 2001). Sans sous-estimer les difficultés actuelles et réelles des jeunes parents en difficulté, il nous semble nécessaire d'explorer leur histoire familiale et sociale dans le cadre de l'intervention. Il s'agirait alors de favoriser un travail de mémoire et de réflexivité au sein d'une relation de confiance.

Le présent résumé est issu des résultats présentés dans l'article « Mémoire familiale chez des jeunes parents en difficulté : mécanismes de représentation et de narration d'une histoire familiale tourmentée » (Baret et Gilbert, 2017) accessible en ligne via la revue internationale *Enfances, Familles, Générations*.

Références

- Aubin, D. (2009). Ce corps qui parle pour moi. *Filigrane : Écoutes Psychanalytiques*, 18(2), 16-30.
- Aubin, D. (2008). Les jeunes en difficulté : une invitation à la créativité. *Psychologie Québec*, 25(2), 24-27.
- Baret, C., & Gilbert, S. (2015). Parentalisation contrariée chez les jeunes désaffiliés : quand devenir parent est synonyme d'auto-exclusion. *Recherches Familiales*, 12(1), 263-277.
- Baret, C., & Gilbert, S. (2017). Mémoire familiale chez des jeunes parents en difficulté : mécanismes de représentation et de narration d'une histoire familiale tourmentée. *Enfances, Familles, Générations*, no 26 [en ligne] <https://efg.revues.org/1401>
- Bellot, C., Raffestin, I., Royer, M.-N., & Noël, V. (2005). *Judiciarisation et criminalisation des populations itinérantes à Montréal : 1994-2004*. Montréal : Rapport de recherche pour le Secrétariat national des sans-abris, RAPSIM.
- Berthelot, N., Ensink, K., & Normandin, L. (2013). Échecs de mentalisation du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 2(1), 9-15.
- Berthelot, N., Ensink, K., & Normandin, L. (2014). Mentalisation efficiente du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 1(1), 6-20.
- Chamberland, C., Léveillé, S., & Trocmé, N. (2007). *Enfants à protéger - Parents à aider : des univers à rapprocher*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Chanteau, O., Poirier, M., Marcil, F., & Guay, J. (2007). La transition à la vie adulte : un passage à risque. In S. Roy & R. Hurtubise (Eds.), *L'itinérance en questions* (pp. 233-250). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Collin-Vézina, D., & Cyr, M. (2003). La transmission de la violence sexuelle: Description du phénomène et pistes de compréhension. *Child Abuse and Neglect*, 27(5), 489-507.
- de Tyche, C. (2001). Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 16(1), 49.
- Emard, A., & Gilbert, S. (2016). Toxicomanie et parentalité chez les jeunes en difficulté : les enjeux d'une transition. *Drogues, Santé et Société*, 14(2), 130-148.
- Gaetz, S., O'Grady, B., Buccieri, K., Karabanow, J., & Marsolais, A. (Eds.). (2013). *Youth Homelessness in Canada: Implications for Policy and Practice*. Toronto : Canadian Homelessness Research Network Press.
- Gagné, J. (1996). « Yes, I can débrouille. » Propos de jeunes itinérants sur la débrouillardise. *Cahiers de Recherche Sociologique*, 27, 63.
- Gilbert, S. (2007). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : l'exemple de l'itinérance des jeunes adultes. *Recherche Qualitatives, Hors Série* (3), 274-286.
- Gilbert, S. (2009). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : l'apport heuristique de rencontres intersubjectives. *Recherches Qualitatives*, 28(3), 19-39.
- Gilbert, S., Lafortune, D., Charland, S., Lapointe, S., & Lussier, V. (2013). *Une intervention singulière et spécialisée auprès des jeunes parents en difficulté. Le service à la famille de l'organisme communautaire montréalais Dans la rue*. Montréal : GRIJA.
- Gilbert, S., & Lussier, V. (2006). Les paradoxes de la relation d'aide établie avec les jeunes adultes itinérants. *Revue Canadienne de Politique Sociale*, 58, 84-99.

- Haley, N., Roy, E., Leclerc, P., Boudreau, J.-F., & Boivin, J.-F. (2004). Characteristics of adolescent street youth with a history of pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 17(5), 313–20.
- Houzel, D. (Ed.). (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Paris : Érès.
- Lafortune, D., & Gilbert, S. (2013). Défis cliniques dans l'intervention auprès de jeunes parents en situation de précarité psychosociale : éclairage psychodynamique sur un mode relationnel paradoxal. *Bulletin de Psychologie*, Numéro 527(5), 371–384.
- Leclerc, P., Gallant, S., Morissette, C., & Roy, É. (2013). *Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal*. Montréal : Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Lemieux, D., & Gagnon, É. (2007). Introduction. La famille pour mémoire. *Enfances, Familles, Générations*, no 7, i–xiv.
- Levac, C., & Labelle, F. (2009). *La rue, un chemin tracé d'avance? Parcours de 21 jeunes hommes de la rue*. Montréal : Éditions Hurtubise.
- Lussier, V., & Poirier, M. (2000). La vie affective des jeunes adultes itinérants : de la rupture à la hantise des liens. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 67–89.
- M.S.S.S. (2008). *L'itinérance au Québec : Cadre de référence*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Manciaux, M. (2001). La résilience : Un regard qui fait vivre. *Études*, 395(10), 321–330.
- Monast, D. (2010). Clinique du lien social et filiation chez les jeunes de la rue. Dans R. Letendre & D. Marchand (Éds.), *Adolescence et affiliation : Les risques de devenir soi* (pp. 103–114). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Moro, M.-R. (2010). Construire ensemble un berceau pour l'enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 23, 55–60.
- Mosca, F., & Garnier, A. (2015). Devenir parents: une étrange métamorphose. *Thérapie Familiale*, 36(2), 167–186.
- Muxel, A. (1996). *Individu et mémoire familiale*. Paris : Hachette Littératures.
- Neyrand, G. (2007). La parentalité comme dispositif. Mise en perspective des rapports familiaux et de la filiation. *Recherches Familiales*, 4(1), 71–88.
- Observatoire canadien sur l'itinérance. (2016). *Définition canadienne de l'itinérance chez les jeunes. Le rond-point de l'itinérance*. Repéré : www.rondpointdelitinerance.ca/definitionlitinerancejeune
- Pagé, G., & Moreau, J. (2007). Intervention et transmission intergénérationnelle. *Service Social*, 53(1), 61–73.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Poirier, M., Lussier, V., Letendre, R., Michaud, P., Morval, M., Gilbert, S., & Pelletier, A. (1999). *Relations et représentations interpersonnelles de jeunes adultes itinérants : Au-delà de la contrainte de la rupture, la contrainte des liens*. Montréal : GRIJA.
- Saint-Jacques, B. (2016). Des fugues révélatrices d'un mal-être. In Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (Ed.), *L'itinérance à Montréal : Au-delà des chiffres* (pp. 24–25). Montréal: RAPSIM.
- Tisseron, S. (2002). La mémoire familiale et sa transmission à l'épreuve des traumatismes. *Champ Psychosomatique*, 25(1), 13–24.

Les expériences parentales au prisme des politiques et des pratiques sociales

Concilier travail/famille/bien-être, est-ce possible pour les parents d'aujourd'hui ?

Karine Sauvé

Doctorat en psychologie, concentration en études familiales
Sous la direction de Jean-Pierre Gagnier et Diane Dubeau
Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières
Courriel : karine.sauve@uqo.ca

Dans un monde social marqué par l'accélération, le culte de l'urgence, la performance et la multiplication des attentes de réussite, comment les parents d'aujourd'hui perçoivent-il la conciliation famille-travail? La question se pose avec insistance (Aubert, 2003). Comment parvenir à jongler au quotidien avec les demandes multiples et non coordonnées des contextes de vie et de travail? Comment prendre en compte les besoins des enfants, la vie de couple et les exigences professionnelles sans risquer littéralement l'épuisement? De surcroît, la documentation scientifique disponible semble indiquer que la façon dont est vécue la conciliation famille-travail (CFT) pourrait avoir d'importantes répercussions sur le quotidien des parents et celui des enfants, engendrant ainsi des conséquences notables sur la santé physique et mentale pour tous les membres de la famille (Bigras et al. 2009 ; St-Amour, Laverdure, Devault et Manseau, 2005).

Avant de poursuivre, il y a lieu de spécifier que la CFT peut être définie comme étant la « recherche de l'équilibre entre les exigences et les responsabilités liées à la vie professionnelle et à la vie familiale » (ministère de la Famille, 2013). Réaffirmant cette définition, l'Association canadienne de la santé mentale - division Québec spécifie que la conciliation vie personnelle - travail est un ensemble d'actions organisées qui facilitent l'articulation entre les responsabilités personnelles, familiales et sociales et les responsabilités professionnelles, incluant celle de formation (Association canadienne pour la santé mentale- ACSM - Division du Québec, 2014). D'ailleurs selon cette association, lorsque la CFT est réussie, cela permet aux travailleurs de sentir une certaine harmonie entre la vie personnelle et les obligations liées à un emploi. Pour eux, la vie personnelle englobe à la fois les obligations liées à l'emploi, l'amour, les soins aux proches, les soins personnels, les relations sociales, les études, les loisirs, les sports, les engagements communautaires, les sorties, les vacances, la gestion des finances, les devoirs juridiques et déplacements (ACSM - Québec, 2014).

La conciliation famille-travail : entre défis et facteurs de protection

Les répercussions mentionnées précédemment qui sont de l'ordre du manque de temps, l'anxiété, l'irritabilité, le stress, la frustration, les tensions, les conflits entre conjoints ou collègues, des problèmes de santé physique peuvent aussi être associés à ces défis et ainsi, tous ces éléments sont autant de manifestations pouvant être vécues suite aux difficultés de la CFT (Caussignac, 2000; Martin, 2014). L'Association canadienne pour la santé mentale (2014) souligne l'importance que la CFT repose sur la volonté de mettre en place des conditions pour réduire les conflits entre le travail et la vie personnelle et qu'il faut sentir un équilibre des différentes sphères de sa vie. Cette association souligne également qu'une saine gestion de la CFT peut être un facteur de protection, notamment en permettant un équilibre adéquat, une source de développement personnel et professionnel, un sentiment d'appartenance, etc. Toutefois, l'association suggère également qu'une CFT inadéquate peut aussi être un facteur de risque en raison de toutes les conséquences identifiées précédemment et qu'il y a lieu de trouver des moyens sains et adéquats pour pallier les effets néfastes. Ainsi, est-ce véritablement possible pour les parents d'aujourd'hui de prendre ce temps pour réfléchir quant aux moyens qui leur sont disponibles, et ce, selon les réalités dans lesquelles ils vivent? Effectivement, il y a lieu de se questionner afin de permettre aux parents de réfléchir quant à leur expérience dans ce contexte CFT où tout est déjà un défi quotidien pour eux.

Contexte de l'avènement des réalités associées à la CFT

Au regard de l'histoire du marché du travail au Canada, on constate qu'il a été construit sur un modèle de père-pourvoyeur (Beeman, Desjardins, Goulet et Rose, 2006). En tant qu'unique source de revenus pour la famille, ce père pouvait se dévouer entièrement à son emploi. À cette époque, les responsabilités familiales étaient perçues comme une affaire complètement individuelle puisque la femme, la mère de famille, était habituellement à la maison, et le problème de la CFT ne se posait pas (Beeman et al, 2006). Toujours selon ces auteurs, après avoir été plus spécifiquement une réalité à laquelle les mères devaient davantage faire face dans les années 80 avec leur présence croissante sur le marché du travail, la CFT est devenue, dans les années 90, un enjeu de société partagé par l'ensemble des parents, pères et mères. Effectivement, c'est à compter de cette décennie que les employeurs, au même titre que la société, ont commencé à reconsidérer l'impact de la parentalité avec le travail. Cela les a emmenés à reconnaître les différents coûts engendrés par les difficultés reliées aux enjeux de la CFT, lesquels sont causés par tous les défis à concilier le travail avec les obligations parentales et les impondérables reliés à la vie de famille (Beeman et al, 2006). Ces difficultés incluent par exemple l'absentéisme, la perte de productivité et le roulement du personnel. Or, la société et les employeurs n'ont eu d'autres choix que d'évoluer, car, de nos jours, la vaste majorité des femmes travaillent à l'extérieur de la maison.

Situation contemporaine

Selon la récente enquête publiée par l'Institut de la statistique du Québec concernant les défis de la CFT chez les parents salariés, la situation semble ne s'être guère améliorée puisqu'il est mentionné que la moitié (50 %) des parents salariés (pères et mères) ont *souvent* ou *toujours* l'impression de courir toute la journée pour faire ce qu'ils ont à faire (Lavoie, 2016). Avec toutes les pressions des exigences quotidiennes, entre le « métro-boulot-marmots », il semble que cela ne soit pas surprenant que plus du tiers (37 %) des parents, pères et mères, aient mentionné être souvent ou toujours épuisés une fois arrivés à l'heure du souper et que plus de la moitié (56 %) affirment n'avoir jamais ou rarement suffisamment de temps libre pour eux (Lavoie, 2016). De plus, Laroche et Garner (2016) constatent que le conflit travail-famille lié au stress est associé négativement et significativement à la satisfaction personnelle. Ceci a sûrement un effet sur le sentiment de compétence des parents lorsque vient le temps d'accomplir tout ce qui doit être fait.

Or, il appert à travers l'ensemble des recherches consultées jusqu'à présent que les enjeux reliés à la CFT sont réellement des sujets d'actualité. Il est d'ailleurs possible de constater parmi les différentes lectures que des auteurs tentent d'identifier les raisons ou encore certaines caractéristiques qui peuvent venir accentuer certains éléments et spécialement, le stress vécu. De plus, plusieurs recherches font état des moyens disponibles au niveau du travail. D'autres écrits dressent plutôt un portrait démontrant que la situation devient problématique pour de nombreuses personnes, engendrant des conséquences négatives à plusieurs égards, notamment sur la santé physique et mentale des parents et même des enfants. Toutefois, aucune recherche analysée jusqu'à présent ne permet de voir si ces mesures mises en place aident ou répondent aux besoins des employés, par exemple ceux des parents. De surcroît, en raison de leurs spécialisations au niveau de la gestion des ressources humaines et des relations industrielles, plusieurs auteurs s'y ayant intéressé offrent un angle d'analyse plus axé sur l'aspect « travail » de la conciliation travail-famille et où il est possible d'y voir davantage des liens reliés aux entreprises qu'à l'expérience individuelle du travailleur ou même sur le plan familial.

En complémentarité à cela, Schneewind et Kupsch (2006) soulignent que la recherche en psychologie a été majoritairement orientée avec une centration sur les déficits (*manque de temps, stress, etc.*). Effectivement, les facteurs de stress et les résultats négatifs dans les tentatives des familles à faire face aux multiples exigences du travail et de la vie familiale sont davantage documentés. De plus, à la suite d'études concernant la perception de l'équilibre travail-hors-travail et la satisfaction au travail où la centration était davantage autour des soutiens organisationnels, Kilic (2014) suggère de poursuivre les recherches afin de mieux comprendre les mécanismes d'équilibre(s) et le rôle de ces pratiques dans la gestion hors-travail.

Perspectives de recherches futures

À partir de ces différents constats, il serait de mise dans le cadre de futures recherches d'intégrer une perspective plus compréhensive où les aspects positifs des relations famille-travail sont aussi à mettre de l'avant (Schneewind et Kupsch, 2006) où notamment les bienfaits qu'un apporte à l'autre, pourraient être considérés. En ce sens, il serait pertinent d'y accorder une importance de choix dans la recherche, en s'attardant d'abord au vécu et à l'expérience des parents vivant avec ces défis de la CFT. Il y a lieu d'interroger les parents afin de savoir comment les parents conçoivent et décrivent leur CFT permettant ainsi de mieux saisir comment ils l'actualisent en plus de tenter d'apprécier à sa juste valeur le regard qu'ils posent sur cela. Ceci permettra d'étoffer la pertinence de questionner les familles sur leur vécu en creusant autour de leur expérience afin de mieux les comprendre. Tel que démontré précédemment, c'est un sujet de société qui exige une certaine démarche réflexive et une telle recherche avec cette posture devrait pouvoir mettre en lumière si c'est effectivement possible pour les familles d'aujourd'hui de conjuguer la conciliation famille-travail-santé et bien-être.

Références

- Aubert, N. (2003). *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*. Paris, France : Éditions Champs Flammarion.
- Association de la santé publique du Québec- ASPQ (2004). *Vers une politique gouvernementale sur la conciliation travail-famille*. Mémoire présenté dans le cadre de la consultation du Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille : 20-23.
- Beeman, J, Desjardins, L., Goulet, N. et Rose, R. (2006). « Personne ne doit choisir entre la famille et le travail ! Un regard féministe sur la conciliation famille emploi-études », *Comité Conciliation famille-emploi-études, Conseil d'intervention pour l'accès des femmes au travail, Condition féminine Canada*.
- Bigras, N, Blanchard, D., Bouchard, C., Lemay, L., Tremblay, M., Cantin, G.... Guay, M-C. (2009). Stress parental, soutien social, comportements de l'enfant et fréquentation des services de garde. *Enfances, Familles, Générations*. 10, 1-30.
- Caussignac, É. (2000). La nature des liens entre les déterminants du conflit emploi-famille, son ampleur et ses impacts. *Mémoire de maîtrise, École des hautes études commerciales Montréal*.
- Garner, P. et Laroche, P. (2016). Les effets du sentiment d'efficacité personnelle sur la relation entre l'équilibre travail-famille et la satisfaction au travail. *Revue de gestion des ressources humaines*. 2-100, p. 41-60.
- Kilic, S. (2014). « Perception de l'équilibre travail - hors-travail et satisfaction au travail », *Management & Avenir*. 3,69. p. 89-105. DOI 10.3917/mav.069.0089
- Lavoie, A. (2016). *Les défis de la conciliation travail-famille chez les parents salariés. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*. Québec : Institut de la statistique du Québec. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/conciliation-travail/conciliation-travail-famille.pdf>

- Martin, W. (2014). *Une étude sur l'effet médiateur du conflit travail-famille entre les conditions de l'organisation du travail et les symptômes dépressifs*. Mémoire de maîtrise, Écoles des relations industrielles. Université de Montréal. Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/11088/Martin_William_2014_memoire.pdf?sequence=2
- Ministère de la Famille (2013). *La conciliation travail-famille, qu'est-ce que c'est?* Repéré à <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/Famille/travail-famille/definition/Pages/index.aspx>
- Schneewind, K. A. et Kupsch, M. (2006) « Perspectives psychologiques de la recherche sur les liens entre vie familiale et vie professionnelle », *La revue internationale de l'éducation familiale*. 1-19. pp. 9-30. DOI 10.3917/rief.019.000
- St-Amour, N., Laverdure, J., Devault, A. et Manseau, S. (2005). *La difficulté de concilier travail-famille : ses impacts sur la santé physique et mentale des familles québécoises*. Québec : Institut national de la santé publique du Québec

Adopter suite à une catastrophe naturelle : l'impact sur la parentalité adoptive

Angela Esquivel

Doctorat en psychologie, concentration en études familiales
Sous la direction de Patricia Germain
Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières
Courriel : angela.esquivel@uqtr.ca

Objet et objectifs

Cette recherche s'intéresse à l'impact d'une catastrophe naturelle sur le récit parental adoptif. Cette étude tentera de décrire le plus près possible les expériences vécues par les parents suite au séisme en Haïti en 2010.

Suite à un grave séisme qui a touché Port-au-Prince, le processus d'adoption de plusieurs familles québécoises s'est vu accéléré. Des parents qui n'étaient pas prêts se sont retrouvés rapidement avec leur enfant dans leur bras. Il faut souligner que 127 enfants sont arrivés au Québec et 203 enfants au Canada. Ce sont donc 330 enfants qui sont arrivés en situation d'urgence au pays. Des parents se sont ainsi retrouvés avec leurs enfants qu'ils n'attendaient que dans plusieurs mois. Le parcours de vie de ces familles six ans après le séisme n'a pas encore été documenté scientifiquement et, pourtant, il s'agit d'une réalité de l'adoption internationale qui est pertinente dans plusieurs sphères scientifiques et sociales, puisqu'il importe de se questionner sur l'aide reçue afin de vérifier si l'accompagnement a été adéquat dans le cadre de ce processus particulier.

Il faut souligner que bien qu'habituellement les parents reçoivent des ateliers à la préparation à l'adoption donnés par différents intervenants (psychologues, travailleurs sociaux, etc.), ainsi qu'une visite faite par un intervenant du CLSC dans les 14 jours suivant l'arrivée de l'enfant au Québec (SAI, 2017), les différentes recherches soulignent que les parents adoptifs ont besoin d'un accompagnement plus encadré et spécialisé à leur vécu (Atkinson & Gonet, 2007; McKay, 2010; Fortineault, 2015). À Montréal, il existe présentement deux établissements qui offrent ces services : le CIUSS-Ouest de Montréal et le CIUSSS-Est de Montréal. Toutefois, ceci n'est pas le cas d'autres régions comme la Mauricie et les régions plus éloignées de la région métropolitaine.

Deux objectifs sont visés dans cette recherche doctorale en lien avec cette problématique. Le premier objectif a pour but de démontrer l'impact d'une adoption dans un contexte de crise naturelle sur la parentalité adoptive. Le deuxième objectif vise à identifier les besoins des parents auprès des intervenants et des services offerts lors d'une situation de crise naturelle.

Orientation théorique

Pour mieux comprendre et mieux définir le concept de parentalité adoptive, la théorie sur les axes de la parentalité (Sellenet, 2008; Lacharité, Pierce, Calille, Baker & Pronovost 2015) a été utilisée comme cadre théorique dans cette recherche doctorale. Bien qu'il n'y ait pas une grande différence sur différents aspects (axes) entre ces deux formes de parentalité, soit la parentalité biologique et la parentalité adoptive. Ainsi, les parents adoptifs traversent des émotions et un cheminement unique. Ce cheminement est marqué entre autres par l'absence de grossesse, l'infertilité, le déroulement de l'adoption, l'attente d'un enfant, etc. Bien que cette recherche s'enracine dans un cadre psychologique (parentalité adoptive, cheminement familial), elle touche également un aspect social, à travers les questionnements sur l'accompagnement et les soins auprès des parents adoptants (accompagnement, intervention, services offerts) qui touchent les intervenants sociaux et les chercheurs.

Orientation méthodologique

La première phase de l'étude se déroulera à la clinique de santé internationale du CHU St-Justine. Les parents seront contactés par l'équipe de la clinique à partir d'une base de données qui correspond aux critères spécifiques de cette recherche. Une fois que le recrutement et le consentement des participants auront été établis, les parents seront contactés directement par la suite pour connaître les lieux de rencontres dans lesquels les entrevues auront lieu. Dans le but de mieux saisir l'expérience des participants, l'approche phénoménologique sera privilégiée avec des entretiens semi-dirigés.

Ainsi, la participation de 7 à 10 familles sera importante pour mener à terme cette étude. Bien sûr, le tout passera par deux comités d'éthique, soit celui de l'Université du Québec à Trois-Rivières et celui du CHU St-Justine. Les entretiens seront réalisés à partir du domicile des participants ou dans un endroit et à l'heure de leur choix. Les participants proviendront de la Mauricie, de Montréal et de Québec. Seulement les familles qui auront entamé un processus d'adoption entre 2010 et 2011 avant le séisme en Haïti seront contactées.

Les retombes attendues

Cette recherche devrait permettre de rapporter les expériences des parents ayant vécu une situation d'adoption particulière, soit celle d'adopter un enfant dans un contexte de catastrophe naturelle. Bien que les adoptions internationales soient vécues de manière spécifique pour chaque famille, les parents adoptants en Haïti en 2010 ont traversé une période de stress flagrant. Leur récit d'adoption ne sera sans doute pas le même que s'ils avaient adopté dans une situation plus commune. Également, le manque de ressources dans les régions autres que Montréal (Mauricie et les régions plus éloignées) peut être une problématique soulignée par les parents lors de cette recherche. En effet, le besoin d'accompagnement (pré et post adoption) et l'importance de mieux connaître les étapes du processus d'adoption sont une réalité vécue par les parents. L'accès aux services est donc prioritaire pour ces familles.

Références

- Atkinson, A., & Gonet, P. (2007). Strengthening adoption practice, listening to adoptive families. *Child Welfare*, 86(2), 87-104.
- Fortineau-Guillorit, E., & Baillon, P. (2015). Réflexions cliniques autour de la mise en place des processus psychiques d'adoption. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(6), 392-400.
- Lacharité, C., Pierce, T., Calille, S., Baker, M., & Pronovost, M. (2015). Penser la parentalité au Québec : un modèle théorique et un cadre conceptuel pour l'initiative perspective parents. *Les cahiers du CEIDF*, 3, 1-40.
- McKay, K., & Ross, L.E. (2010). The transition to adoptive parenthood: A pilot study of parents adopting in Ontario, Canada. *Children and Youth Services Review*, 32(4), 604-610.
- Secrétariat à l'adoption internationale. (2017). Services postadoption. Repéré à http://adoption.gouv.qc.ca/fr_services-postadoption
- Sellenet, C. (2008). La parentalité adoptive et ses nouveaux enjeux. *Archives de Pédiatrie*, 15(5), 492-494.

Complémentarité des relations d'attachement : données préliminaires sur le profil sociodémographique des parents

Jane Aubertin

Baccalauréat en psychologie
Sous la supervision de Daniel Paquette
Département de psychologie, Université de Montréal
Courriel : jane.aubertin@umontreal.ca

Depuis plus d'une cinquantaine d'années, la littérature portant sur le développement socio-émotif de l'enfant a largement abordé la relation d'attachement. Cette théorie, née de la collaboration entre John Bowlby et Mary Ainsworth, définit l'attachement comme étant le lien affectif d'un enfant envers une figure d'attachement lui permettant de vivre une expérience de sécurité et de confort qui nécessite le maintien de la proximité (Ainsworth, 1989). C'est habituellement la mère qui joue le rôle de première donneuse de soins dans cette relation. Bowlby (1969) propose d'ailleurs que l'attachement soit composé de deux systèmes comportementaux opposés et complémentaires, soit un système comportemental de proximité qui permet la protection et un système d'exploration qui permet l'apprentissage et l'adaptation à des situations non-familiales. Ainsi, pour qu'un enfant soit apte à explorer son environnement, il doit d'abord posséder la confiance nécessaire fournie par le premier système.

Afin d'évaluer la relation d'attachement chez les enfants de 12 à 18 mois, il s'agit alors d'utiliser la situation étrangère (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Cette situation a été validée chez la dyade mère-enfant et semble évaluer de façon efficace la qualité de l'attachement mère-enfant à l'aide d'une séquence comportant huit épisodes de plus en plus stressants pour l'enfant, ce qui permet de faire ressortir certains comportements et d'identifier les différences individuelles (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978). Il est alors possible de classer les enfants dans l'un des quatre profils suivants : insécurisant évitant (A), sécurisant (B), insécurisant ambivalent (C) et désorganisé (D). Le dernier profil d'attachement, soit le désorganisé, a été conceptualisé par la suite par Main et Solomon (Main et Solomon, 1986). Toutefois, lorsque l'on considère la faible stabilité, transmission intergénérationnelle et prédictibilité de l'attachement père-enfant, cela mène à la réflexion que la situation étrangère ne serait pas la plus adaptée pour évaluer la relation singulière qui se forme entre un père et son enfant (Grossmann et Grossmann, 1998; Paquette et Bigras, 2010).

À cet effet, Paquette (2004) a proposé la théorie de la relation d'activation, soit le lien affectif d'un enfant à son père par la stimulation à la prise de risque et le contrôle. Afin d'évaluer celle-ci, la situation risquée a récemment été validée (Paquette & Bigras, 2010). Celle-ci est composée d'une séquence de six épisodes structurés permettant d'évaluer la réaction de l'enfant face à des risques de plus en plus importants, comprenant un risque social et physique. Cette situation évalue, quant à elle, la qualité de la relation d'activation et permet de classer les enfants dans les trois catégories suivantes : relation sous-activée, relation activée et relation suractivée.

Dans le projet de Complémentarité des relations d'attachement (CRA), le but visé est la meilleure compréhension de l'apport complémentaire du père et de la mère d'enfants de moins de quatre ans quant à leur développement socio-affectif. Il est alors essentiel de souligner que « les pères joueraient un rôle indirect via le soutien émotionnel et physique à la mère dans les périodes de stress, et un rôle direct dans le développement de l'exploration et l'autonomie de l'enfant » (Paquette, 2004, p.1). À cet effet, l'activation et l'attachement d'enfants âgés entre 12 et 18 mois ont notamment été évalués à l'aide de la situation risquée (Paquette & Bigras, 2010) et de la situation étrangère (Ainsworth et al., 1978).

Présentation de l'étude et constats principaux

Dans le cadre de la présente étude préliminaire, nous nous intéressons exclusivement à la relation d'attachement parent-enfant, tel qu'évaluée par la situation étrangère, et au profil sociodémographique des parents ($N = 125$), tel qu'évalué par des questionnaires de données sociodémographiques. Il apparaît alors que l'âge moyen des pères est de 34 ans ($\pm 4,84$), que l'âge moyen de la mère est de 32 ans ($\pm 4,42$) et que tous sont des parents biologiques. De plus, au moment de la situation étrangère, les enfants avaient en moyenne 15,37 mois ($\pm 1,79$) lorsqu'ils étaient accompagnés de leur père et 15,75 mois ($\pm 1,78$) lorsqu'ils étaient accompagnés de leur mère.

En outre, l'immigration paternelle se situant à 24,8 % et maternelle à 22,4 %, il semble que notre échantillon possède plus de parents issus de l'immigration que la population canadienne qui se situe à 20,6 % (Statistiques Canada, 2011). De plus, les parents de notre échantillon possèdent en moyenne 15,65 ans d'années d'études pour les pères et 16,22 années d'études pour les mères, ce qui représente un baccalauréat. En effet, 30,4 % des pères et 43,2 % des mères possèdent ce diplôme. Il s'agit d'une surreprésentation puisque la proportion de la population québécoise de 25 à 34 ans ayant un baccalauréat est de 27,20 % pour les femmes et de 16,90 % pour les hommes (Statistiques Canada, 2016). En ce qui a trait au revenu personnel annuel, 60 % des pères et 36,8 % des mères possèdent un revenu de 50 000 \$ et plus. Il s'agit donc d'un échantillon plus nanti que la moyenne québécoise considérant que, dans la population générale québécoise, seulement 26,89 % des individus ont un revenu personnel de plus de 50 000 \$ (Revenu Québec, 2013).

Concernant la distribution de la relation d'attachement mère-enfant, 10 % sont insécuroisantes évitantes (A), 65 % sont sécurisantes (B), 12 % sont insécuroisantes ambivalentes (C) et 14 % sont désorganisées (D), ce qui est très semblable à la distribution de l'attachement mère-enfant retrouvée dans la littérature (Van Ijzendoorn, Schuengel et Bakermans-Kranenburg, 1999) pour laquelle les profils A, B, C et D représentent respectivement 14, 62, 9 et 15 %. Finalement, pour l'attachement père-enfant, on remarque une plus grande variation du type évitant que chez la mère. Notre échantillon se situe à 23 %, alors que la littérature varie de 6,7 % (Brown, Mangelsdorf et Neff, 2012) à 34,5 % (Main et Weston, 1981). En ce qui a trait aux autres profils, la relation d'attachement père-enfant comporte 54 % d'enfants du profil B, 6 % d'enfants du profil C et 17 % d'enfants du profil D.

À l'aide de ces données, il a été possible d'analyser l'association entre le niveau de scolarité et le profil d'attachement. Nous sommes arrivés à une absence de corrélation significative. Nous avons aussi analysé l'association entre l'âge de l'enfant et le profil d'attachement. Aucune association significative n'a été trouvée. Finalement, nous avons évalué l'association entre le revenu personnel annuel et le profil d'attachement avec la mère et le père. Il s'est alors avéré possible d'observer une première tendance entre le revenu maternel et le profil d'attachement insécuroisant évitant. En effet, 33,3 % des enfants ayant un profil A ont une mère dont le revenu est de moins de 10 000 \$. La proportion d'enfants ayant un type d'attachement insécuroisant évitant tend à diminuer avec l'augmentation du salaire. Pour ce qui est des autres types, 26,7 % des enfants du profil C ont une mère dont le revenu se situe dans la tranche de 40 000 à 49 000 \$. Dans le cas des enfants du profil B et D, respectivement 42,5 % et 50 % d'entre eux ont une mère dont le revenu personnel est de 50 000 \$ et plus. Toutefois, lorsque l'association entre le revenu personnel paternel et le profil d'attachement est étudiée, il s'avère qu'aucune variation ne ressort. En effet, la majorité des enfants, soit 51,7 % des enfants insécuroisants évitants, 60,3 % des enfants sécurisants, 100 % des enfants insécuroisants ambivalents et 57,1 % des enfants désorganisés, ont un père dont le revenu annuel est de 50 000 \$ et plus.

Conclusion

Somme toute, il est essentiel de rappeler que l'attachement est central dans le développement de l'enfant et qu'il demeure primordial dans nos relations interpersonnelles, notamment par la régulation émotionnelle et les compétences sociales (Sroufe, 2005). À cet effet, le projet CRA tente de déterminer quel est l'apport complémentaire de chacun des parents tandis que, dans notre étude préliminaire, nous avons évalué le profil sociodémographique de 125 familles ainsi que l'attachement parent-enfant entre l'âge de 12 et 18 mois chez l'enfant.

Nos données confirment que l'attachement père-enfant possède un plus grand nombre d'enfants évitants que l'attachement mère-enfant. En outre, nos données ont fait apparaître une variation entre le revenu personnel maternel et le type d'attachement mère-enfant qui n'a pas été retrouvée chez les pères.

Il apparaît d'ailleurs nécessaire de préciser que le présent projet est l'un des premiers à s'intéresser au lien entre un revenu familial élevé, plutôt que faible, et le profil d'attachement (Shaw et Vondra, 1995; Vondra, Hommerding et Shaw, 1999). Toutefois, étant donné que l'échantillon est composé de moins d'enfants des profils A, C ou D, ce qui représente néanmoins la population normative, cela demeure une limite à notre étude afin d'évaluer l'association entre le revenu personnel et le profil d'attachement. Finalement, nous croyons qu'il est très pertinent de poursuivre l'étude, à l'aide d'analyses statistiques, de la relation entre le revenu et l'attachement des enfants. De plus, nous estimons qu'approfondir notre compréhension du taux plus élevé d'enfants évitants avec le père qu'avec la mère est essentiel, notamment par l'entremise du projet de Complémentarité des relations d'attachement.

Références

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. et Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American psychologist*, 44(4), 709.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss v. 3 (Vol. 1). Random House.
- Furman, W., & Buhrmester, D. (2009). Methods and measures: The network of relationships inventory: Behavioral systems version. *International Journal of Behavioral Development*, 33, 470-478.
- Brown, G. L., Mangelsdorf, S. C. et Neff, C. (2012). Father involvement, paternal sensitivity, and father– child attachment security in the first 3 years. *Journal of Family Psychology*, 26(3), 421-430.
- Grossmann, K. E. et Grossmann, K. (1998). Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau. *Enfance*, 51(3), 44-68.
- Main, M. et Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern.
- Main, M. et Weston, D. R. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child development*, 932-940.
- Paquette, D. (2004). Theorizing the Father-Child Relationship: Mechanisms and Developmental Outcomes. *Human Development*, 47(4), 193-219.
- Paquette, D. et Bigras, M. (2010). The risky situation: A procedure for assessing the father–child activation relationship. *Early Child Development and Care*, 180(1-2), 33-50.
- Shaw, D. S. et Vondra, J. I. (1995). Infant attachment security and maternal predictors of early behavior problems: A longitudinal study of low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(3), 335-357.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7(4), 349-367. doi: 10.1080/14616730500365928

- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C. et Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and psychopathology*, 11(02), 225-250.
- Vondra, J. I., Hommerding, K. D. et Shaw, D. S. (1999). Stability and change in infant attachment in a low-income sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 119-144.

Approche aux parents et amélioration de l'offre de services : réponse aux besoins des familles quant au dépistage des retards développementaux de 0-5 ans

Mélynda Cantin

Doctorat en psychologie
Département de psychoéducation et de psychologie
Université du Québec en Outaouais

Résumé

Le projet Réseau Maintenant l'Enfant (RME) est issu de préoccupations concernant l'offre de services aux enfants de 0-5 ans et leur famille en matière de dépistage des retards développementaux. Il s'agit d'une initiative du CISSS de l'Outaouais qui s'est concrétisée en partenariat avec les membres d'un regroupement local de partenaires. Ce projet vise à dispenser une formation auprès des partenaires du réseau permettant la mise en œuvre d'activités de dépistage directes auprès des enfants et la sensibilisation des intervenants quant à l'attitude à adopter lors de l'annonce aux parents d'une difficulté observée chez leur enfant.

Cette étude s'est penchée sur les conditions du partenariat qui favorisent la réponse aux besoins des familles. Les effets de ce projet ont aussi été explorés à l'aide d'une méthode de recherche mixte. Des entretiens semi-dirigés auprès de 9 gestionnaires et 12 intervenants ont été réalisés. Une analyse de contenu thématique a permis d'identifier 1) cinq facteurs qui semblent favoriser une meilleure approche aux parents et 2) les effets de celle-ci quant à la réponse aux besoins des familles. Une analyse descriptive des données récoltées dans le cadre de la démarche d'évaluation a aussi permis de constater une augmentation du nombre d'enfants dépistés et une diminution de l'âge des enfants référés. Ces résultats mettent en lumière l'importance de créer un partenariat cohérent autour des familles pour répondre aux besoins des enfants de la communauté.

Jeunes et familles : identités, quêtes de sens et antécédents familiaux

Caractéristiques familiales des adolescentes présentant une anorexie mentale : identification de profils familiaux spécifiques

Christina Blier

Doctorat en psychologie, concentration en études familiales
Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières
Courriel : christina.blier@uqtr.ca

L'anorexie mentale est un trouble des conduites alimentaires qui se caractérise par un engouement pour la perte de poids, un plaisir excessif à refuser la nourriture, une poursuite acharnée de la minceur, un désir envahissant de maintenir cette minceur et une négation de l'état de maigreur aboutissant généralement à une malnutrition importante (APA, 2003; Fairburn et Harrison, 2003; Gilchrist, Ben-Tovim, Hay, Kalucy, et Walker, 1998; Wilkins, 2012).

Selon le DSM-IV-TR¹, les quatre critères diagnostiques permettant d'établir la présence d'une anorexie mentale sont 1) le refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille; 2) la peur intense de prendre du poids alors que le poids est inférieur à la normale; 3) l'altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, une influence excessive du poids ou de la forme du corps sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle et 4) chez les femmes post-pubères, aménorrhée pendant au moins trois cycles consécutifs.

Chez les individus ayant débuté une thérapie, on retrouve un taux élevé d'abandon se situant entre 40 % à 46 % tout particulièrement chez les adultes (Couturier et Lock, 2006; Dare, Eisler, Russell, Treasure et Dodge, 2001; Halmi et *al.*, 2005). Cette situation serait principalement attribuable à une approche trop globale de cette psychopathologie qui ne prend pas en compte l'hétérogénéité des profils cliniques de cette population, nuisant ainsi au développement d'interventions plus adaptées aux besoins des enfants et adolescentes anorexiques (Meilleur, 2012). Cette situation pourrait être corrigée si plus de recherches étaient consacrées à l'identification précoce de sous-groupes cliniques distincts chez les individus présentant une anorexie mentale et leur famille et si des programmes d'intervention étaient développés en tenant compte des caractéristiques de ces sous-groupes (Nicholls, 2007; Wildes et *al.*, 2011).

¹ La quatrième édition révisée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR, 2004) a été retenue dans le présent travail puisque la sélection des participants qui ont participé à l'étude principale dans laquelle nous nous inscrivons a été faite sur la base de cette version.

Recension des écrits

La question de l'intérêt pour les profils de ces familles date de la fin des années 70. Les premières théories explicatives de l'anorexie mentale ciblent alors les facteurs familiaux et socioculturels comme responsables de cette psychopathologie (Minuchin, Rosman et Baker, 1978 ; Garner et Garfinkel, 1980). À partir d'observations systématiques, Minuchin et ses collaborateurs (1978) ont développé l'une des théories les plus connues en thérapie familiale : les caractéristiques de la « famille psychosomatique ». Par « psychosomatique », Minuchin, Rosman et Baker (1978) entendent le fait qu'une maladie au départ essentiellement somatique, telle que l'asthme ou le diabète, puisse être exacerbée par des caractéristiques psychologiques, familiales, ou environnementales. Ces familles se caractériseraient par *l'enchevêtrement* (une forme extrême de proximité et d'intensité interactionnelle marquée par des frontières floues et fragiles entre les sous-systèmes), *la rigidité* (la difficulté à modifier les règles de fonctionnement en fonction des stress internes ou externes auxquels la famille est confrontée), *la surprotection* (une attention excessive au bien-être de l'autre), *l'absence de résolutions des conflits* (un seuil extrêmement faible de tolérance aux conflits et une survalorisation de l'harmonie) et *la triangulation* (l'implication de l'enfant-symptôme dans le conflit parental (Minuchin, Rosman et Baker, 1978).

Dans une étude réunissant 45 familles, dont 13 cas de diabète, 10 cas d'asthme intraitable et 25 cas d'anorexie mentale, Minuchin confirme son hypothèse initiale concernant l'existence de familles « psychosomatiques » (Pauzé et Touchette, 2009; Minuchin et al., 1978). Or, bien que prometteuse, la validité de cette hypothèse aurait dû être testée en reproduisant la même étude auprès d'un échantillon plus important et plus représentatif de la population clinique visée. Cela n'a été fait que plusieurs années plus tard. Entretemps, l'hypothèse de la famille « psychosomatique » a servi de référence dans de nombreux écrits en thérapie familiale (Pauzé et Touchette, 2009).

Ce n'est qu'à partir des années 2000 que des recherches plus systématiques ont été réalisées afin de valider cette hypothèse. Les résultats des études recensées (Cunha, Relvas et Soares, 2009; Cook-Darzens, Doyen, Falissard et Mouren, 2005; Delannes, Doyen, Cook-Darzens et Mouren, 2006; Dimitropoulos et al., 2003; Espina de Alga et Ortego, 2003; Murphy, Troop et Treasure, 2009; Sim et al., 2009; Vidović, Jureša, Begovac, Mahnik et Tocilj, 2005) indiquent un dysfonctionnement familial chez bon nombre de familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale. Les résultats de ces études indiquent également que les familles d'adolescentes anorexiques sont moins cohésives et font preuve de moins de flexibilité que les familles d'adolescentes ne présentant pas de trouble des conduites alimentaires et que les adolescentes anorexiques tendent à vivre davantage de distance et de colère envers leur mère, à vivre davantage de jalousie envers leur(s) sœur(s), à percevoir davantage de contrôle maternel et à vivre davantage de conflits familiaux que les adolescentes sans pathologie alimentaire. En outre, les adolescentes présentant un trouble des conduites alimentaires décrivent leur communication avec leur mère comme moins satisfaisante que les adolescentes sans pathologie alimentaire et tendent à utiliser davantage un style de communication destructive que constructive.

Enfin, les familles d'adolescentes anorexiques seraient moins en mesure de redéfinir les événements stressants dans le but de s'y adapter. Par contre, elles seraient plus ouvertes à rechercher et à recevoir de l'aide et présenteraient un plus grand sens de l'autocritique et des responsabilités que les familles d'un groupe de comparaison.

Présentation de l'étude et profils des familles

Notre étude² visait donc à identifier et à décrire différents profils chez les familles d'adolescentes présentant une anorexie restrictive. 181 participantes recrutées suite à l'admission dans un programme de traitement spécialisé des troubles alimentaires ont été interrogées à l'aide de questionnaires évaluant le fonctionnement familial. L'échantillon se compose de 181 adolescentes âgées en moyenne de 14 ans (écart-type de 2,33). L'IMC des adolescentes se situe entre 11.59 kg/m² et 22.18 kg/m², pour une moyenne de 16.15 kg/m² (écart-type = 2,17).

Les résultats de notre étude nous ont permis de soulever trois sous-groupes. Le premier sous-groupe, qui compte pour 6,1% de l'échantillon, se caractérise par une faible cohésion familiale (100 %) et une faible communication entre les membres de la famille (100 %).

De façon générale, ces familles se caractériseraient par des problèmes concernant l'engagement relationnel et la qualité de la communication entre les membres de la famille et des relations jeunes-parents difficiles. Le profil clinique du deuxième sous-groupe, qui représente 27,6% de l'échantillon, se caractérise principalement par l'aliénation entre les adolescentes et leur mère (87,1 %) et leur père (87,55 %), une faible cohésion familiale chez deux familles sur trois (69,7 %) et une moins bonne qualité de la communication entre les membres de la famille chez un peu plus d'une famille sur deux (55,8 %). Ces familles semblent se caractériser par une distance et un faible engagement relationnel dans la famille. Le dernier sous-groupe, représentant deux familles sur trois (66,3 %), se caractérise par un fonctionnement familial majoritairement sain relativement aux échelles sélectionnées.

Constats principaux et perspectives d'intervention

Le premier constat qui se dégage de ces analyses est que la population des familles des adolescentes anorexiques ne constitue pas un groupe homogène. Le deuxième constat qui se dégage est qu'une majorité de familles ne semble pas présenter de difficultés significatives. Ce résultat va à l'encontre des résultats de l'étude de Minuchin et ses collaborateurs (1978) concernant les cinq caractéristiques décrivant les familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale.

² Projet de recherche réalisé en collaboration avec les professeur-e-s Isabelle Thibault (Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke), Robert Pauzé (École de travail social et de criminologie, Université Laval), Michel Rousseau (Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières) et Johana Monthuy-Blanc (Département des sciences de l'éducation, Université du Québec à Trois-Rivières).

Bien que les approches les plus répandues pour le traitement de l'anorexie mentale soient les thérapies familiales (Couturier et Lock, 2006; Dare, Eisler, Russell, Treasure et Dodge, 2001; Halmi *et al.*, 2005), les résultats de notre étude suggèrent que les difficultés des familles ne devraient pas constituer l'objet principal de l'intervention, et ce, dans la majorité des cas. Les familles devraient davantage être perçues et sollicitées comme des facteurs de soutien à l'intervention. En effet, 66,3 % de ces familles ne présentent pas de problématique particulière. Ainsi, l'implication et le soutien de la famille comme partenaire de traitement (à l'instar de la New-Maudsley Approach; Treasure *et al.*, 2007) apparaît souhaitable. Des interventions en ce sens permettraient notamment d'augmenter l'empathie des proches à l'égard de la personne malade, de réduire l'hostilité, ou le sentiment d'impuissance ainsi que la honte et la culpabilité des proches et de l'individu (Cook-Darzens, 2014; Robinson *et al.*, 2015; Treasure *et al.*, 2007).

Références

- American Psychiatric, A. (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Cook-Darzens, S. (2013). Apports de la recherche familiale dans les troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent: acquis, défis et nouvelles perspectives. *Thérapie familiale : Revue internationale en approche systémique*, 34(1), 39-67. doi:10.3917/tf.131.0039
- Cook-Darzens, S. (2014). *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent*. Toulouse, France : Eres.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., et Mouren, M.-C. (2005). Self-perceived Family Functioning in 40 French Families of Anorexic Adolescents: Implications for Therapy. *European Eating Disorders Review*, 13(4), 223-236. doi:10.1002/erv.628
- Couturier, J., et Lock, J. (2006). What is remission in adolescent anorexia nervosa? A review of various conceptualizations and quantitative analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 175-183.
- Cunha, A. I., Relvas, A. P., et Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 229-240.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J., et Dodge, L. I. Z. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 216-221.
- Delannes, S., Doyen, C., Cook-Darzens, S., et Mouren, M. C. (2006). Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales. *Annales Médico-Psychologiques*, 164(7), 565-572. doi:10.1016/j.amp.2004.11.016
- Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Bellai, K., et Olmsted, M. (2013). Inpatients with severe anorexia nervosa and their siblings: Non-shared experiences and family functioning. *European Eating Disorders Review*, 21(4), 284-293. doi:10.1002/erv.2230
- Espina, A., de Alda, I. O., et Ortego, A. (2003). Dyadic adjustment in parents of daughters with an eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 11(5), 349-362. doi:10.1002/erv.530

- Fairburn, C. G., et Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1
- Garner, D. M., et Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 10(04), 647-656.
- Gilchrist, P. N., Ben-Tovim, D. I., Hay, P. J., Kalucy, R. S., et Walker, M. K. (1998). Eating disorders revisited. I: Anorexia nervosa. *Med J Aust*, 169(8), 438-441.
- Halmi, K. A., Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G. T., Bryson, S. W., et Kraemer, H. C. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 776-781.
- Meilleur, D. (2012). Particularités cliniques et classification des troubles de la conduite alimentaire chez les enfants âgés entre huit et 13 ans : où en sommes-nous? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60(6), 419-428.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., et Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Oxford, England : Harvard University Press.
- Murphy, F., Troop, N. A., et Treasure, J. L. (2000). Differential environmental factors in anorexia nervosa: A sibling pair study. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(2), 193-203. doi:10.1348/014466500163211.
- Nicholls, D. (2007). Aetiology. *Eating disorders in childhood and adolescence*, 51-74.
- Pauzé, R. et Touchette, L. (2009). Le développement de la recherche chez les cliniciens : d'abord questionner la pratique clinique. *Thérapie familiale*, 30(2), 133-146.
- Robinson, A. L., Dolhanty, J., et Greenberg, L. (2015). Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(1), 75-82. doi:10.1002/cpp.1861
- Sim, L. A., Homme, J. H., Lteif, A. N., Vande Voort, J. L., Schak, K. M., et Ellingson, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 531-539. doi:10.1002/eat.20654
- Treasure, J., Smith, G., et Crane, A. (2007). *Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder: The new Maudsley method*: Routledge.
- Vidović, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, M., et Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 19-28. doi:10.1002/erv.615
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., Crosby, R. D., Ringham, R. M., Dapelo, M. M., Gaskill, J. A., et Forbush, K. T. (2011). The clinical utility of personality subtypes in patients with anorexia nervosa. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(5), 665.
- Wilkins, J. (2012). *Adolescentes anorexiques : plaidoyer pour une approche clinique humaine*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

L'expérience de placement des enfants autochtones de la communauté d'Uashat mak Mani-Utenam

Émilie Dugré

Maitrise en service social

Sous la direction de Louise Lemay

École de travail social, Université de Sherbrooke

Résumé

Le phénomène de la surreprésentation des enfants autochtones au sein des systèmes de protection à l'enfance représente un enjeu de taille sur l'ensemble du territoire canadien. En effet, bien que les enfants autochtones représentent 7 % de tous les enfants du Canada, ils composent près de la moitié (48 %) des enfants hébergés en foyer substitut. Le placement à long terme d'enfants autochtones au sein d'un milieu allochtone soulève de nombreux enjeux, notamment celui de la préservation de l'identité culturelle.

Suite à ces constats, un projet de recherche portant sur l'expérience de placement des enfants autochtones de la communauté d'Uashat mak Mani-Utenam a été entrepris. L'objectif principal de la recherche est de documenter et de comprendre l'expérience de jeunes adultes innus qui ont vécu un placement auprès de familles allochtones et qui ont fait le choix, à leur majorité, de revenir au sein de leur communauté d'origine. Une approche biographique adaptée aux réalités autochtones a été privilégiée.

Les analyses préliminaires démontrent que, malgré la durée prolongée du placement, les liens avec la famille et la communauté d'origine demeurent centraux pour ces jeunes. De plus, l'importance du rapport au territoire, imaginé ou vécu, est un élément fondamental pour eux.

Devenir *two-spirit* au Canada au XXI^e siècle : le *coming out* au cœur des dynamiques familiales...au fil du Jeu de l'oie (loi) systémique

Madeleine Begue

Doctorat en sexologie

Sous la direction de Line Chamberland et Joanne Otis

Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Courriel : begue.madeleine@courrier.uqam.ca

Cette communication porte sur la construction de l'identité sexuelle des personnes bispirituelles au regard des dynamiques familiales lors du *coming out* et vise à répondre aux questions suivantes : 1) comment les familles autochtones au Québec comprennent, accueillent, aménagent et acceptent dans le quotidien le *coming out* d'un des leurs en tant que bispirituel.le?; 2) quelles sont les stratégies identitaires adoptées par les personnes bispirituelles pour construire et exprimer leur bispiritualité compte tenu des interactions au sein de leur famille lors du *coming out*?

Le terme « Autochtones » désigne les « Premières Nations, les Métis et les Inuits » en accord avec leur reconnaissance faite par la Constitution canadienne » (Caron, 2013). Les personnes bispirituelles (*Two-Spirit* depuis 1990) réfèrent aux lesbiennes, gais, bisexuels, trans (LGBT) autochtones. La bispiritualité regroupe trois genres : le féminin, le masculin et le féminin-masculin et serait compris comme un don du créateur (Brotman et Ryan, 2008; Meyer et Cook, 2008).

Mise en contexte

Sur le plan social, même si les Autochtones disposent d'une capacité de résilience, qui force le respect au regard de l'ethnocide subi lors de la colonisation de leur territoire, ils font face à des conditions de vie difficiles. Les facteurs de protection répertoriés dans la littérature leur permettant de maintenir leur équilibre sont le contact avec la nature, le sentiment d'appartenance à une communauté, la spiritualité, l'entraide et la solidarité, l'accès à l'éducation dans leur communauté (Colombe et al., 2010).

Les données statistiques font ressortir des caractéristiques sociétales¹ qui sont autant d'oppressions systémiques s'ajoutant aux discriminations raciales et homophobes vécues dans et hors de leur communauté pour les personnes bispirituelles. Par conséquent, il est relevé de multiples problèmes de santé mentale dû à la honte, à l'expérience intersectionnelle de deux identités ostracisées (Brotman et Ryan, 2008), à l'homophobie intériorisée, au déni de soi du fait du choix d'une identité moins stigmatisée, et l'adoption de comportements à risque telles que les conduites addictives et/ou d'auto-agressions, ou encore l'exercice d'une sexualité non sécurisée.

Concernant les recherches sur le *coming out*, défini comme un « processus de développement par lequel les gais et des lesbiennes reconnaissent leur orientation sexuelle et décide d'intégrer cette connaissance dans leurs vies personnelles et sociales » (Ryan, 2003, p. 12), et la manière dont les connaissances émergent, notons surtout qu'aucune recherche empirique sur le *coming out* ne prend en considération la famille dans son ensemble et en même temps. En effet, les recherches empiriques sur le *coming out* sont principalement de nature quantitative (questionnaire en ligne), venant des États-Unis, prenant en compte majoritairement des blancs. La majeure partie de la littérature portant sur les bienfaits du *coming out*, les expériences positives se rapportent à des échantillons blancs, issus de familles ayant un niveau moyen ou aisé en Amérique du Nord (Willoughby, Doty, et Malik, 2008). Il a été souligné de manière répétitive l'absence de diversité ethnique/raciale et de localisation géographique (Woodward et Willoughby, 2013) dans la composition des échantillons.

Les recherches qualitatives sont menées sous forme d'entretiens individuels, adressées surtout aux jeunes et portent principalement sur les effets ressentis par rapport au bien-être. Peu de questions sont faites aux parents, s'intéressant à leurs perceptions des effets et conséquences du *coming out* par rapport au bien-être d'un des leurs. Pour les recherches qui prennent en compte les études cliniques, il n'y aucune mention des méthodes d'analyses utilisées. Par ailleurs, peu d'études se sont intéressées aux autres membres de la famille (frères et sœurs, aux grands parents) ou encore aux interactions familiales tout au long du processus de *coming out* (Haxhe et D'Amore, 2013) en sortant de l'instant paroxystique de la divulgation.

¹ Les données statistiques (ENM, 2011; Statistiques Canada, 2015), font ressortir des taux d'emploi des autochtones inférieur à celui des allochtones : 62, 5 % vs 75,8 %, moins de la moitié des Autochtones ont un diplôme post-secondaire, ce qui entraîne de la pauvreté avec un revenu médian après impôts plus faible que les allochtones (20000 \$ vs 27600 \$), donc moins de possibilités d'investir dans le foncier. De nombreuses familles vivent dans des logements souvent dégradés et non adéquats à leurs besoins. Par ailleurs, il est relevé le maintien de pratiques colonialistes au travers de multiples disparités qui se voient dans les surreprésentations institutionnelles avec les placements d'enfants ou encore les admissions aux services en correctionnelles, dans l'itinérance (Carron, 2013) et au travers des pratiques discriminatoires des institutions (Brotman et Lévy, 2008; Caron, 2013).

Peu d'études établissent des liens de cause à effet entre les stratégies identitaires adoptées compte tenu des interactions familiales. De plus, aucune étude n'a pris en considération l'ensemble des membres de la famille en même temps pour documenter le phénomène, sortant ainsi des biais d'idéalisation, de minimisation et de diabolisation des réactions parentales. Et dernier point, aucun des outils d'intervention systémiques (les objets flottants) dont le Jeu de l'oie systémique (JDOS) fait partie n'a été évalué empiriquement.

Expériences parentales et familiales

Les parents ont des réactions initiales, montrent des signes manifestes de détresse, de culpabilité, et peuvent entrer dans une spirale d'auto-accusation, de dépression, d'anxiété quant à l'avenir et vivre la divulgation comme une perte les amenant à faire le deuil d'une projection d'un avenir hétérosexuel pour leur enfant. Certains d'entre eux peuvent chercher du soutien en santé après la divulgation (Woodward et Willoughby, 2013; Coenen, 1998; LaSala, 2000; Saltzburg, 1996; Steel & Guldner, 1993; Savin-Williams & Dubé, 1998; Willoughby et al., 2006). Or il n'existe que peu d'études empiriques sur les thérapies pour les familles, ainsi qu'une absence de consensus ou de considérations sur des stratégies thérapeutiques claires pour l'accompagnement des familles, et encore moins d'évaluation scientifique des thérapies et des outils thérapeutiques qui leur sont destinés (Woodward et Willoughby, 2013).

Lorsqu'il y a soutien et acceptation parentale lors du *coming out*, les personnes bispirituelles vont interioriser une conception de soi positive, permettant la consolidation de l'orientation sexuelle et une meilleure santé mentale. Alors qu'à l'inverse pour les personnes qui font face aux rejets et réactions négatives, les interrogations multiples sur leur orientation sexuelle se maintiennent et se renforcent. Elles font face à des inhibitions et des problèmes de santé mentale avec des idéations suicidaires, des tentatives de suicide et de la dépression.

Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel s'appuie sur le concept de stigmat (Goffman, 1975), le modèle de construction identitaire de Mellini (2009), la théorie des systèmes de l'École de Palo Alto, tout en intégrant le concept d'intersectionnalité prenant en compte les multiples oppressions systémiques. Mon projet de thèse s'organise en deux phases : 1) La phase d'intervention consiste à élaborer un programme d'intervention systémique destiné aux personnes bispirituelles et aux familles Autochtones, concernées par le *coming out* d'un des leurs en collaboration, avec un organisme ou une communauté de recherche autochtone. L'objectif principal de cette phase est de contribuer à l'acceptation de l'identité LGBTQ bispirituelle par les personnes elles-mêmes et par leur famille. ; 2) Dans la phase de recherche, l'objectif principal est de faire émerger de la connaissance sur la bispiritualité (les dynamiques familiales, les stratégies identitaires adoptées par les personnes bispirituel-le-s)

Méthode de recherche et d'intervention

La méthodologie déployée intègre comme outil de collecte de données, le Jeu de l'oie systémique (JDOS). Créé par Rey et Caillé, le JDOS s'inscrit dans un ensemble d'outils thérapeutiques systémiques appelés « les objets flottants » ayant des formes diverses, tels que le blason, le conte systémique, le génogramme, les jeux du destin croisé, les protocoles, la chaise vide, les sculpturations. En tant que « révélateur relationnel » (Caillé, 2012, p. 22), le JDOS fait émerger une chronologie historique du groupe familial et favorise la redistribution des places et l'émergence du « je » dans le « nous » collectif (Rey et Colpin, 2014) au cours de trois phases.

La première phase porte sur le groupe familial. Elle permet la reconstitution d'un récit mythique en 10 événements familiaux porteurs de sens. Cette phase permet d'observer la dynamique du groupe familial, la qualité et les modalités relationnelles, les valeurs qui sous-tendent leurs choix donnant ainsi un portrait du système familial dans sa spécificité et son unicité. La seconde phase porte sur l'individu dans le système familial. Les événements sélectionnés de la chronologie familiale sont qualifiés individuellement avec les sept cartes symboliques (l'oie, le pont, la prison, l'hôtel, le puits, le labyrinthe et la mort). La subjectivité des personnes bispirituelles va alors ressortir dans le groupe familial médié par les cartes symboles tout en étant relié au collectif familial. Dans la dernière phase du JDOS, les participants sont invités à donner une origine et une suite à la trame familiale. Cette phase vient conforter l'individuation et permet à chaque personne de formuler des projets individuels, d'émettre des perspectives pour sa famille.

Perspective de recherche

Je vise un échantillon de douze familles ayant intégré le programme d'intervention systémique et volontaires pour participer à la recherche. Quatre rencontres au minimum sont à prévoir par famille : une pour le consentement et trois pour le déroulement du JDOS. Sur le plan éthique, le projet intègre le cadre spécifique de propriété, contrôle, accès et possession (PCAP) un cadre éthique autonome émis par les Autochtones qui implique qu'ils doivent garder la propriété, le contrôle, l'accès et la possession des données des projets de recherches qui ont lieu dans leurs communautés (Asselin et Basile, 2012) – et des principes de respect, de bien-être, de réciprocité et de justice de l'énoncé politique des trois Conseils (EPTC) portant sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains de 2014.

Références

- Asselin, H. & Basile, S. (2012). Éthique de la recherche avec les peuples autochtones, *Éthique publique*, vol. 14. DOI : 10.4000/ethiquepublique.959
- Brotman, S. L., & Levy, J., J. (2008). *Intersections : cultures, sexualités et genres*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Caillé, P. (2012). La relation dans tous ses états. Les objets flottants comme révélateurs de complexité et facteurs de changement. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 48(1), 13-13. doi:10.3917/ctf.048.0013

- Caron, M.-N. (2013). Les populations autochtones du Québec. CSSSPNQL.
- Coenen, M. E. (1998). Helping families with homosexual children: A model for counseling. *Journal of Homosexuality*, 36(2), 73-85.
- Coulombe, Landry, & Bazinet. (2010). Guide des relations interculturelles en santé mentale. ACSM - Montréal.
- Goffman, E. (1975 [1963]). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Paris, France : Paris Éditions de Minuit.
- Lasala, M. C. (2000). Lesbians, gay men, and their parents: family therapy for the coming-out crisis. *Family Process*, 39(1), 67.
- Mellini, L. (2009). Entre normalisation et hétéronormativité : la construction de l'identité homosexuelle. *Déviance et société*, 1(33), 3-26.
- Meyer Cook, F & Labelle, D. (2004). Namaji. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 16(1), 29-51.
- Haxhe, S., & D'Amore, S. (2013). La fratrie face au « coming out ». *Thérapie familiale*, 34(2), 215-215. doi:10.3917/tf.132.0215
- Rey, Y., & Colpin, M. T. (2014). *Le jeu de l'Oie dans tous ses états : une méthode d'entretien systémique originale : couple, famille, individu, école, institution* : Paris : Éditions Fabert.
- Saltzburg, S. (1996). Family Therapy and the Disclosure of Adolescent Homosexuality. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(4), 1-18. doi:10.1300/J085V07N04_01
- Savin-Williams, & Dubé. (1998). Parental Reactions to Their Child's Disclosure of a Gay/Lesbian Identity. *Family relations*, 47(1), 7-13.
- Steel, M. C., & Guldner, C. A. (1993). Identifying and meeting the needs of gay and lesbian adolescents in family therapy. *Canadian Journal of Human Sexuality*.
- Willoughby, & Malik. (2006). *Mothers, fathers, and their gay sons: A study of coming out*. Paper presented at the annual meeting of the Society for the Scientific Study of Sexuality, Las Vegas, NV.
- Willoughby, Doty, & Malik. (2008). Parental reactions to their child's sexual orientation disclosure: A family stress perspective. *Parenting: Science and practice*, 8(1), 70-91.
- Woodward, E., & Willoughby, B. (2013). Family Therapy with Sexual Minority Youths: A Systematic Review. *Journal of GLBT Family Studies*, 10(4), 380-403. doi:10.1080/1550428X.2013.828248

Le processus d'attribution du sens du deuil périnatal

Sabrina Zeghiche

Doctorat en sociologie

Sous la direction de José Lopez et Francine de Montigny

École d'études sociologiques et anthropologiques, Université d'Ottawa

Courriel : sabrina.zeghiche@uqo.ca

Le deuil périnatal est un phénomène social important, en raison de sa prévalence et de ses répercussions sur le plan personnel et social. Or, même dans les disciplines des sciences de la santé, ce phénomène reste négligé par rapport à d'autres types de deuil. Il l'est davantage dans les disciplines des sciences sociales, notamment en sociologie. Mon objet de recherche propose un regard sociologique sur le processus d'attribution de sens du deuil périnatal en s'intéressant à l'examen du discours sur le deuil périnatal à la fois au niveau institutionnel et au niveau des récits des femmes endeuillées. Cela me permettra d'analyser le processus de régulation sociale du deuil périnatal à l'œuvre dans l'attribution de sens, à la fois dans son exercice (les discours institutionnels) que dans ses effets (les récits des femmes endeuillées).

Recension des écrits

Une littérature interdisciplinaire sur le deuil périnatal a commencé à émerger dans les années 1960 et a connu un essor rapide tout au long du 20^e siècle (Davidson, 2007). Toutefois, peu de recherches ont été menées en sciences sociales sur la question du deuil périnatal depuis les travaux pionniers de Lovell (1983) et Cecil (1984) (Frost et al., 2007). Parmi les études qui s'intéressent au processus d'attribution de sens au deuil périnatal, on trouve deux catégories : l'une se préoccupant du discours institutionnel, l'autre s'intéressant aux récits des acteurs. Pour ce qui est de la première catégorie, les études concernées s'intéressent à la façon dont le décès/deuil périnatal est défini dans les protocoles institutionnels au Canada (Davidson, 2007), les manuels des sages-femmes tout au long du 20^e siècle en Grande-Bretagne (Cameron et al., 2008), les pratiques de différentes institutions de santé au Québec (de Montigny, 2010), ainsi que les croyances des professionnels de la santé au Canada qui interagissent avec les parents endeuillés (Engel et Remple, 2016). Pour ce qui est de la deuxième catégorie, on trouve l'idée d'un rite de passage interrompu, la difficulté de définir le statut de l'enfant perdu et son propre statut (parental), un rapport inédit vis-à-vis de la naissance, de la mort et de ce qui constitue « une personne » (Layne, 1990); l'idée d'une perte d'identité, d'une parentalité anticipée et, de manière plus générale, d'une perte de l'avenir projeté (McCreight, 2008); l'idée d'un deuil ambigu et non légitime (Lang et al., 2011); ou encore l'idée d'une expérience aux contours flous, se caractérisant par une ambiguïté sociale et émotionnelle (Sawicka, 2016). Dans tous ces articles, le deuil périnatal apparaît comme difficile à définir et mal ou non reconnu socialement.

Questions de recherche

L'objectif de ma thèse est de lier ces deux catégories, soit le discours institutionnel et le récit des femmes endeuillées. Trois questions de recherche se rattachent à cet objectif : 1) comment le deuil périnatal est-il cadré (ou défini) dans le discours institutionnel, c'est-à-dire dans les protocoles, les pratiques et les ouvrages de référence qui en découlent; et comment ces différents discours se renforcent-ils ou se font-ils concurrence?; 2) comment le deuil périnatal est-il mis en récit par les femmes qui l'ont vécu en écho aux différents discours auxquels elles se voient confrontées?; 3) quel effet de résonance ou de résistance peut-on observer entre ces différents discours? L'angle proposé est, à ma connaissance, assez inédit. Très souvent, les deux niveaux discursifs se tournent le dos. Or, il me semble que ce n'est qu'en croisant les deux niveaux que l'on peut espérer cerner la complexité du phénomène d'attribution de sens du deuil périnatal, à savoir les processus de capillarité, d'alignement et/ou au contraire, de contestation, de résistance par rapport au discours normatif.

Outils théoriques

Dans le cadre de ma thèse, je fais appel à deux courants théoriques en sociologie : l'interactionnisme symbolique et la sociologie structurelle. Ma modélisation théorique s'articule autour de trois points : 1) la régulation normative du deuil et son ancrage dans la structure sociale; 2) le processus d'attribution du sens du deuil ou le deuil comme phénomène à définir; 3) l'inter-influence de la régulation normative du deuil d'une part et du processus d'attribution de sens de l'autre, à travers les processus de cadrage.

En somme, si l'on veut saisir le processus d'attribution de sens du deuil périnatal, nous devons forcément l'observer dans son déploiement aux différents niveaux. *Au niveau macro*, nous devons le replacer dans le contexte d'imbrication entre modernité et modernisme d'une part, et postmodernité/postmodernisme de l'autre (Walter, 2007). Nous devons également le situer dans son contexte national précis afin de mieux cerner les contours du discours dominant dont découlent les règles de cadrage en matière de deuil (la façon dont il est défini) et les règles qui sous-tendent la gestion du deuil (la façon dont le deuil est « pris en charge »). Le premier élément (le cadrage) nous renvoie à la question « quoi ? » (quel sens donner au deuil) (Goffman, 1974). Le deuxième élément (la gestion du deuil) renvoie aux questions « comment » et « qui ». La première question concerne la façon dont le deuil doit être ressenti (*feeling rules*) et affiché (*display rules*) (Hochschild, 1979). La deuxième question (qui) nous amène naturellement à interroger la question de la non reconnaissance (réelle ou perçue) du deuil (Doka, 2002).

Au niveau micro, nous devons examiner comment ces différents éléments se répercutent dans les récits des femmes, sur leur propre processus d'attribution de sens du deuil. Pour ce faire, il nous faut nous pencher sur les processus intermédiaires entre la régulation sociale du deuil et l'expérience des acteurs sociaux; à savoir les processus de motivation et d'alignement ou de travail des émotions (Hochschild, 1979). Ce n'est qu'ainsi, que l'on pourra mieux saisir l'interaction des différents cadres sémantiques et les processus de reproduction, déstructuration et/ou restructuration du discours normatif.

Outils méthodologiques

L'examen de mon objet de recherche se fera en trois temps : 1) planter le décor du discours institutionnel autour du deuil périnatal dans le contexte québécois actuel; 2) interroger les femmes sur leur expérience de deuil périnatal, le sens qu'elles lui attribuent en écho aux autres discours et 3) mettre en regard ces différents niveaux discursifs.

L'objectif du premier volet sera de décrire de manière critique les éléments constitutifs du discours et des pratiques institutionnelles qui permettront de voir comment le deuil périnatal est à la fois défini, reconnu (ou non) et régulé. L'analyse des données recueillies dans ce premier volet s'inspirera de l'approche de l'analyse critique du discours, plus précisément celle prônée par Jäger (2001). Il s'agit d'une méthode pertinente pour analyser le discours institutionnel puisque, de par sa posture critique, elle permet de mettre la lumière sur les rapports de pouvoir qui traversent ce type de discours : que ce soit en termes de position d'énonciation, d'asymétrie de pouvoir dans la lutte symbolique et de règles sociales qu'il édicte.

Après avoir recueilli et analysé les données en lien avec le discours institutionnel, il s'agira dans un deuxième volet de se pencher sur les récits des femmes ayant vécu un décès périnatal afin d'examiner les processus d'attribution de sens, en écho aux autres discours. Pour ce faire, j'envisage de mener des entretiens centrés auprès d'une vingtaine de femmes, au moyen de l'approche des récits de vie. Quatre thèmes seront abordés : 1) situer le projet d'enfant dans la trame narrative biographique; 2) le sens attribué au deuil périnatal avant et après le décès périnatal ; 3) l'expérience des discours/pratiques institutionnelles lors du décès périnatal : la façon dont la question du statut est traitée, les prescriptions en matière d'émotions à ressentir et à afficher, et d'actes ou rituels à respecter; 4) la façon dont ces discours/pratiques ont joué dans leur propre expérience de deuil périnatal ; la façon dont elles les négocient, intègrent ou combattent; les efforts consentis pour se conformer aux normes ou le prix à payer pour s'y soustraire; la place de leur propre définition dans cet univers discursif institutionnel.

L'analyse des récits de vie comprendra deux temps : 1) une analyse verticale et 2) une analyse transversale. L'analyse verticale consiste à se pencher sur chaque récit séparément, et à l'intérieur de chaque récit d'examiner comment ces femmes font sens de leur expérience de deuil périnatal, des cadres qu'elles mobilisent dans un contexte discursif normatif qui reconnaît peu ou mal le deuil périnatal et qui circonscrit leurs émotions. L'analyse transversale consiste, quant à elle, à se pencher sur les différents récits pour émettre des propositions théoriques par rapport à l'objet de recherche qui nous intéresse, à savoir le processus d'attribution du sens du deuil périnatal.

Enfin, le troisième volet consistera à croiser les résultats de ces différents niveaux discursifs afin de dégager les processus mentionnés précédemment, à savoir de reproduction, déstructuration et restructuration. Cela se fera au moyen d'une analyse transversale des résultats des deux volets précédents.

Références

- Alexandre, M. & Gague, J. (2016). Perinatal grief: question of social and juridical recognition of stillborn infant. *Devenir*, 28(1), 5-20.
- Cameron, J., Taylor, J., & Greene, A. (2008). Representations of rituals and care in perinatal death in British midwifery textbooks 1937–2004. *Midwifery*, 24(3), 335-343. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2006.03.010
- Cecil, R. (1984). Miscarriage: women's views of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12, 21-29.
- Davidson, D. (2007). The emergence of hospital protocols for perinatal loss, 1950–2000. York University, Toronto.
- Davidson, D. (2011). Reflections on doing research grounded in my experience of perinatal loss: From auto/biography to autoethnography. *Sociological Research Online*, 16(1).
- Doka, K. (2002). Disenfranchised Grief. Dans K. Doka (Éd.), *Living with Grief: Loss in Later Life* (pp. 159-168). Washington, D.C.: The Hospice Foundation of America.
- Dollander, M. (2014). Deuil périnatal et relation d'objet virtuelle. *Dialogue*, 205(3), 103-114.
- Engel, J. K., & Rempel, L. A. (2016). Health professionals and miscarriage: Attitudes and practices. *MCN, The American Journal of Maternal Child Nursing*, 41, 51-57. doi:10.1097/NMC.0000000000000207
- Frost, J., Bradley, H., Levitas, R., Smith, L. & Garcia, J. (2007). The loss of possibility: scientisation of death and the special case of early miscarriage. *Sociology of Health & Illness*, 29(7), 1003-1022.
- Gilbert, K. R. & Smart, L. (1992). *Coping with Infant or Fetal Loss: The Couple's Healing Process*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*: Harvard University Press.
- Goldbach, K., Dunn, D., Toedter, L. & Lasker, J. N. (1991). The effects of gestational age and gender on grief after pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(3), 461-469.
- Harper, M. & Wisian, N. (1994). Care of bereaved parents: a study of patient satisfaction. *Journal of Reproductive Medicine*, 39(2), 80-86.
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology*, 85(3), 551-575.
- Jäger, S. (2001). Discourse and Knowledge: Theoretical and Methodological Aspects of a Critical Discourse and Dispositive Analysis. Dans R. Wodak & M. Meyer (Éds.), *Methods of Critical Discourse Analysis* (pp. 32-60). London, UK: Sage.
- Lang, A., Fleiszer, A. R., Duhamel, F., Sword, W., Gilbert, K. R. & Corsini-Munt, S. (2011). Perinatal Loss and Parental Grief: The Challenge of Ambiguity and Disenfranchised Grief. *OMEGA: Journal of Death and Dying*, 63(2), 183-196.
- Layne, L. (1990). Motherhood lost: cultural dimensions of miscarriage and stillbirth in America. *Women's Health*, 16(3-4), 69-98.
- Leon, I. G. (1992). Perinatal loss: Choreographing grief on the obstetric unit. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(1), 7-8. doi:10.1037/h0079315
- Lovell, A. (1983). Some questions of identity: Late miscarriage, stillbirth and perinatal loss. *Social Science & Medicine*, 17(11), 755-761.

- McCreight, B. S. (2008). Perinatal loss: A qualitative study in Northern Ireland. *OMEGA: Journal of Death and Dying*, 57(1), 1-19.
- Memmi, D. (2015). *La seconde vie des bébés morts*. Paris, France : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Oakley, A. (1984). *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford, UK: Basil Blackwell.
- Reinharz, S. (1987). The social psychology of a miscarriage: an application of symbolic interaction theory and method. Dans M. J. Deegan & M. Hill (Éds.), *Women and Symbolic Interaction*. Boston: Allen and Unwin.
- Reinharz, S. (1988). What's missing in miscarriage? *Journal of Community Psychology*, 16(1), 84-103.
- Roberts, L. R., Montgomery, S., Lee, J. W. & Anderson, B. A. (2012). Social and cultural factors associated with perinatal grief in Chhattisgarh, India. *Journal of Community Health*, 37(3), 572-582.
- Savage, J. (1989). *Mourning Unlived Lives: A Psychological Study of Childbearing Loss*. Wilmette, IL: Chiron.
- Sawicka, M. (2016). Searching for a Narrative of Loss. Interactional Ordering of Ambiguous Grief. *Symbolic Interaction*. doi:10.1002/symb.270
- Simonds, W. & Rothman, B. K. (1992). *Centuries of Solace: Expressions of Maternal Grief in Popular Literature*. Philadelphia: Temple University Press.
- Smart, L. (1993). Parental Bereavement in Anglo-American History. *OMEGA: Journal of Death and Dying*, 28(1), 49-61.
- Walter, T. (2007). Modern Grief, Postmodern Grief. *International Review of Sociology*, 17(1), 123-134.
- Weaver-Hightower, M. B. (2012). Waltzing Matilda: An Autoethnography of a Father's Stillbirth. *Journal of Contemporary Ethnography*, 41(4), 462-491.
- Weaver-Hightower, M. B. (2015). Losing Thomas & Ella: A Father's Story (A Research Comic). *Journal of Medical Humanities*.
- Yamazaki, A. (2010). Living with stillborn babies as family members: Japanese women who experienced intrauterine fetal death after 28 weeks gestation. *Health care for women international*, 31(10), 921-937.

Changements conjugaux liés à l'immigration

Lori Leblanc

Maitrise en sciences infirmières

Sous la direction de Christine Gervais

Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

Courriel : lebl15@uqo.ca

Les couples qui décident d'immigrer dans un autre pays le font pour plusieurs raisons comme les opportunités financières et professionnelles, le désir d'un environnement sécuritaire ou pour offrir un meilleur avenir à leurs enfants (Haddad & Lam, 1994). L'homme et la femme peuvent réagir différemment suite à l'immigration lorsqu'ils sont confrontés aux normes, valeurs et traditions de la société d'accueil (Guruge, Shirpak, Hyman, Zanchetta, Gastaldo & Sidani, 2010). L'adaptation aux valeurs et à la culture du pays d'accueil provoque des changements majeurs dans la dynamique des couples (Hyman et al., 2004; Shirpak, Matlicka-Tyndale & Chinichian, 2011; Singh & Bhayana, 2015). Ces changements ont des répercussions qui sont autant positives que négatives sur les couples immigrants et sur leur relation conjugale (Hyman et al., 2004; Guruge et al., 2010).

Le présent projet a comme objectif de réaliser une synthèse des connaissances de la littérature canadienne des trente dernières années sur l'expérience des couples suite à leur immigration au Canada. Pour ce faire, nous avons fait une recension des écrits sur quatre bases de données : Cinahl, Medline, PsycArticles et Érudit. Les mots-clés suivants en anglais ont été choisis : *post-migration, immigration, couple, marital, conjugal, relationship*, immigration, conjugal, Québec, Canada. Nous avons étendu notre recherche sur *Google scholar* pour nous assurer de ne pas oublier d'articles sur le sujet. Nous avons limité notre recherche documentaire aux études réalisées au Canada, puisque la majorité des études auprès des immigrants sont faites aux États-Unis, que les mouvements migratoires sont différents d'un pays à l'autre et que le contexte du pays d'accueil influence l'expérience des immigrants. En fait, onze études ont été utilisées pour la recension. Cinq thèmes ont émergé des articles consultés, lesquels favorisent la compréhension des défis vécus par les couples immigrants suite à leur arrivée au Canada, soit la perte du réseau social, les changements dans les rapports de rôles sexuels, le rapport au travail, la santé mentale et la présence de conflits.

La perte du réseau social

Pour la plupart des couples immigrants, la famille élargie occupait une place importante dans leur réseau de soutien avant l'immigration (Haddad et al., 1994; Hyman, Guruge & Mason, 2008). La perte de ce réseau amène l'isolement du couple et la diminution de la qualité de la vie familiale. Par exemple, des couples éthiopiens et italiens ont perdu leur réseau pour les aider dans les tâches instrumentales, ce qui veut dire qu'ils doivent désormais les faire eux-mêmes (Haddad et al., 1994; Hyman et al., 2008).

Ce changement peut amener une diminution du temps de qualité passé en couple et une diminution de leur satisfaction conjugale puisqu'ils font moins d'activités communes (Hyman et al., 2004; Mitchel, 2010). D'un autre côté, la perte de ce réseau peut favoriser la qualité de la relation conjugale lorsque les couples expérimentent un rapprochement (Hyman et al., 2008; Shirpak et al., 2011). Les professionnels doivent explorer les réseaux de soutien des couples afin de les informer des ressources existantes si nécessaire et de les soutenir dans leur transition.

Changements dans les rapports de rôles sexuels

La division des tâches et le pouvoir au sein du couple sont influencés par les valeurs des communautés immigrantes (Haddad et al., 1994; Hyman et al., 2004; Shipark et al., 2011). Par exemple, si le couple est plus enclin à respecter les valeurs traditionnelles, le couple prônera plus les rapports de genre associés à la société patriarcale (Hyman et al., 2004). Les processus de décisions seront plus contrôlés par l'homme et celui-ci aura un rôle de pourvoyeur au sein de la famille, où la femme s'occupera de la maisonnée, des tâches et aura moins de pouvoir décisionnel.

Par contre, le rapport de rôles sexuels est influencé par l'égalité des sexes prônée au Canada (Shirpak et al., 2011). Cette modification de valeurs ne fait pas l'unanimité puisque certains couples expérimentent plus de conflits suite à cette adaptation, ce qui peut même mener à une séparation (Hyman et al., 2008; Shirpak et al., 2011). D'un autre côté, les couples qui respectent les valeurs traditionnelles ont moins de conflits par rapport à ceux qui ne les respectent pas (Elhaïli & Lasry, 1998).

Rapport au travail

La précarité financière vécue par les couples suite à l'immigration constitue un stress important (Singh et al., 2015). Certains couples n'ont pas d'emploi et cette situation peut créer un grand stress au sein du couple (Shirpak et al., 2011). Aussi, les immigrants font face à une nouvelle réalité au Canada, puisque les femmes peuvent travailler pour subvenir aux besoins financiers du couple ou de la famille, ce qui permet en plus de diminuer leur isolement et d'accroître leur adaptation, leur autonomie et leur indépendance (Hyman et al., 2004; Hyman et al., 2008). Par contre, il existe moins de tensions et de conflits conjugaux lorsque seulement l'homme travaille, puisque le couple se conforme aux valeurs traditionnelles où l'homme travaille et la femme reste à la maison (Ataca & Berry, 2002).

Santé mentale

Les couples vivent un niveau élevé de stress suite à l'immigration (Hyman et al., 2004 ; Shirpak et al., 2011 ; Singh et al., 2015). Des couples ont exprimé ressentir du stress suite à l'immigration en raison des différents horaires de travail et des longues heures passées à travailler qui entraînent de la fatigue chez les partenaires (Hyman et al., 2004). Le stress conjugal et le support conjugal sont notamment des facteurs qui influencent l'adaptation psychologique des partenaires (Ataca et al., 2002).

Ensuite, des auteurs ont soulevé que l'insatisfaction conjugale des femmes enceintes augmente leur risque de dépression (Zelkowitz, Schinazi, Katofsky, Saucier, Valenzuela, Westreich & Dayan, 2004). On peut comprendre que la qualité des rapports conjugaux influence grandement les femmes. Il serait intéressant de connaître le point de vue des hommes immigrants sur ce sujet pour savoir s'ils sont aussi enclins à vivre de la dépression. Il est important que les professionnels de la santé soient à l'aise à discuter de l'humeur et de la santé mentale des couples immigrants et d'être attentifs aux expériences des femmes pour prévenir les dépressions.

Présence de conflits

L'adaptation à une nouvelle culture constitue un contexte propice à l'apparition de tensions dans le couple. Des partenaires résistent aux changements inhérents à l'immigration comme quelques couples éthiopiens (Hyman et al., 2004). Cette résistance peut créer des tensions chez la famille immigrante, des conflits et même de la maltraitance (Guruge et al., 2010 ; Hyman et al., 2004). Certains participants évoquent l'impact du processus migratoire sur leur séparation ou leur divorce (Jacob, 1997).

Les professionnels doivent explorer les décisions des couples en regard du travail, de la répartition du pouvoir et la distribution des tâches pour connaître leurs positions sur le sujet et ainsi éviter les sources de conflits.

Conclusion

Cette brève recension permet de conclure que trop peu d'études canadiennes ont été réalisées et qu'il est impossible d'identifier un cheminement commun de l'adaptation des couples immigrants. Leurs parcours sont influencés par leurs origines culturelles et leurs choix personnels. Par contre, il est nécessaire de poursuivre les recherches auprès de communautés immigrantes pour comprendre les effets de ces défis sur les couples et découvrir des stratégies efficaces pour adapter nos interventions familiales.

Sur le plan clinique, il importe de développer des interventions auprès des nouveaux immigrants qui permettent de :

- Promouvoir leur santé mentale (Guruge et al., 2010).
- Promouvoir et soutenir une saine relation de couple (Guruge et al., 2010).
- Prévenir les conflits ainsi que les séparations (Guruge et al., 2010).
- Favoriser la communication conjugale et familiale sur plusieurs sujets comme l'importance des traditions culturelles ainsi que la renégociation des rapports de rôles sexuels et des responsabilités (Guruge et al., 2010).

Les professionnels pourraient aussi renseigner les immigrants sur l'importance de l'adaptation conjugale suite à l'immigration et aux répercussions positives et négatives pouvant survenir dépendamment de plusieurs facteurs. Les changements conjugaux vécus en contexte migratoire nécessitent l'adoption de programmes gouvernementaux afin de diminuer les impacts négatifs comme les conflits et les séparations (Guruge et al., 2010).

La mise en place d'un programme d'adaptation, réalisé en plusieurs temps suite à l'immigration, serait une proposition. Les couples ainsi que les familles pourraient recevoir la visite d'un professionnel de la santé pour évaluer le niveau d'adaptation du couple. Le projet serait dans le même optique que les visites post-natales.

Références

- Ataca, B., & Berry, J. W. (2002). Psychological, sociocultural, and marital adaptation of Turkish immigrant couples in Canada. *International Journal of Psychology*, 37(1), 13-26.
- Elhaïli, S., & Lasry, Jean-Claude. (1998). Pouvoir conjugal, rôles sexuels et harmonie maritale chez des couples immigrants Marocains à Montréal. *Revue Québécoise de Psychologie*, 19(3), 233-250.
- Guruge, S., Shirpak, K., Hyman, I., Zanchetta, M., Gastaldo, D., & Sidani, S. (2010). A meta-synthesis of post-migration changes in marital relationships in Canada. *Canadian Journal Of Public Health*, 101(4), 327-331.
- Haddad, T., & Lam, L. (1994). The impact of migration on the sexual division of family work: A case study of Italian immigrant couples. *Journal of Comparative Family Studies*, 25(2), 167-182.
- Hyman, I., Guruge, S., Mason, R., Gould, J., Stuckless, N., Tang, T., Teffera, H., & Mekonnen, G. (2004). Post-migration Changes in Gender Relations Among Ethiopian Couples Living in Canada. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(4), 74-89.
- Hyman, I., Guruge, S., & Mason, R. (2008). The Impact of Migration on Marital Relationships: A Study of Ethiopian Immigrants in Toronto. *Journal of Comparative Family Studies* 39(2) 149-163.
- Jacob, A. (1997). Facteurs de rupture et de continuité chez des couples québécois, salvadoriens et haïtiens. *Comprendre la famille*, 41-58.
- Mitchell, B. A. (2010). Midlife marital happiness and ethnic culture: A life course perspective. *Journal of Comparative Family Studies*, 41(1), 167-183.
- Shirpak, K. R., Maticka-Tyndale, E., & Chinichian, M. (2011). Post-migration changes in Iranian immigrants' couple relationships in Canada. *Journal of Comparative Family Studies*, 42(6), 751-770.
- Singh, M. D., & Bhayana, R. M. (2015). Straddling three worlds: Stress, culture and adaptation in South Asian couples. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 37(1), 45-57.
- Zelkowitz, P., Schinazi, P., Katofsky, L., Saucier, Jean François., Valenzuela, M., Westreich, R., & Dayan, J. (2004). Factors Associated with Depression in Pregnant Immigrant Women. *Transcultural Psychiatry*, 41(4), 445-464.

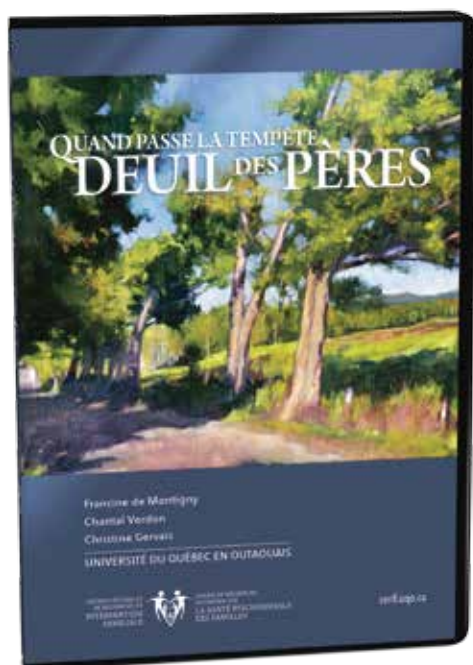
PROCUREZ-VOUS LES PUBLICATIONS DU CÉRIF



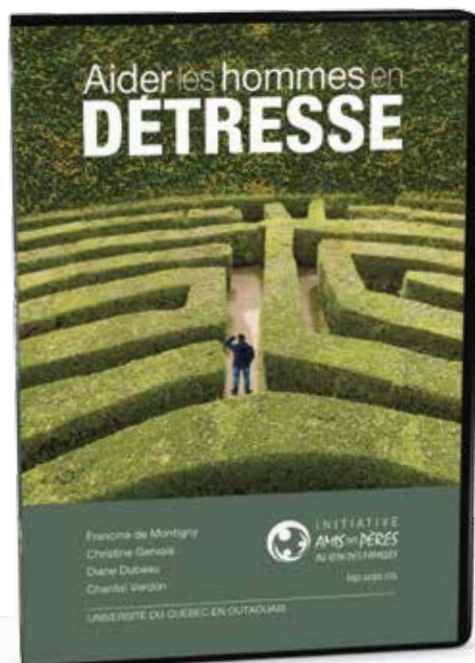
NOS LIVRES

La naissance de la famille
disponible à www.cheneliere.ca/7510-livre-la-naissance-de-la-famille.html

Décès périnatal - Le deuil des pères
disponible à www.editions-chu-sainte-justine.org/livres/deces-perinatal-325.html



NOS DVD
20\$
CHACUN
+ frais de poste



Pour visionner
la vidéo :
bit.ly/2gClrEk



Pour visionner la vidéo :
www.youtube.com/watch?v=XFme7qaot_I

PARTICIPEZ OU CONTRIBUEZ AUX RECHERCHES DU CÉRIF

CENTRE D'ÉTUDES ET
DE RECHERCHE EN
INTERVENTION
FAMILIALE



CHAIRE DE RECHERCHE
DU CANADA SUR
LA SANTÉ PSYCHOSOCIALE
DES FAMILLES

Projet PAternité et Soutien Social (PASS) Couples recherchés

Vous attendez un enfant?

Un adage africain dit que ça prend tout un village pour élever un enfant. Et vous? Quel soutien recevez-vous de la part de vos parents, beaux-parents et amis?

Nous vous invitons à participer à notre projet de recherche pour mieux comprendre le soutien social des parents pendant et après la naissance d'un enfant.

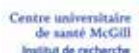
Nous vous demanderons de remplir trois questionnaires : pendant la grossesse, puis deux et huit mois après la naissance. Votre participation contribuera à offrir de meilleurs services à l'égard des futurs et nouveaux parents.

Vous recevrez une carte-cadeau à chaque questionnaire complété.



Pour participer : écrivez à pass@uqo.ca ou à pass@rimuhc.ca, ou rejoignez Pascale de Montigny Gauthier au 1 800 567-1283, poste 2553, ou Rani Cruz au 514 934-1934, poste 44731.

Ce projet est financé par le Conseil en sciences humaines du Canada.



Perdre son bébé : un deuil non reconnu?

Une candidate au doctorat en sociologie à l'Université d'Ottawa souhaite donner la parole aux femmes pour en savoir plus sur les enjeux liés à la (non)reconnaissance sociale de la perte d'un bébé.

- Vous avez perdu votre bébé, au cours du 2^e ou 3^e trimestre de grossesse ou dans les 28 jours qui ont suivi sa naissance?
- Cet événement est survenu au cours des cinq dernières années?
- Vous avez été accueillie par l'une des deux institutions suivantes : 1. Sainte Justine (Montréal), 2. CISSS de l'Outaouais?

Sabrina Zeghiche aimerait vous rencontrer pour une entrevue d'une durée de 60 à 90 minutes, en personne ou au téléphone. L'entrevue sera enregistrée sur support audio mais les données resteront strictement confidentielles.

Communiquez avec elle pour en savoir plus :

Sabrina Zeghiche

Candidate au doctorat en
sociologie, Université d'Ottawa

819-595-3900, poste 2352
szecho23@uottawa.ca

Lorsque l'enfant vit une récurrence de cancer : Quel est le vécu des pères ?

- Vous êtes père d'un enfant (âgé de 0 à 18 ans) ayant vécu une récurrence de cancer ;
- Vous parlez et comprenez le français ou le portugais.
- Vous acceptez de participer à une entrevue de 45-60 minutes

Votre expérience nous intéresse!

Le but de cette recherche est mieux comprendre le vécu des pères dont l'enfant a vécu une récurrence de cancer

Pour tout information supplémentaire veuillez contacter Naiara Barros Polita, étudiante de doctorat en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et à l'Universidade de Sao Paulo (USP)

819 595-3900 poste 2275 ou naiarapolita@hotmail.com

Projet réalisé sous la direction de Francine de Montigny, Ph.D., avec l'accord éthique de l'Université du Québec en Outaouais



CENTRE D'ÉTUDES ET
DE RECHERCHE EN
INTERVENTION
FAMILIALE



CHAIRE DE RECHERCHE
DU CANADA SUR
LA SANTÉ PSYCHOSOCIALE
DES FAMILLES

francine.demontigny@uqo.ca – cerif.uqo.ca