

Université de Montréal

Je tisse des liens gagnants...

Une intervention de groupe visant à améliorer les conditions associées à un contexte familial de négligence chronique

par

Stéphanie Lebire

École de psychoéducation

Faculté des arts et des sciences

Rapport d'intervention présenté à la Faculté des arts et des sciences en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.) en psychoéducation (Psed.)

M. Michel Janosz

28 mai 2015

Remerciements

Selon André Gide : « il est bien des choses qui ne paraissent impossibles que tant qu'on ne les a pas tentées... » Ce proverbe définit bien mon état d'esprit suite à la réalisation de ce projet d'envergure. Au tout début, juste la pensée du travail à abattre pour terminer cette maîtrise semblait être une montagne inaccessible. Cependant, grâce au soutien de personnes exceptionnelles, l'impossible est devenu possible.

Tout d'abord, je tiens à remercier le CSSS Haut-Saint-Laurent pour leur accueil et leur soutien indéfectible depuis mes tous débuts au Baccalauréat. Plus particulièrement, je tiens à remercier du fond du cœur mon accompagnatrice de toujours Julie Racine et ma collègue en or Mélanie Houlihan. Merci d'avoir su véhiculer avec autant de passion et d'authenticité les rouages du métier. Merci de m'avoir donné la liberté de me découvrir avec autant de confiance, sachant que peu importe les obstacles que je retrouverais sur mon chemin, vous seriez à mes côtés pour les surmonter. Un merci tout spécial à Mélissa Aubin, une intervenante formidable qui m'a ouvert toutes grandes les portes pour mon projet d'évaluation. Merci pour ta flexibilité, ton écoute, ton souci du détail... mais le plus important, merci de ton amitié si chère à mes yeux. Pour terminer, je ne peux passer sous silence l'implication et le dévouement sans borne des participants de cette étude, sans qui, ce travail n'aurait pas lieu d'être. Leur engagement, leur énergie, leur désir de changement ainsi que leur dynamisme dans le projet ont contribué à rendre ce périple encore plus mémorable qu'il ne l'était déjà.

Vient ensuite mon appartenance à l'Université de Montréal. Merci à toute l'équipe professorale pour vos nombreux conseils et vos questionnements sans fin qui m'ont obligée à repousser mes limites. Un merci tout spécial à Sophie Pascal, ma superviseure dans ce projet, pour sa franchise et sa capacité à disperser mes inquiétudes... Merci également à mes éternels partenaires dans ce périple, Sabryna, Karine, Émilie et Stéphanie. Merci pour votre soutien, votre énergie, vos encouragements, les 5 à 7 et tellement plus encore. J'ai fait votre connaissance en tant que collègue et je vous quitte en tant qu'amie. Enfin, un merci très spécial à mon superviseur de stages, Jean-François Gauthier, qui a su lire en moi comme un livre ouvert. Merci pour ta rigueur, ton sens du devoir, ton partage d'expériences sans fin et ton implication. Certains de tes conseils me suivront à jamais...

Enfin, un merci considérable à mon entourage. Merci à ma famille qui m'a non seulement permis d'étudier, mais qui m'a également supportée à travers toute mes gammes d'émotions. Merci d'avoir été le roc sur lequel je pouvais compter, et ce, depuis toujours. Un merci tout spécial à mon Alexis, mon amour qui m'a soutenu dans les moments où je ne voyais plus le bout. Merci de m'avoir si souvent changé les idées en me faisant rire aux éclats et d'avoir toujours su trouver les mots.

Sommaire

Cette étude se penche sur l'efficacité de l'intervention de groupe du programme *Je tisse des liens gagnants* qui a récemment été instauré dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région de la Montérégie. Ce programme est évalué à l'aide d'un protocole de groupe quasi expérimental à série temporelle auprès de huit parents (n=8) évoluant dans un contexte de négligence chronique. L'intervention de groupe proposée vise à améliorer les conditions associées au contexte de négligence chronique des familles par le biais d'un partage d'expériences comme source informelle de contenu. L'ensemble des participants a complété les 11 séances du programme et a maintenu une moyenne d'exposition de plus de 80 %. À la complétion de l'intervention, des changements ont été constatés sur l'ensemble des objectifs proximaux du programme (sentiment de compétence parentale, niveau de stress et habiletés de communication), de même que sur certains impacts collatéraux. Le processus d'évaluation a été réalisé en pré et en post intervention à l'aide de questionnaires standardisés et de grilles d'observation maison. La vocation de partage du groupe, quoique présentant une structure chancelante par moment, s'est tout de même avérée être un élément central à l'atteinte des objectifs d'intervention.

Table des matières

Introduction	1
1. Contexte théorique	2
1.1. Description de la problématique	2
Définition de la négligence.	2
Prévalence et conséquences	3
Facteurs de risque.....	4
Facteurs de risque individuels liés à la mère.....	5
Facteurs de risque associés aux caractéristiques de l'enfant.....	6
Facteurs de risque familiaux	6
Facteurs de risque sociaux	6
Mécanismes de protection.....	7
Chaîne développementale	8
1.2. Interventions déjà expérimentées	9
Résumé des interventions.....	13
1.3. Intervention proposée	13
2. 1. Méthodologie	15
2.1. Description des composantes.....	15
Caractéristiques des sujets et recrutement.....	15
Buts et objectifs.....	15
Animatrices	16
Programme et contenu.....	17
Contexte spatial	19
Contexte temporel	19
Moyens de mise en interaction.....	20
Stratégies d'apprentissages	20
Stratégies de gestion de comportements	20
Stratégies de transfert et de généralisation.....	21
Code et procédures	21
Système de responsabilité	22
Système de reconnaissance	22
2.2. Description du modèle logique.....	23
2.3. Évaluation de la mise en œuvre.....	24

Conformité	25
Qualité de l'animation.....	25
Exposition	25
Qualité de la participation	25
Satisfaction.....	26
Débordements	26
2.4. Évaluation des effets.....	26
Devis	27
Instruments de mesure et protocole de passation.....	27
Mesures	28
Connaissances du participant	28
Sentiment de compétence parentale	28
Niveau de stress.....	29
Habilités de communication	29
Disponibilité psychologique parentale	29
3. Résultats.....	30
3.1. Évaluation de la mise en œuvre.....	30
Composantes implantées tel que prévu.	30
Composantes implantées avec modifications.....	31
Caractéristiques des sujets, recrutement et rétention	31
Animateurs et qualité de l'animation	32
Programme, contenu et conformité	33
Contexte temporel et conformité.....	36
Moyens de mise en interaction.....	37
Exposition et qualité de la participation.....	38
Satisfaction.....	39
Débordements	39
3.2. Résumé et implications eu l'égard à l'évaluation des effets	40
3.3. Évaluation des effets.....	41
Devis et protocole de passation.....	42
Objectifs proximaux.....	43
Impacts du programme.....	48
3.4. Discussion.....	50
Conclusion	56

Références.....	57
Annexes.....	23
Annexe I – Chaîne développementale	63
Annexe II – Recension des interventions déjà expérimentées.....	64
Annexe III – Modèle logique.....	72
Annexe IV : Tableaux de l'évaluation de la mise en œuvre et des effets.....	73
Annexe V – Formulaire de consentement à l'évaluation.....	78
Annexe VI – Grille de cotation de la qualité de l'animation	79
Annexe VII – Grille de cotation de la conformité	80
Annexe VIII – Grille de présence aux rencontres (exposition)	82
Annexe IX – Grille de cotation de la qualité de la participation.....	83
Annexe X – Questionnaire de satisfaction	84
Annexe XI – Grille d'évaluation du nombre de débordements	85
Annexe XII – Questionnaire d'évaluation (version A).....	86
Annexe XIII – Questionnaire d'évaluation (version B).....	93
Annexe XIV – Grille de cotation des habiletés de communication dans le groupe.....	100

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1. Écart entre les thèmes prévus et ceux réalisés lors de l'animation	34
Tableau 2. Durée moyenne de chacune des activités réalisées	36
Tableau 3. Évaluation du sentiment de compétence parentale avant et après l'intervention (N=8).....	44
Tableau 4. Évaluation du stress parental chez les participants avant et après l'intervention (N=8).....	45
Tableau 5. Évaluation de la perception moyenne des participants face à leur communication familiale avant et après l'intervention (N=8)	47
Tableau 6. Évaluation des impacts collatéraux de l'intervention (N=8).....	50
Figure 1. Fréquence d'utilisation des attitudes relationnelles des animatrices en fonction de deux sources d'évaluation.....	33
Figure 2. Conformité du déroulement des rencontres.....	35
Figure 3. Fréquence moyenne de prise de parole et du nombre moyen de recadrage pour chacun des participants par rencontre.....	38
Figure 4. Évaluation du niveau moyen de satisfaction du groupe durant le programme.....	39
Figure 5. Proportion de participants recevant un, deux ou trois services adaptés et plus outre celui desservi par le programme évalué.....	40
Figure 6. Évolution de la perception moyenne des participants de leur communication familiale en fonction du temps.....	47
Figure 7. Évaluation des habiletés de communication en groupe en fonction du temps	48

Introduction

Les mauvais traitements infligés aux enfants ont toujours existé, mais constituaient autrefois un sujet tabou. Depuis quelques décennies cependant, une prise en charge sociale s'effectue dans les pays occidentaux. La négligence est la forme de mauvais traitements la plus perpétrée au monde et elle se situe parmi les problèmes les plus signalés aux agences de protection des pays développés. Au Québec, comme ailleurs en occident, la fréquence annuelle du recensement des enfants à risque sérieux ou victimes de négligence est plutôt statutaire depuis la dernière décennie. Depuis 2003, en moyenne, environ 5400 enfants font l'objet d'un signalement pour négligence au Québec et plus de 40 % de ceux-ci sont retenus chaque année (CJM-IU, 2014). En plus de sa prévalence élevée, la présence de conduites négligentes dans les familles entraîne de lourdes conséquences pour l'enfant au niveau de son développement global en plus d'être à l'origine d'un attachement insécurisant envers la personne qui lui prodigue des soins (Morton & Browne, 1998). Ces conséquences apparaissent en très bas âge et peuvent affecter l'ensemble de la trajectoire développementale de l'enfant négligé. De par sa nature comportementale d'omission, cette problématique s'avère difficile à repérer ce qui fait en sorte que peu d'écrits scientifiques se sont penchés spécifiquement sur la problématique de la négligence à ce jour.

Considérant l'ampleur de cette problématique, le présent travail aura donc comme but d'évaluer l'efficacité d'une intervention de groupe qui vise à améliorer les conditions associées à un contexte familial de négligence chronique dont la vocation première consiste en un partage d'expériences entre les membres. Cette recherche a été réalisée dans le cadre d'une modalité de maîtrise en psychoéducation comportant un stage au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Haut-Saint-Laurent et l'évaluation dudit programme. La première partie de ce travail consistera en une description détaillée du contexte théorique de la problématique de la négligence. Ensuite, une recension des interventions déjà expérimentées dans le domaine sera exposée, puis l'intervention proposée sera présentée et appuyée par les éléments du contexte théorique. La deuxième partie du travail décrira plus en détail l'intervention proposée à l'aide des composantes de la structure d'ensemble du modèle psychoéducatif (Gendreau, 2001), suivi de la description des composantes de l'évaluation de la mise en œuvre et des effets du programme. Par la suite, la section des résultats comprendra l'évaluation de la mise en œuvre et des effets de l'intervention. La discussion permettra quant à elle de poser un jugement critique sur l'atteinte des objectifs visés par le programme d'intervention et d'établir des liens entre le contexte théorique, les composantes de l'intervention et les résultats obtenus. De plus, une brève description des avantages et des inconvénients du programme sera présentée. En guise de conclusion, quelques suggestions et pistes de réflexion seront soulevées pour des recherches futures possibles.

1. Contexte théorique

1.1 Description de la problématique

Définition de la négligence. Les mauvais traitements se définissent comme étant une commission ou une omission d'un acte, délibéré ou non, du parent ou de toute autre personne à charge, causant un tort considérable à l'enfant (Belsky, 1993). Il existe quatre formes de mauvais traitements connus : les abus physiques, les abus sexuels, les mauvais traitements psychologiques et la négligence (Benoit, Coolbear & Crawford, 2008). La négligence est la forme de mauvais traitements la plus perpétrée dans l'ensemble des sociétés occidentales (Tanner & Turney, 2003; Gilbert et al., 2009). Le présent travail se concentrera uniquement sur cette dernière. Bien que la négligence soit la forme de mauvais traitements dont la prévalence est la plus élevée, il n'existe actuellement aucune définition claire et consensuelle de cette problématique (Dubowitz et al., 2005; English, Thompson, Graham & Briggs, 2005; Music, 2009). Sebre et al. (2004) expliquent ce manque de consensus par le fait que le phénomène de la négligence varie selon le contexte culturel et les normes sociales en vigueur dans chaque pays (Hildyard & Wolfe, 2002). Ainsi, dans les pays sous-développés la proportion de familles considérées négligentes est quasiment nulle puisque, lorsque les parents éprouvent des difficultés, c'est la communauté qui prend le relais (Sebre et al., 2004). En comparaison, dans les pays développés, où les valeurs et normes sociales prônées sont plutôt individualistes, ce sont les agences de protection qui viennent pallier aux difficultés des familles (Children's Bureau, 2011). Dubowitz, Pitts et Black (2004) semblent plutôt expliquer ce manque de consensus par la difficulté des auteurs à cibler les construits associés à la négligence soit l'inclusion ou non de différents types de négligence, la nature bidirectionnelle de la problématique et le type de vision privilégié (catégorielle ou dimensionnelle). Outre ces divergences, les auteurs s'entendent généralement sur le fait que la négligence parentale consiste en une incapacité chronique du parent à répondre aux besoins de base de l'enfant lui causant un préjudice grave. Ce n'est donc pas la présence de gestes inadéquats qui caractérise la négligence, mais bien l'absence persistante de comportements appropriés (CLIPP, 2008; Dubowitz & Bennett, 2007; English et al., 2007; Schumacher, Smith Slep & Heyman, 2001; Tanner & Turney, 2003).

Comme ce travail fait état du phénomène québécois de la négligence, la définition retenue sera celle utilisée par la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ). Cette dernière se perpétue lorsque « les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux sur les plans physique, de la santé et éducatif » (CJM, 2010). La négligence de type physique fait référence aux besoins primaires de l'enfant soit ceux d'ordres alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de

logement. La négligence associée à la santé fait plutôt état de la responsabilité qui incombe au parent de s'assurer que son enfant reçoive les soins que requiert sa santé physique ou mentale. Enfin, celle de nature éducative renvoie à un manque d'encadrement et de surveillance parentale ainsi qu'à un faible soutien scolaire (CJM, 2010). Afin qu'un parent soit déclaré négligent par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), un préjudice grave doit être démontré en lien avec le développement et la sécurité de l'enfant. En ce sens, même si un parent répond en partie à la définition d'un parent négligent, mais qu'en contrepartie, la sécurité et/ou le développement de son enfant n'est pas compromis au sens de la loi, celui-ci ne sera donc pas considéré comme négligent (ACJQ, 2011; CJM, 2010; CLIPP, 2008). Toujours selon la LPJ, il existe deux types de négligence qui peuvent être de nature circonstancielle ou chronique et qui appellent à des trajectoires développementales fort différentes. La négligence circonstancielle ou transitoire se caractérise par une incapacité momentanée du parent à répondre aux besoins de son enfant. Elle apparaît souvent à la suite d'un événement ponctuel (p.ex. la mort d'un conjoint, un divorce, etc.) qui vient perturber l'équilibre familial : la famille perd ses repères et n'est plus en mesure d'utiliser les stratégies adaptatives habituelles et un dysfonctionnement survient (CJM, 2010). En contrepartie, la négligence chronique s'étend sur plusieurs années, voire même plusieurs générations, et est multifactorielle. La cause du comportement n'est pas associée à un événement en particulier, mais plutôt à l'accumulation de facteurs de risque. Ces familles reconnaissent rarement les problèmes et, de ce fait, recherchent peu l'aide (CJM, 2010). Dans le présent travail, il sera question uniquement de la négligence chronique puisqu'elle caractérise les familles ciblées dans l'intervention proposée.

Prévalence et conséquences. La négligence est un grave problème sociétal entraînant des conséquences désastreuses pour les enfants qui en sont victimes. En effet, celle-ci est à l'origine de plusieurs problèmes d'ordres physique, mental et psychologique. Les conséquences les plus connues sont notamment le développement d'un trouble psychopathologique (p.ex. anxiété, dépression) (Min, Farkas, Minnes & Singer, 2007; Nikulina, Widom & Czaja, 2011; Paz, Jones & Byrne, 2005; Widom, DuMont & Czaja, 2007), l'apparition de troubles extériorisés (Manly, Lynch, Oshri, Herzog & Wortel, 2013), une dépendance aux substances (drogues et alcool majoritairement) (Snyder & Merritt, 2014; Min et al., 2007), des retards de développement multiples (intellectuel, moteur, affectif, social) (Éthier, Lemelin & Lacharité, 2004; Manly et al., 2013), du rejet social (Bolger & Patterson, 2001) ainsi qu'une pauvre estime personnelle et une image de soi négative (Lachaussé, Bednarek, Absil & Vanmeerbeek, 2011). Dans quelques rares occasions où l'intensité et la gravité de la négligence sont démesurées, celles-ci peuvent s'avérer fatales pour l'enfant (CLIPP, 2008).

L'importance accordée au phénomène de la négligence est également tributaire de sa prévalence. Tel que mentionné auparavant, la négligence est présente à l'échelle mondiale et se retrouve en forte majorité dans les pays développés. En Angleterre, sur la totalité des services de protection offerts en 2007, 44 % portaient sur la négligence (Gilbert et al., 2009). Par ailleurs, le même constat est observé en Australie où le taux de négligence, en 2008, était d'environ 7 enfants sur 1000 (Trocmé, 2012). Aux États-Unis, sur les quelques 700 000 signalements retenus par les agences de protection en 2011, 69 % faisaient état d'une situation de négligence (Children's Bureau, 2011). Au Canada, des statistiques similaires sont répertoriées chaque année. L'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants estime que, sur la totalité des signalements retenus en 2008, 34 % étaient attribuables à la négligence, ce qui en fait la problématique canadienne la plus souvent signalée et dont les signalements sont en majorité retenus. Au Québec, la situation est assez comparable (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Selon l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ) (2014), 48,9 % des signalements retenus en 2010 concernaient également une situation de négligence. De plus, en 2014, l'ACJQ a traité 7517 signalements concernant des situations de négligence sur un total de 33 213 signalements retenus (22,6 %), ce qui en fait, à l'heure actuelle, la raison prédominante pour laquelle la sécurité et le développement d'un enfant sont compromis au Québec (ACJQ, 2014). Ces constats révélateurs témoignent de l'importance et de l'ampleur du phénomène de la négligence dans les pays développés. Enfin, la négligence est une problématique relationnelle plutôt qu'individuelle, c'est-à-dire qu'elle agit sur un système plutôt que sur une personne. En ce sens, la négligence est commise par le parent, mais les conséquences directes de ses actions sont observées chez l'enfant (Dubowitz et al., 2005). Dans la littérature, peu d'écrits font mention du père comme parent négligent. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que, historiquement, c'est la figure maternelle qui agissait à titre de pourvoyeur de soins à l'enfant. Comme il n'y a que quelques écrits scientifiques qui se sont concentrés sur le rôle du père dans le phénomène de la négligence jusqu'à ce jour, ce sera la mère qui sera au centre de ce travail, et ce, malgré la place croissante des pères dans la vie familiale d'aujourd'hui.

Facteurs de risque. La prochaine section vise à mettre en contexte l'ensemble des facteurs de risque et des mécanismes de protection qui sont en lien avec le développement d'une conduite négligente chez la mère. Ces facteurs sont individuel, environnemental ou social. Un facteur de risque est « un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement [et qui est] susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne » (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté & St Michel, 1998). Tel que mentionné ci-haut, la

négligence chronique est un phénomène multifactoriel. En ce sens, l'origine de cette problématique est variée et ne peut se réduire qu'à une seule cause. Il est important de noter que les facteurs de risque recensés sont des facteurs qui sont associés à la négligence, mais ces derniers n'agissent pas à titre de prédicteur. C'est plutôt l'accumulation et l'interaction des facteurs de risque qui seront à l'origine du développement de conduites négligentes chez la mère (CJM, 2010; Dubowitz et al, 2005).

Facteurs de risque individuels liés à la mère. Les facteurs de risque individuels se différencient selon leur origine innée (biologique) ou acquise (expérience de vie). En ce sens, au niveau biologique, les facteurs de risque de la mère à l'adolescence et à l'âge adulte sont une faible capacité cognitive et/ou intellectuelle, la présence de psychopathologie ainsi qu'un tempérament impulsif (Franzcp, Furber & Segal, 2011; Min et al., 2007; Nikulina, Widom & Czaja, 2011; Stith et al., 2009). Selon Hildyard et Wolfe (2002), les faibles capacités cognitives et intellectuelles de la mère sont souvent liées à la négligence puisque la mère, de par ses déficits, manque de connaissance sur le développement global de son enfant l'empêchant ainsi de fournir une réponse adéquate à ses nombreuses demandes. De plus, les troubles mentaux, particulièrement la dépression, sont très souvent liés à de mauvaises perceptions de la réalité ainsi qu'à un niveau de fonctionnement global inférieur (Widom, DuMont & Czaja, 2007). En ce sens, le fait d'être atteint d'une psychopathologie affecte les sphères affective et cognitive en plus de rendre ces personnes moins disponibles à l'environnement qui les entoure (Franzcp, Furber & Segal, 2011). Ensuite, au niveau des facteurs individuels acquis, les auteurs recensent la faible estime personnelle (Lachaussée et al., 2011), le manque d'éducation (secondaire V non complété) et d'expérience de travail (Nikulina, Widom & Czaja, 2011), la consommation d'alcool ou de drogues (Min et al., 2007) ainsi que les agirs délinquants et criminels de la mère (Nikulina, Widom & Czaja, 2011) comme pouvant jouer un rôle déterminant dans le déclenchement de conduites négligentes chez cette dernière. En effet, le fait de consommer rend la mère moins disponible à son environnement en plus d'augmenter les risques de difficultés chez l'enfant si elle consomme durant la grossesse (Min et al., 2007; Zuravin & DiBlaso, 1992). Par la suite, le peu de scolarisation et d'expérience de travail sont souvent à l'origine d'un faible statut socio-économique et d'un manque de connaissance de la mère quant aux besoins de son enfant, deux facteurs non négligeables (Sith et al., 2009). De plus, le fait que la mère ait peu d'éducation peut l'encourager à commettre des agirs délinquants et à embrasser une carrière délinquante ce qui serait lié à des relations conjugales violentes ainsi qu'à un statut socio-économique faible. Ces derniers sont considérés comme des facteurs de risque sociaux de la négligence et seront donc abordés plus loin (Nikulina, Widom & Czaja, 2011; Stith et al., 2009).

Facteurs de risque liés aux caractéristiques de l'enfant. Bien que l'enfant ne soit pas considéré comme étant à l'origine du contexte de négligence, certaines de ses caractéristiques à la naissance peuvent tout de même jouer un rôle important au niveau des interactions entre la mère et son enfant (Morton & Browne, 1998). En effet, le fait d'avoir un tempérament difficile à la naissance, d'être prématuré et/ou d'avoir des retards de développement constituent tous des facteurs de risque (Browne, Cohen, Johnson & Salzinger, 1998). Ceux-ci agissent à titre de modérateur entre les facteurs liés au fonctionnement familial de ceux liés à la relation mère-enfant.

Facteurs de risque familiaux. Il y a plusieurs facteurs de risque familiaux associés à la négligence. Tout d'abord, l'histoire personnelle familiale de la mère durant son enfance peut contribuer au fait qu'elle adopte une conduite négligente envers ses propres enfants. Par exemple, le fait d'avoir été elle-même victime de mauvais traitements, particulièrement en ce qui a trait aux abus sexuels (Franzcp, Furber & Segal, 2011), d'avoir développé un attachement insécurisant (Morton & Browne, 1998; Sroufe, 2005), d'avoir vécu une coupure relationnelle (placements, abandon) (Morton & Browne, 1998) ainsi que le fait d'avoir vécu un traumatisme quelconque (p.ex. mort d'un proche, abus, maltraitance, négligence, etc.) (Franzcp, Furber & Segal, 2011) augmentent considérablement les risques que la mère développe non seulement une conduite négligente, mais également plusieurs autres troubles. Bien que l'histoire de vie de la mère soit importante à considérer, les facteurs familiaux actuels ont également un rôle à jouer dans le développement d'une conduite négligente. Selon Lounds, Borkowski et Withman (2006) et Zuravin et DiBlaso (1992), la monoparentalité de la mère, les grossesses précoces (lorsque la mère est âgée de moins de 20 ans), les familles nombreuses (plus de deux enfants) ainsi qu'une grossesse non planifiée ou non désirée constituent tous des facteurs de risque affectant la structure familiale dans laquelle l'enfant est appelé à grandir. De plus, les auteurs recensent également des facteurs de risque familiaux, mais d'ordre relationnel. Ainsi, la présence de violence conjugale dans le couple, l'instabilité dans les relations de couple (nombreux conjoints) ainsi que le fait d'avoir plusieurs enfants issus de relations différentes sont tous considérés comme des facteurs familiaux de nature relationnelle étant associés au développement d'une conduite négligente de la mère à la naissance de son enfant (CJM, 2010; Rikhye et al., 2008; Zuravin et DiBlaso, 1992).

Facteurs de risque sociaux. Les facteurs de risque sociaux jouent également un rôle déterminant dans la trajectoire de la négligence chronique. Parmi ceux-ci, on retrouve notamment le faible statut socio-économique, les nombreux déménagements, l'absence (ou le peu) de soutien de l'entourage, l'accumulation de stress chronique ainsi que l'isolement social (Coulton, Crampton, Irwin,

Spilsbury & Korbin, 2007; Pelletier & Malanda, 2012; Shook Slack, Holl, McDaniel, Yo & Bolger, 2004). Selon plusieurs auteurs, la pauvreté est fortement associée à la négligence puisqu'elle dénote, à la base, un manque de ressources financières et matérielles qui empêche certaines mères de pourvoir, de façon adéquate, aux besoins fondamentaux de leurs enfants. Sans logement, vêtements et nourriture adéquats, ces familles sont rapidement stigmatisées ce qui entraîne trop souvent un isolement social involontaire (CJM, 2010; Pelletier & Malanda, 2012; Shook Slack et al., 2004). De plus, de par leurs caractéristiques individuelles, ce sont également des familles pour qui les relations interpersonnelles sont difficiles. Par conséquent, plusieurs conflits surviennent et interfèrent avec l'apport régulier d'un soutien de la part d'un réseau social formel (Bolger & Patterson, 2001). Enfin, l'accumulation de stressseurs est également un élément tributaire de la négligence dans le sens où il vient exacerber les difficultés individuelles de la mère, et donc augmenter les possibilités de conduites négligentes (Rikhye et al., 2008).

Mécanismes de protection. Un facteur de protection se veut un facteur qui vient contrebalancer ou réduire les effets des facteurs de risque présents sur la problématique. Un facteur positif, quant à lui, diminue les chances qu'une problématique ne survienne (Fougeyrollas, Cloutier & Lacharité, 2004). Aucune recherche jusqu'à présent ne s'est précisément penchée sur les facteurs positifs liés au phénomène de la négligence; les auteurs les considèrent comme étant l'inverse des facteurs de risques préalablement mentionnés (Shook Slack et al., 2011). Par ailleurs, il existe peu de facteurs de protection directement associés à la négligence. Li, Godinet et Arnsberger (2011) ont tout de même constaté que l'obtention d'un diplôme d'études secondaires chez la mère contribue à réduire considérablement la probabilité qu'elle soit négligente envers son enfant. Dans la littérature, l'obtention d'un diplôme est souvent considérée comme un facteur de protection, car elle est associée à une meilleure stabilité d'emploi, à un statut social enviable ainsi qu'à un réseau social plus élargi (Li, Godinet & Arnsberger, 2011; Shook Slack et al., 2011; Wu et al., 2004). L'ensemble de ces éléments porte à croire que si une mère est éduquée, elle devrait être davantage consciente des besoins de son enfant à la naissance. Ces mêmes auteurs ont également mis en évidence un deuxième facteur de protection, soit celui de pouvoir bénéficier d'un soutien social formel ou informel (Li, Godinet & Arnsberger, 2011). En effet, les mères qui peuvent compter sur quelqu'un se sentent moins seules et, en temps plus difficiles, ne sont pas seules à assumer toutes les responsabilités réduisant ainsi quelque peu les conséquences de la négligence de la mère sur le développement de l'enfant (Bolger & Patterson, 2001). Il semblerait également que les mères qui bénéficient de soutien sur une base régulière

démonstreraient plus d'empathie envers leur enfant que celles étant davantage isolées (Bartlett & Easterbrooks, 2015).

Finalement, les différents facteurs de risque décrits ci-haut s'influencent en une séquence logique qui, dans son ensemble, est à l'origine de l'adoption de conduites négligentes chez la mère. De plus, il est important de mentionner l'interaction des facteurs modérateurs et aggravants pouvant précipiter l'apparition du contexte de négligence. Ces facteurs seront présentés dans la prochaine section du travail de façon dynamique, c'est-à-dire selon leur relation avec les autres facteurs et leur contexte d'apparition.

Chaîne développementale. Aucune femme n'est biologiquement prédestinée à être négligente. En effet, la négligence n'est pas un phénomène inné, il est plutôt la réponse adaptative à un ensemble de facteurs qui rendent la mère peu habile à répondre aux besoins de son enfant. De plus, tel que mentionné auparavant, bien que les facteurs concernent la mère, les conséquences touchent plutôt l'enfant. En ce sens, la figure présentée à l'annexe I schématise l'aspect relationnel de la problématique selon une chronologie impliquant la mère et l'enfant. Cette chronologie débute alors que la mère est adolescente ou au début de l'âge adulte. Ensuite, le processus évolutif de la problématique se poursuit lors de la grossesse de la mère et la naissance de l'enfant. La schématisation se termine durant l'enfance où les conséquences de la négligence de la mère sur l'enfant sont exposées. Selon les auteurs, c'est l'ensemble des facteurs de risque accumulés qui serait la cause du dysfonctionnement familial (Morton & Browne, 1998). Cette relation est aggravée par la présence d'un traumatisme non résolu de la mère à l'enfance (Franzcp, Furber & Segal, 2011). En ce sens, la mère ne peut se rendre disponible pour son enfant puisqu'elle est elle-même aux prises avec ses difficultés créant ainsi des relations familiales difficiles, un haut niveau de stress parental ainsi qu'un faible sentiment de compétence parentale (Trickett & McBride-Chang, 1995). De plus, les traumatismes non résolus sont souvent associés au maintien des symptômes psychopathologiques ainsi qu'à la consommation d'alcool ou de psychotropes, deux facteurs de risque individuels préalablement identifiés chez la mère négligente (Franzcp, Furber & Segal, 2011). Par la suite, selon la théorie de l'attachement, le dysfonctionnement familial est directement associé à une perturbation de la relation entre le parent et son enfant (Morton & Browne, 1998; Sroufe, 2005). En ce sens, la faible capacité d'engagement de la mère se reflète par un manque de disponibilité psychologique, une faible sensibilité maternelle ainsi qu'un échec à choisir une réponse adéquate aux besoins de son enfant (Rikhye et al., 2008; Sroufe, 2005). Toujours selon la théorie de l'attachement, le fait qu'une mère ne soit pas sensible aux besoins et aux demandes de son enfant et que les interactions entre les deux ne soient pas constantes et rassurantes entraîne

l'intériorisation de modèles opérants internes (M.O.I.) négatifs chez l'enfant comme « *je ne vauX pas la peine qu'on s'occupe de moi* », « *je dois me débrouiller seul, car personne ne répond à mes besoins* », « *je ne mérite pas d'être aimé* » (Sroufe, 2005). Ces M.O.I. créent un énorme sentiment d'impuissance et d'insécurité chez l'enfant qui se traduit en un attachement insécurisant envers son donneur de soins (Morton & Browne, 1998; Sroufe, 2005). De plus, certains auteurs expliquent que les caractéristiques de l'enfant à la naissance peuvent exacerber la relation déjà négative établie entre la mère et son enfant et ainsi diminuer la disponibilité psychologique et la sensibilité maternelle (Browne, Cohen, Johnson & Salzinger, 1998 et Morton & Browne, 1998).

Tel qu'exposé précédemment, la négligence entraîne de graves conséquences sur l'enfant, conséquences qui seront modérées de façon positive si l'enfant possède une figure significative autre pour répondre à ses besoins et ainsi pallier aux difficultés de la mère (Sroufe, 2005). Cependant, selon Trickett et McBride-Chang (1995), le fait de subir plusieurs types de mauvais traitements en même temps vient aggraver l'impact de la négligence sur l'enfant. En effet, plus les mauvais traitements sont nombreux, plus les conséquences sur l'enfant sont majeures puisqu'en plus de ne pas recevoir de réponses à ses besoins de base, l'enfant est victime d'abus ou de mauvais traitements psychologiques ce qui vient aggraver l'impact des conséquences sur le développement de l'enfant (Kantor & Little, 2003; Trickett et McBride-Chang, 1995). Tel qu'illustré à la Figure 1, les conséquences de la négligence de l'enfant s'apparentent beaucoup aux facteurs de risque identifiés chez la mère au début de la chaîne. Certains auteurs soulèvent donc l'hypothèse que la négligence de type chronique aurait un caractère intergénérationnel (Thornberry, Knight & Logvegrove, 2012). Selon Lounds, Borowski et Whitman (2006), la proportion de parents qui présentent un historique de mauvais traitements et qui reproduisent ces comportements sur leurs enfants est d'environ 25 à 35 %. Certains autres auteurs soulèvent cependant le questionnement à savoir si les statistiques intergénérationnelles recensées fournissent un regard réel sur la chronicité de la problématique de la négligence ou qu'elles sont plutôt un reflet de biais de détection hâtive de la part des services sociaux (Widom, Czaja & DuMont, 2015).

1.2 Interventions déjà expérimentées

Dans la littérature, il existe peu de programmes dont le but premier est de prévenir la négligence. Ceci pourrait, en grande partie, s'expliquer par le fait que les familles vivant en contexte de négligence chronique ont tendance à peu se mobiliser, à difficilement se mettre en action et sont peu enclines à accepter l'aide offerte (Mersky, Berger, Reynolds & Gromoske, 2009). Intervenir auprès de ces familles s'avère donc un défi de taille où il n'existe aucune assurance quant aux résultats de l'intervention

administrée (CJM, 2010). La prochaine section du travail a pour but de décrire brièvement certaines interventions jugées comme étant efficaces par la communauté scientifique afin de favoriser l'amélioration des pratiques parentales. Les programmes choisis préconisent tous des interventions ciblées puisqu'ils agissent suite à la naissance de l'enfant lorsque la négligence est déjà présente. Ces derniers ciblent davantage les variables associées au dysfonctionnement familial ainsi qu'à la perturbation de la relation mère-enfant, deux facteurs déterminants à l'adoption de conduites négligentes parentales selon la chaîne prédictive.

Tout d'abord, le premier programme prouvé comme étant efficace pour réduire les conséquences associées à la négligence est le *Triple-P (Positive-Parenting Program)*. Ce programme a comme objectif général la diminution des comportements extériorisés chez les enfants par l'entremise de l'apprentissage de compétences parentales adéquates et positives. Pour ce faire, le programme se base sur les théories de l'apprentissage social et cognitivo-comportementale afin d'outiller les parents à offrir un meilleur encadrement à leur enfant. Ce programme s'adresse aux familles ayant un enfant âgé entre 0 et 12 ans et s'offre en plusieurs modalités d'intervention de type familial, de groupe, du support téléphonique, en ligne ou auto-administré. Par ailleurs, le programme offre cinq niveaux d'intervention de nature universelle et ciblée. L'intervention de nature ciblée est réalisée dans les deux derniers paliers d'intervention et vise les familles aux prises avec des enfants ayant des difficultés comportementales sévères et dont l'encadrement parental est inadéquat notamment celles susceptibles d'être négligentes (Sanders, 2013).

Plusieurs évaluations de ce programme ont été réalisées depuis son implantation dans les années 1980. En ce sens, le choix d'études évaluatives est vaste. Il est important de mentionner que les études suivantes ont été sélectionnées puisqu'elles ont évalué les niveaux 4 et 5 du programme qui s'adressent aux familles négligentes : celle de Bondenmann, Cina, Ledermann & Sanders (2008), celle de Hahlweg, Heinrichs, Kuschel, Bertram & Naumann (2010) ainsi que celle de Sanders, Bor & Morawska, (2007). Les devis utilisés dans ces études sont tous de nature expérimentale avec attribution aléatoire des participants et contiennent tous un groupe contrôle (liste d'attente) ainsi que des évaluations pré et post intervention réalisées à l'aide de plusieurs instruments de mesure. Les études de Bondenmann, Cina, Ledermann & Sanders (2008) et de Sanders, Bor & Morawska, (2007) ont également ajouté un groupe de comparaison. De plus, les études de Bondenmann, Cina, Ledermann & Sanders (2008), celle de Hahlweg, Heinrichs, Kuschel, Bertram & Naumann (2010) ont été réalisées par d'autres auteurs que les créateurs du programme ce qui rajoute également à la qualité, la pertinence des résultats et l'objectivité à l'égard de l'étude réalisée. Au niveau des caractéristiques des

participants, on retrouve des familles peu éduquées, ayant plus d'un enfant à charge et dont les revenus varient de faibles à moyens. Les résultats des évaluations dénotent, de façon générale, que le programme *Triple-P* est efficace afin de réduire les pratiques parentales coercitives et la présence de comportements extériorisés chez l'enfant. Par ailleurs, les auteurs observent également que le programme démontre une efficacité notoire sur les aspects suivants : l'augmentation du sentiment de compétence des mères, la diminution des conflits dans le couple, une perception plus positive des parents face à leur enfant ainsi que la diminution du potentiel d'abus des parents. Les principales limites de ces études sont le petit nombre de participants et le taux d'attrition élevé, ce qui est susceptible de biaiser les résultats positifs obtenus. Enfin, les évaluations se basent sur des mesures auto-rapportées de la mère uniquement (Bondenmann, Cina, Ledermann & Sanders, 2008; Hahlweg, Heinrichs, Kuschel, Bertram & Naumann, 2010; Sanders, Bor & Morawska, 2007).

Ensuite, le programme *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT) est également un programme ayant été démontré efficace afin de traiter les problèmes de comportements présents chez les enfants âgés de 2 à 7 ans. L'objectif de ce programme est d'améliorer la relation entre le parent et son enfant et de modifier les interactions parent-enfant inadéquates. Il vise l'acquisition d'un style parental démocratique par l'augmentation de la sensibilité parentale. L'intervention prônée par le PCIT est de type ciblé et s'administre en deux volets distincts : le Child-Directed Interaction (CDI) et le Parent-Directed Interaction (PDI). Le premier volet met l'accent sur la qualité de la dyade parent-enfant et le développement d'un attachement sécurisant selon les principes de la théorie de l'attachement. Le deuxième volet, pour sa part, se concentre sur l'apprentissage des habiletés parentales en orientant son intervention selon les fondements de la théorie de l'apprentissage social. Le CDI et le PDI s'effectuent lors de séances d'interaction entre le parent et son enfant dans lesquelles l'intervenant fait du *coaching* parental et du modelage. La durée du programme est indéterminée puisqu'elle varie selon les besoins du client, mais s'échelonne habituellement sur une période comprise entre 14 et 20 semaines (Zisser & Eyberg, 2010).

Ce programme a également fait l'objet de plusieurs évaluations depuis son implantation. Les évaluations de Self-Brown et al. (2012), de Thomas & Zimmer-Gembeck (2011) et celle de Timmer, Urquiza, Zebell & McGrath (2005) ont été choisies puisqu'elles ont évalué, entre autres, les effets du PCIT chez des familles négligentes. En ce sens, les familles participant aux études d'évaluation recensées sont toutes à risque ou ont un historique de maltraitance envers leur enfant. En général, ce sont majoritairement des mères dont l'âge moyen se situe dans la trentaine. Peu d'information est fournie sur leur statut socio-économique, leur composition familiale ou leur état civil. Au niveau des

devis et protocoles utilisés, l'ensemble des études a fait des évaluations pré et post. Les études de Thomas & Zimmer-Gembeck (2011) et de Timmer, Urquiza, Zebell & McGrath (2005) ont un devis quasi expérimental alors que celle de Self-Brown et al. (2012) utilise un devis de type expérimental. Les principaux résultats des études démontrent que le PCIT est efficace afin de diminuer les risques de maltraitance des parents, leur stress ainsi que leur potentiel d'abus tout en diminuant la fréquence des comportements intériorisés et extériorisés de leur enfant; d'augmenter la sensibilité maternelle; d'améliorer la relation parent-enfant ainsi que les habiletés des parents. De plus, l'étude de Self-Brown et al. (2012) évalue l'implantation du programme dans la communauté en le comparant aux résultats obtenus en milieu clinique. Les résultats principaux sont encourageants et positifs, ce qui prouve que le programme est applicable dans les communautés, bien que les résultats soient moins forts. Les principales limites des études recensées sont le taux élevé d'attrition ainsi que l'absence de relance dans les études de Self-Brown et al. (2012) et de Timmer, Urquiza, Zebell & McGrath (2005) ne permettant pas d'évaluer les effets du programme à long terme. De plus, dans l'étude de Self-Brown et al. (2012), les auteurs mentionnent que la méthodologie utilisée pour choisir les études utilisées n'est pas suffisamment exhaustive, ce qui aurait également pu biaiser les résultats de manière favorable. La majorité des résultats des études proviennent de questionnaires auto-rapportés ce qui est également une source de biais non négligeable (Self-Brown et al., 2012; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2011; Timmer, Urquiza, Zebell & McGrath, 2005).

Enfin, le dernier programme répertorié est le projet *SafeCare*. Celui-ci vise particulièrement les familles à haut risque de négligence ou ayant déjà un historique de mauvais traitements. La durée du programme est de 18 à 20 semaines et celui-ci est offert dans le milieu naturel de la famille à raison d'une à deux fois par semaine. La fréquence et la longueur de l'intervention sont déterminées selon les besoins de la famille et le temps alloué aux rencontres varie habituellement entre 60 et 90 minutes. L'intervention est divisée en quatre étapes : 1) la description du comportement attendu; 2) le modelage du comportement (par l'intervenant); 3) la mise en pratique dudit comportement par les parents et; 4) une rétroaction constructive donnée par l'intervenant. Ces étapes ont pour but de faciliter les apprentissages et d'optimiser le support offert à la famille. Ultimement, le programme vise également la généralisation des acquis (Edwards & Lutzker, 2008).

En ce qui concerne les évaluations de ce programme, elles sont moins nombreuses que les deux programmes précédents puisque le projet *SafeCare* fait plutôt partie des programmes prometteurs. Les évaluations de Gershater-Molko, Lutzker & Wesch (2002) ainsi que celle de Silvosky et al. (2011) ont été réalisées auprès de familles négligentes (majoritairement des mères) dont le statut socio-

économique est faible. Les devis et les protocoles utilisés divergent d'une étude à l'autre. En ce qui a trait à l'étude de Silvosky et al. (2011) le devis est de type expérimental avec évaluation pré-post alors que pour celle de Gershater-Molko, Lutzker & Wesch (2002), il est quasi expérimental avec évaluation post seulement. Ce qu'il y a de particulier avec cette dernière c'est qu'elle est de type longitudinal : les résultats en post sont échelonnés sur cinq ans. Les résultats principaux qui ressortent sont que le programme réduit le potentiel d'abus ainsi que le risque de maltraitance. De plus, les familles ayant participé au projet *Safecare* affichent un excellent taux de participation contrairement aux autres programmes présentés et certaines maintiennent même les acquis réalisés sur une plus longue période de temps (Gershater-Molko, Lutzker & Wesch, 2002; Silvosky et al., 2011).

Résumé des interventions. Suite à la recension de ces trois programmes, on constate plusieurs points communs entre les études. En effet, tout d'abord, la majorité des programmes ont une durée approximative de 15 à 20 semaines et les sessions sont de 60 à 120 minutes maximum. La plupart ajustent cependant la durée en fonction des besoins des parents et de leur disponibilité. De plus, les interventions privilégiées dans les trois programmes sont de type ciblé et adoptent des volets familiaux ou de groupe. Chacun de ces programmes utilise également une approche comportementale dans l'intervention et base celle-ci selon les principes des théories de l'apprentissage social et de l'attachement. De plus, le point central de chacun de ces programmes est la dyade mère-enfant. En effet, il semble que pour diminuer les conséquences associées à la négligence et réduire celle-ci, l'intervention la plus efficace doit viser à améliorer la relation entre le parent et son enfant tout en travaillant sur les habiletés parentales. En terminant, les limites des études recensées concernent surtout les faiblesses dans la méthodologie et l'analyse statistiques. Les auteurs rapportent que les méthodes utilisées ont tendance à biaiser les résultats puisque les mesures ne se basent que sur des données auto-révélées et qu'elles ne représentent pas nécessairement la population générale. De plus, encore ici, le haut taux d'attrition est considéré comme étant une limite puisque les familles qui terminent le programme sont seulement celles qui démontrent un niveau élevé de motivation ce qui soulève, encore une fois, un biais de représentativité.

1.3 Intervention proposée

La présentation de la chaîne prédictive ainsi que la recension des interventions efficaces auprès des familles vivant en contexte de négligence chronique ont mis en perspective l'importance d'axer les interventions sur l'établissement d'un climat familial sain en plus de favoriser le développement d'une relation plus positive entre le parent et son enfant (Lacharité, Fafard & Bourassa, 2005). La littérature

démontre la gravité des conséquences futures chez l'enfant, conséquences qui sont trop souvent à l'origine même du caractère intergénérationnel de la négligence chronique (Sroufe, 2005). L'importance d'un climat familial sain et positif dans une famille et du changement des perceptions du parent quant à la relation qu'il entretient avec son enfant constituent des arguments favorables à l'adoption d'interventions de types systémique et cognitive-comportementale dans le but de réduire les conséquences néfastes de la négligence et briser son caractère intergénérationnel (Morton & Browne, 1998). À la lumière de ces informations, l'Agence de santé et de services sociaux a créé le programme *Je tisse des liens gagnants* (JTLG) afin de répondre aux besoins multiples de la clientèle évoluant en contexte de négligence chronique. Comme les interventions déjà réalisées auprès de cette clientèle n'ont pas eu les effets escomptés, ce programme adopte une nouvelle vision axée sur l'intensité et la durée des services offerts. En effet, le programme en entier s'échelonne sur une période de 18 mois et demande une intensité de services à raison d'au moins deux fois par semaine. Ces deux volets sont considérés comme innovateurs puisqu'ils ne correspondent pas aux recommandations mentionnées lors de la recension des meilleures pratiques. JTLG se subdivise en deux composantes : le suivi individuel et la participation à un groupe d'entraide. En raison du temps et des ressources alloués pour l'évaluation, l'intervention proposée de ce travail visera uniquement la composante de groupe du programme. L'intervention proposée comporte onze rencontres hebdomadaires de groupe et s'inscrit sous le thème «moi en tant que parent».¹ Celle-ci base son fondement sur les théories cognitive-comportementale et systémique et repose sur le principe que, pour observer un changement au niveau d'un comportement indésirable, il faut d'abord que l'individu reconnaisse le problème et modifie ses perceptions face à celui-ci (Lacharité & Nolin, 2006). En ce sens, le groupe se veut un lieu de partage et d'entraide afin de permettre aux parents de réfléchir et modifier leurs perceptions et leurs croyances erronées en lien avec leurs rôles parentaux. Cette intervention reprend plusieurs des points positifs soulevés lors de la recension des programmes : la composante centrale qu'est la dyade parent-enfant, le nombre d'heures consacrées par semaine, l'intervention de type ciblé ainsi que les modalités d'intervention de groupe. En contrepartie, le type de groupe utilisé est plutôt innovateur, car dans les programmes recensés auparavant, ce sont plutôt les groupes dits éducatifs qui ont été évalués. La prochaine section explique la structure d'ensemble de cette intervention en plus de détailler les composantes de l'évaluation de sa mise en œuvre et de ses effets.

¹ À noter que les rencontres de groupe se subdivisent en quatre modules tout au long du programme. En raison de la durée de l'évaluation, le deuxième module seulement sera évalué.

2. Méthodologie

2.1 Description des composantes

Caractéristiques des sujets et recrutement. L'intervention proposée s'adresse aux parents vivant dans un contexte de négligence chronique et qui ont au moins un enfant âgé entre 0 et 12 ans dont la sécurité ou le développement est compromis ou préoccupant au sens de la loi. Ceux-ci doivent se porter volontaires à l'intervention et, le cas échéant, sont référés au programme par leur intervenant respectif. L'élément central de cette intervention est donc le type de négligence ciblé. Avec les années, les auteurs se sont rendu compte que les interventions devaient être ajustées selon le degré et la sévérité du contexte de négligence dans lequel l'enfant évolue (Gaudin, 1993). Elles demandent donc un traitement complexe qui s'échelonne sur une plus longue période de temps, un degré élevé d'intensité ainsi qu'une étroite collaboration entre les intervenants et les organismes impliqués (Éthier, 1998). Considérant le nombre élevé de mères monoparentales associé à cette problématique, la mère devrait être une cible principale.

Le recrutement des familles s'effectue de façon systématique. Tout d'abord, l'intervenant au dossier (CLSC ou Centre jeunesse) rencontre les parents afin de savoir s'ils souhaitent faire partie du programme. Celui-ci s'assure que le contexte familial correspond aux critères énumérés ci-haut. Ensuite, les intervenants du programme prennent rendez-vous avec les parents afin de leur présenter l'intervention dans son ensemble : ses objectifs, son déroulement, sa durée, etc. À cette même rencontre, une grille d'analyse des besoins de la famille est remplie. Dans cette grille, on retrouve un descriptif des sphères développementales de chacun des membres de la famille: intellectuel, physique, cognitif, social et affectif. Cette grille permet également de recenser les forces et difficultés individuelles et familiales du système afin que celles-ci puissent être réutilisées au cours de l'intervention. Le but de cette grille est de s'assurer que les parents vont réellement bénéficier du programme selon leurs caractéristiques personnelles et familiales. Enfin, l'étape finale consiste à accepter la famille dans le programme et à signer le formulaire de consentement afin que les parents s'engagent pleinement dans le processus.

Buts et objectifs. Le but que se propose d'atteindre le programme *Je tisse des liens gagnants* est de briser le cycle intergénérationnel de la négligence en augmentant la disponibilité psychologique des parents. Dans un processus logique, afin de pouvoir travailler ces composantes, il faut d'abord que le parent reconnaisse le problème et qu'il soit en mesure d'expliquer les causes de celui-ci, objectifs qui sont visés notamment par l'intervention de groupe proposée (CJM, 2010). En effet, cette dernière vient

directement toucher la variable de la disponibilité parentale par l'entremise de la réduction du stress, de l'augmentation du sentiment de compétence et de l'amélioration des habiletés de communication. Ces composantes sont essentielles au bon fonctionnement familial et, selon les auteurs, devraient permettre une meilleure disponibilité parentale à moyen terme (Ministère de la santé et des services sociaux, 2005). Les rencontres de groupe visent à ce que les parents atteignent les trois objectifs généraux suivants : (a) le parent augmentera son sentiment de compétence. Pour ce faire, le parent devra identifier, à l'aide d'images, au moins trois rôles parentaux exercés à la maison pour lesquels il se sent efficace et trois rôles pour lesquels il se sent inefficace ou insatisfait; (b) le parent gèrera mieux son stress. Pour atteindre cet objectif, la thérapie cognitive-comportementale sera utilisée. Plus spécifiquement, le parent devra identifier trois signaux de stress personnels, nommer trois inquiétudes qu'il a à gérer au quotidien et rapporter une situation vécue dans laquelle il devra identifier l'émotion ressentie et décrire l'utilisation d'une stratégie de gestion de stress; et enfin (c) le parent développera des habiletés de communication plus positives. Ce dernier objectif s'actualisera dans les séances de groupe et vise à ce que le parent, lors de discussions en plénière, s'exprime au «je», écoute les autres participants et respecte le tour de parole de chacun. Chacun des objectifs mentionnés ci-haut a été choisi en fonction de sa pertinence théorique, mais aussi en fonction des interventions recensées comme étant efficaces auprès de la clientèle. En effet, dans la littérature, le dysfonctionnement familial est souvent la cause d'un manque de disponibilité et de sensibilité parentale (Morton & Browne, 1998; Sroufe, 2005). Cependant, agir sur ces éléments demande énormément de temps et de ressources, voilà pourquoi elles ne seront atteintes qu'à la complétion du programme. De plus, dans les différents programmes recensés précédemment, la majorité d'entre eux soulevait l'importance de travailler les interactions familiales ainsi que le l'amélioration des capacités parentales (Sanders, 2013; Zisser & Eyberg, 2010; Edwards & Lutzker, 2008).

Animatrices. Dans le programme JTLG, l'animation du groupe est effectuée par deux animatrices, provenant de deux organismes soit le CLSC et le Centre jeunesse. Celle provenant du CLSC a une formation collégiale en éducation spécialisée et a plus de cinq ans d'expérience, alors que l'intervenante du CJ a une formation universitaire en travail social et cumule plus de dix années d'expérience. En plus d'être habilement formées au programme, ces dernières ont également bénéficié de plusieurs formations externes en lien avec la problématique de la négligence et de l'animation de groupe. La répartition des tâches d'animation s'est effectuée selon les compétences et les qualités relationnelles de chacune. L'intervenante du CLSC aura le pôle principal de l'animation, c'est-à-dire qu'elle devra préparer les ateliers et les animer de façon à ce que les participants maîtrisent, par le biais

d'un contenu informel, les attitudes et habiletés nécessaires à l'atteinte des objectifs du groupe. L'intervenante du Centre Jeunesse, pour sa part, aura plutôt le rôle de facilitateur. Elle aura pour mission principale de soutenir le partage d'expériences ainsi que l'établissement d'un lien de confiance entre les membres du groupe. Elle agira aussi en guise de soutien à sa collègue et utilisera le vécu partagé afin de soutenir le contenu apporté. De plus, intervenir auprès de familles négligentes peut s'avérer périlleux, car c'est une clientèle extrêmement méfiante. En ce sens, la création d'une alliance thérapeutique s'avère précieuse, voire obligatoire, afin d'engager la famille dans un processus de changement (Lachaussée et al., 2011). La mise en application de l'ensemble des schèmes relationnels est donc importante, mais dans l'optique d'établir un lien de confiance durable, les animatrices devront maîtriser plus spécifiquement les schèmes de la considération, de l'empathie et de la disponibilité. En effet, il est primordial que les intervenantes adoptent une attitude de non-jugement afin de pouvoir favoriser l'ouverture et les échanges d'expériences personnelles de la part des participants (Lachaussée, 2011). Alors que l'essence même du groupe repose sur les échanges entre les participants, la disponibilité et l'empathie deviennent donc des habiletés relationnelles centrales dans l'optique d'apporter un support et une écoute active aux parents (Hildyard, 2002).

Programme et contenu. L'intervention dont il est question dans ce travail vise à ce que les parents réfléchissent et partagent sur leurs forces, difficultés et vulnérabilités en lien avec l'exercice de leur rôle parental. Celle-ci se déroule sur une période de onze semaines. La première rencontre n'a pas de but éducatif, mais vise plutôt à créer un lien de confiance entre les différents membres. Celle-ci est consacrée à la présentation du groupe, des participants ainsi que des règles à respecter tout au long des séances. Elle permet également aux parents de poser des questions et/ou de suggérer des thèmes de discussions ou des activités. Les rencontres subséquentes abordent trois thèmes principaux: le sentiment de compétence parentale, le stress et la communication. Les thématiques abordées ont été choisies en fonction des facteurs familiaux dysfonctionnels associés au phénomène de la négligence chronique desquels les objectifs mentionnés précédemment sont inspirés. Tout d'abord, afin de susciter l'intérêt et l'engagement des parents, le sentiment de compétence parentale figure comme thème d'introduction au groupe et s'échelonne sur trois rencontres où les styles parentaux, les rôles parentaux ainsi que les forces et difficultés parentales seront les sujets abordés. Selon Lacharité Éthier et Nolin (2006) augmenter le sentiment d'auto-efficacité et de compétence serait un atout important puisqu'il permet à l'individu de croire à son potentiel personnel et donc à réellement s'engager dans un processus de changement. Ensuite, comme le haut niveau de stress chez les familles négligentes est à l'origine du dysfonctionnement familial, ce sujet fait donc office de second thème et s'échelonne sur

une période de quatre rencontres (Trickett & McBride-Chang, 1995). Pour ce faire, durant les rencontres cinq à sept, une réflexion sur les signaux, les pensées (automatiques et rationnelles) et les émotions associés au stress sera partagée en grand groupe. La quatrième rencontre de ce thème sera plutôt axée sur les stratégies de gestion du stress afin d'outiller les parents à gérer de façon adéquate les stressés du quotidien. Enfin, le dernier thème dont il est question dans l'intervention proposée est celui de la communication et il s'étend sur deux rencontres. En effet, les interactions entre les membres de la famille sont souvent négatives et résultent en un climat conflictuel où la violence devient souvent l'unique moyen de communication connu (Zuravin et DiBlaso, 1992). Ce thème permet donc aux parents de développer une meilleure gestion des conflits tout en favorisant l'apprentissage de stratégies plus appropriées. La dernière rencontre, pour sa part, a plutôt comme objectif principal de dresser le bilan des apprentissages réalisés, d'échanger sur les impressions des parents en lien avec l'apport du groupe dans leur développement respectif.

L'ensemble des rencontres mentionnées ci-haut se divise en trois phases distinctes : la phase de préparation, la phase de réalisation et la phase d'intégration. La première phase permet de prendre le pouls du groupe et celui des parents à l'aide du tour de table. Ce dernier a pour but de questionner les parents sur la manière dont ils se sentent. Pour ce faire, les parents devront nommer où il se situe sur une échelle de 1 à 10 (1= ça va extrêmement mal à 10 = ça va extrêmement bien) et les raisons associées à ce choix. Ensuite, un retour d'une dizaine de minutes sera fait en lien avec les apprentissages réalisés à la dernière rencontre. Ce temps permettra aux parents de poser des questions, de clarifier certaines notions et de nommer leurs (in)satisfactions par rapport à la semaine précédente s'il y a lieu. De plus, cette partie de la séance inclut également l'activité brise-glace qui permet d'introduire le contenu abordé dans la prochaine phase. Le brise-glace vise à susciter l'intérêt du parent et à mettre en contexte le sujet qui est abordé durant la rencontre. D'apparence ludique, ces activités favorisent la participation des membres du groupe tout en créant ou renforçant les liens entre chacun d'eux (CJM, 2010). Elles sont aussi essentielles afin de maintenir l'attention et la concentration des parents en plus de favoriser l'intégration du contenu abordé auparavant dans la séance (Widom, DuMont & Czaja, 2007).

C'est durant la phase de réalisation que le contenu visé par la rencontre est dévoilé. Comme le groupe «moi en tant que parent» est un groupe de partage, le contenu est présenté de façon informelle, c'est-à-dire à travers d'une discussion de groupe. En ce sens, les animatrices utilisent le vécu expérientiel apporté par les parents afin de leur fournir un contenu théorique. La deuxième moitié de cette phase est consacrée à la mise en application des apprentissages réalisés précédemment par le biais

d'activités ludiques et concrètes. En raison du stade cognitif opératoire concret des participants, cette partie de la séance est cruciale puisqu'elle favorise une meilleure intégration et une compréhension plus pointue du contenu théorique. Le but des activités est de créer un défi psychoéducatif où le déséquilibre créé est suffisamment élevé afin de générer l'acquisition de nouvelles capacités adaptatives. Après chacune des activités, une plénière est également organisée afin de permettre un retour sur l'expérience vécue. En ce sens, les parents sont questionnés sur ce qu'ils ont eu à faire, leur sentiment et les émotions ressenties pendant l'exécution ainsi que ce qu'ils ont trouvé facile ou difficile dans la réalisation de l'activité.

La dernière phase consiste à faire une synthèse des apprentissages et vérifier le degré d'intégration du contenu réalisé par chacun des parents. Certains exercices sont également proposés au parent afin qu'il puisse mettre en pratique en contexte naturel ce qu'ils ont appris durant le groupe. Ce sera à la discrétion du parent de décider s'il les réalise ou non. Enfin, les participants ont de 5 à 10 minutes à la fin de l'activité pour remplir le questionnaire de satisfaction ainsi que leur cahier de bord.

Contexte spatial. Les séances de groupe se déroulent dans un local de l'organisme communautaire *Une affaire de famille*, organisme très actif au sein de la communauté et qui offre divers services à la population, mais particulièrement aux familles dont les besoins sont particuliers. Au niveau de du contexte spatial subjectif, cet endroit est tout indiqué pour le groupe puisqu'il est significatif pour les parents. En effet, cet organisme est perçu positivement et décrit comme étant un endroit chaleureux, sans jugement et où une aide est toujours apportée aux gens qui la demandent. En ce qui a trait au contexte spatial objectif, le local choisi se situe au rez-de-chaussée et est bien éclairé grâce aux nombreuses fenêtres. Il est d'une grande dimension ce qui permet la création de deux aires distinctes : une pour les discussions et l'autre pour les activités. Dans l'aire de discussions, une seule grande table est aménagée. La distance entre les chaises est suffisante dans le sens où elle respecte l'espace personnel de chacun tout en maintenant une certaine proximité qui s'avère nécessaire à la création d'un climat d'échange souhaité dans un groupe de partage (CJM, 2010). L'aire des activités est libre et sa disposition varie selon les activités prévues et leur but respectif (chaises seulement, coussins, petites tables, etc.) De plus, la pièce utilisée est à l'écart du reste des activités se déroulant simultanément à l'organisme ce qui permet la confidentialité et qui évite les interruptions potentielles.

Contexte temporel. L'intervention proposée s'étend sur une période de onze rencontres hebdomadaires du mois d'octobre à celui de décembre. Elle se déroule les jeudis matin et la durée moyenne de chaque séance est deux heures (de 9h à 11h). Le choix de la journée a été pensé en

fonction du calendrier scolaire permettant aux parents d'assister aux rencontres pendant que leur enfant est à l'école. Pour ceux qui ont un enfant d'âge préscolaire, le service d'une halte-garderie est offert gratuitement à l'organisme même. Tel que mentionné précédemment, chacune des rencontres se divise en trois phases. La phase de préparation a une durée approximative de 25 minutes, la phase de réalisation de 65 minutes et la phase d'intégration de 20 minutes. Une pause de 15 minutes est également prévue en milieu de rencontre.

Moyens de mise en interaction. *Stratégies d'apprentissages.* Tout d'abord, afin de favoriser les apprentissages dans le groupe, les animatrices ne se positionnent pas en expert, mais opte plutôt pour une relation égalitaire puisqu'elle facilite les échanges en plus de mettre de l'avant le savoir expérientiel détenu par les parents (Lacharité, Fafard & Bourassa, 2005). De ce fait, les discussions en groupe figurent donc parmi les stratégies d'apprentissage puisque ce sont durant ces moments que le contenu informel est transmis en plus d'être un moment privilégié pour le partage d'expériences de vie entre les participants. Ensuite, comme les participants sont majoritairement de type opératoire concret, il est préférable d'utiliser des stratégies concrètes afin de favoriser l'intégration du contenu. En ce sens, les techniques d'impact, les pictogrammes, les «sketches» et les jeux de rôle sont utilisés lors des activités. Dans le même ordre d'idée, les appuis visuels sont également préconisés : cartons, tableau magnétique, affiches et images diverses. De plus, des affiches sont disposées un peu partout dans le local et agissent à titre de rappel de l'information vue dans les séances précédentes. De ce fait, les participants peuvent facilement repérer les éléments essentiels et les utiliser ce qui favorise une meilleure intégration du contenu tout en favorisant une certaine généralisation des acquis à l'intérieur même du groupe. Finalement, le contenu véhiculé se doit d'être adapté aux participants. Pour ce faire, le langage utilisé et le choix des mots sont deux variables importantes à considérer dans l'équation du succès de l'intervention tant au niveau de la compréhension générale des parents en lien avec les apprentissages que de la création du lien de confiance. De plus, puisqu'une partie du contenu est apportée par les parents et l'autre partie est de nature informelle, c'est donc à travers le vécu partagé que les apprentissages sont réalisés et l'utilisation de ce vécu devient alors une stratégie fort intéressante pour illustrer le contenu transmis. Afin d'aider le parent à cibler ses forces et ses bons coups lors des rencontres, des renforçateurs verbaux sont utilisés tels que des félicitations, nommer la bonne action réalisée devant le groupe, citer le parent en exemple, etc.

Stratégies de gestion des comportements. Afin de favoriser la participation de chacun des parents ainsi que le partage d'expériences pertinentes, une gestion du groupe efficiente est préférable. En ce

sens, il faut que les animatrices soient en mesure d'encadrer les échanges de façon adéquate et de ramener le parent lorsque celui-ci s'égaré sur un sujet impertinent. Pour ce faire, ces dernières utilisent plusieurs techniques d'intervention efficaces afin d'arrêter un comportement non souhaitable ou d'apporter un soutien lorsqu'un parent est dans le besoin. Parmi les nombreuses techniques d'intervention de Redl et Wineman (1964), l'intervention par signes, l'interprétation comme intervention, l'aide opportune et la décontamination par l'humour sont celles qui sont privilégiées tant au niveau de l'intervention de groupe qu'au niveau des besoins particuliers de la clientèle. Les interventions telles l'appel direct (intervenir devant le groupe), la proximité par le toucher ainsi que la manifestation d'affection sont à proscrire puisqu'elles pourraient d'une part stigmatiser le parent devant le groupe et d'autre part donner naissance à des malaises relationnels notamment en lien avec la perception qu'aura le parent face au geste d'affection ou à la proximité physique. Inversement cependant, si un comportement émis par le parent est adéquat ou attendu, l'utilisation de renforcements verbaux est à prescrire afin de montrer aux parents que ce comportement est souhaité et ainsi l'encourager à le reproduire.

Stratégies de transfert et de généralisation. Enfin, en ce qui concerne les stratégies de transfert et de généralisation, le premier moyen utilisé est de faire un retour sur la dernière séance. Ceci vise à ce que les patients nomment les notions retenues ainsi que les apprentissages réalisés lors de la rencontre précédente. Un deuxième moyen est d'insérer dans leur cahier de rétroaction des documents synthèses en lien avec les sujets importants ayant été abordés durant les rencontres. À la fin du groupe, les parents pourront apporter ce cahier à la maison et ainsi bénéficier d'un aide-mémoire sur les techniques vues dans le groupe. De plus, les apprentissages réalisés dans le groupe sont repris dans le volet individuel du programme JTLG favorisant l'intégration et la généralisation des acquis. Cependant, celui-ci ne peut faire l'objet de l'évaluation, car le canevas d'entrevue n'est pas clair, le contenu n'est pas systématisé et n'est donc pas mûr pour être évalué à ce stade-ci.

Code et procédures. Selon Renou (2005), le code fait référence aux comportements attendus de la part d'un groupe d'individus en lien avec le respect des normes et des valeurs sociales alors que les procédures font référence à la marche à suivre pour y arriver. En ce sens, le code utilisé dans le groupe repose sur les valeurs suivantes : l'entraide, le respect, l'autonomie et l'ouverture. Ces valeurs ont été choisies en fonction de celles prônées par le programme *Je tisse des liens gagnants*. De ces valeurs découle le code de vie : (a) la confidentialité (le partage d'informations dans le groupe est confidentiel); (b) la ponctualité (arriver à l'heure, être prêt à commencer à neuf heures); (c) le respect (des opinions

des autres, du tour de parole, l'utilisation d'un langage adéquat); et (d) la disponibilité psychologique (ne pas arriver en état de consommation). En cas de non-respect du code de vie, une séquence logique de conséquences a été prévue et est annoncée aux parents dès la première rencontre : avertissement verbal, retrait temporaire du groupe, intervention individuelle subséquente au groupe avec l'intervenant du suivi individuel, retrait définitif du groupe. Le retrait temporaire du groupe se veut un moyen plutôt qu'une conséquence afin d'aider les participants à déceler les moments et les signes leur indiquant qu'ils sont envahis et qu'ils ont besoin d'une pause à l'écart du groupe. Cette séquence peut être sujette à changement selon la gravité, la fréquence et l'intensité du comportement émis. Enfin, en aucun cas, la violence verbale et physique ne sera tolérée.

Système de responsabilité. En raison de leurs nombreuses difficultés, les responsabilités des sujets doivent être à la mesure de leurs capacités c'est-à-dire simples, concrètes et faciles à suivre. Ils doivent être présents et ponctuels à chaque rencontre, à moins d'un motif valable (ex. maladie, deuil, etc.) S'ils ne peuvent pas se présenter pour une raison ou une autre, ils ont également la responsabilité de téléphoner pour nous aviser de leur absence. Durant le groupe, ils doivent manifester de l'intérêt face à l'activité, participer aux activités demandées, respecter le code de vie et répondre aux questionnaires d'évaluation du programme. En ce qui a trait aux responsabilités des animatrices, celles-ci doivent s'assurer que le contenu livré de l'animation du programme correspond bien au contenu planifié et que celui-ci est animé de façon dynamique et intéressante. De plus, elles doivent aussi participer à la sélection des participants, à aménager le local pour l'animation, à faire respecter le code de vie, à susciter la participation des parents ainsi qu'à compléter le journal de bord et le cahier de rétroaction à la suite de chaque rencontre. L'observateur externe mandaté pour l'évaluation a pour responsabilité principale de compléter les grilles d'observation durant les rencontres ainsi que de superviser la passation des questionnaires d'évaluation. Des précisions quant au processus d'évaluation seront apportées dans les prochaines sections. Enfin, l'intervenante principale de l'organisme communautaire où se déroule le groupe a comme responsabilité principale de s'assurer que les ressources matérielles nécessaires au bon déroulement du groupe soient disponibles. Elle doit donc planifier le transport pour les parents qui n'ont pas accès à une voiture, prévoir la collation durant la pause et fournir le matériel requis pour les activités.

Système de reconnaissance. La reconnaissance a pour but de souligner les progrès d'un individu en lien avec le développement de ses capacités adaptatives (Renou, 2005). Le cahier de rétroaction est le moyen principalement utilisé puisqu'il permet une reconnaissance immédiate et régulière des bons

coups du parent ainsi que de ses apprentissages réalisés. Il agit à titre de feuille de route pour le parent ce qui l'aide à prendre conscience rapidement de ses bons coups, des comportements émis qui sont souhaités ainsi que des défis qui restent à travailler. Les animatrices font également part de leurs perceptions au parent par rapport à son intérêt et sa participation à la séance et suggèrent, s'il y a lieu, des techniques ou des stratégies d'intervention positives et adéquates en lien avec les difficultés recensées. De cette façon, le parent obtient une reconnaissance individuelle et personnalisée, malgré l'intervention réalisée en groupe. De plus, il est possible qu'un parent soit cité en exemple devant le groupe lorsque celui-ci a bien saisi un concept clé ou qu'il ait bien participé. Ce type de reconnaissance est plus explicite et vise à récompenser les comportements souhaités pour favoriser une appropriation plus rapide chez le participant. Enfin, un certificat d'attestation de réussite du programme lui est également remis pour souligner de façon plus formelle sa participation au programme, ce qui constitue aussi une forme de reconnaissance.

2.2 Description du modèle logique

L'ensemble de l'intervention décrite ci-dessus s'organise et prend forme selon une séquence cohérente appelée le modèle logique. Ce dernier vise à schématiser l'ensemble de l'œuvre afin de fournir une réponse imagée et précise de l'ensemble des composantes nécessaires à l'élaboration du programme ainsi que de l'ensemble des ressources et facteurs à considérer lors de son élaboration et de son animation. L'annexe III représente le modèle logique de l'intervention décrite ci-haut. Afin d'améliorer le contexte familial associé à la négligence chronique, une intervention de groupe a été mise en place. Celle-ci se veut un lieu de partage et s'adresse aux parents négligents dont la sécurité et/ou le développement des enfants sont compromis et s'échelonne sur une période de onze semaines, à raison d'une rencontre hebdomadaire d'une durée de deux heures. Plusieurs ressources logistiques et humaines sont à considérer dans l'élaboration du groupe telles que l'aménagement du local, le matériel utilisé, la formation donnée aux animatrices, etc. De ces ressources découle le canevas d'activités. Il se veut adapter aux caractéristiques d'un groupe de partage, c'est-à-dire un climat propice aux échanges et à la réflexion tout en considérant l'aspect de l'intégration de certaines connaissances de nature éducatives. Pour que l'intervention s'avère un succès, certains facteurs contributifs sont considérés dont notamment un horaire adapté aux contraintes de la clientèle, la présence d'une halte-garderie, la qualité de l'animation, etc. Au terme de l'intervention, les parents devraient avoir augmenté leur sentiment de compétence parentale, avoir atteint un niveau de stress moins élevé ainsi que des habiletés de communication plus positives tout cela, dans le but d'augmenter la disponibilité des parents face à leur

enfant. La façon d'actualiser ces objectifs est décrite de façon plus spécifique et détaillée dans la section *buts et objectifs*. Enfin, il est également important de considérer la présence de certains facteurs externes pouvant influencer les résultats obtenus suite à l'intervention de groupe proposée comme les autres composantes du programme *Je tisse des liens gagnants* ainsi que les autres services utilisés par la famille.

2.3 Évaluation de la mise en œuvre

Cette section détaille les composantes retenues pour l'évaluation de la mise en œuvre, ainsi qu'un résumé de la procédure et des outils utilisés pour y parvenir. Un tableau à l'annexe IV résume les composantes choisies, les instruments de mesure utilisés, les variables dérivées, ainsi que les temps de mesure. L'évaluation de la mise en œuvre permet notamment de rendre compte de l'écart entre l'intervention planifiée et celle réalisée. Elle s'effectue tout au long de l'intervention (T3 à T13) et requiert diverses sources et instruments d'évaluation. Tout d'abord, les animatrices de groupe devront, à chaque semaine, tenir un journal de bord. Cet outil leur permettra d'abord de mettre en mots leurs impressions de la rencontre (p.ex. ce qui a bien et/ou moins bien fonctionné). De plus, il s'avère également un bon instrument d'évaluation pour les indicateurs de mise en œuvre suivants : la conformité, l'exposition ainsi que la qualité de l'animation. Chacun d'eux sera évalué de façon individuelle après chacune des rencontres de groupe (T3 à T13). Ensuite, les animatrices se partageront leurs impressions communes et échangeront, en présence de l'observateur externe, leurs résultats quant à leur évaluation des indicateurs de la mise en œuvre. La deuxième source d'évaluation est l'observateur externe qui est la pierre angulaire de ce processus en raison de sa plus grande objectivité. Il assiste à chacune des rencontres de groupe et son rôle est de compléter des grilles d'observation ainsi que de distribuer les questionnaires de satisfaction aux participants en fin de rencontre. Les grilles d'observation s'appuient sur des faits réels et font état des comportements de chacun des membres du groupe. Durant les onze semaines de l'intervention (T3 à T13), l'observateur assistera, en retrait, aux rencontres de groupe et notera les indicateurs suivants : la conformité ainsi que la qualité de la participation et de l'animation. Son statut inactif dans le groupe lui permet de noter plusieurs mesures simultanément; ces dernières sont donc plus précises et plus représentatives de la réalité. Après chaque séance, il rejoindra les animatrices afin de leur faire part de ses observations, mais également des résultats de sa prise de mesure. Les résultats communs seront alors comparés afin d'en augmenter leur validité. Enfin, les participants du groupe sont la dernière source d'évaluation. Leur implication dans le processus d'évaluation se limite à remplir deux questionnaires : le premier est rempli à la fin de chaque

rencontre (T3 à T13) et vise à évaluer leur satisfaction générale alors que l'autre est rempli une fois avant le groupe (T2) et l'autre fois après (T14) et rend compte des autres services et/ou interventions reçus en même temps que le groupe (débordements). Pour ce qui a trait à l'évaluation de la satisfaction, un questionnaire maison de type auto-rapporté est utilisé et le sujet doit noter son niveau de satisfaction personnelle selon une échelle dimensionnelle illustrée à l'aide de pictogrammes et d'une ligne transversale («bonhomme» sourire à «bonhomme» triste). Voici maintenant une brève description de chacun des indicateurs de la mise en œuvre discutés précédemment.

Conformité. Cette composante évalue si le contenu livré aux participants durant le programme correspond au contenu planifié préalablement. Pour ce faire, les animatrices notent systématiquement le nombre et la fréquence d'activités de groupe réalisées dans leur journal de bord, alors que l'observateur externe a pour mandat d'évaluer les variables suivantes : le respect du thème et des activités planifiées, le nombre et la fréquence des rencontres et du contenu de celles-ci ainsi que le respect du temps alloué à chaque composante de la séance, c'est-à-dire les activités, la théorie et les discussions.

Qualité de l'animation. Cette composante est évaluée puisqu'elle est une composante essentielle aux apprentissages des participants, mais également à la rétention de ces derniers dans le programme. Celle-ci est évaluée par l'observateur externe et par les animatrices et inclut les variables suivantes : (a) la capacité des animatrices à encadrer les échanges (grille selon nombre de fois où un participant est recadré et la pertinence de cette intervention); (b) les attitudes relationnelles des animatrices (considération, empathie et disponibilité) évaluées selon une définition opérationnelle et comportementale de ces trois schèmes relationnels; et (c) la capacité des animatrices à utiliser le vécu partagé (nombre de fois que le vécu d'un parent est utilisé pour illustrer le contenu selon une échelle à trois niveaux: 1- souvent, 2- parfois, et 3-rarement).

Exposition. Cet indicateur est évalué conjointement par les animatrices dans leur journal de bord. Elles notent le nombre d'ateliers de groupe auxquels chaque sujet a participé (prise de présence), ainsi que la durée de chacune des séances. Pour ce faire, les animatrices utilisent une échelle à trois niveaux où le dosage est évalué selon que le participant est 1- présent 2- quitte à la pause ou 3- absent.

Qualité de la participation. La qualité de la participation des sujets au programme d'intervention est évaluée par l'observateur externe. Les variables ciblées sont la fréquence de la participation de chacun ainsi que le respect du thème lors de situations rapportées. Ces variables sont évaluées à partir d'une échelle à cinq niveaux (1- toujours, 2- souvent, 3- parfois, 4- rarement et 5-

jamais) indiquant soit le nombre d'interventions réalisées ou encore le nombre de fois que le participant a été recadré.

Satisfaction. La composante de la satisfaction générale est ciblée dans l'évaluation de la mise en œuvre puisqu'il est important d'aller chercher l'opinion des participants dans le but d'améliorer certains éléments du contenu abordé ainsi que la façon de le véhiculer par les animateurs. Cet indicateur est évalué par les participants du groupe. Les variables évaluées font référence aux sujets abordés, aux moyens utilisés pour transmettre le contenu, à la façon de faire des animatrices, à la relation entretenue avec celles-ci et à la satisfaction globale quant au groupe.

Débordements. La dernière composante est la différenciation (ou les débordements), à savoir si les résultats obtenus sont en lien avec l'intervention proposée ou s'ils peuvent avoir été obtenus suite à une autre intervention que les sujets auraient eue avant ou pendant l'intervention (p.ex. pharmacothérapie). Cette composante est évaluée à l'aide d'un questionnaire maison que le sujet doit compléter. Tous les participants du groupe auront au minimum un débordement, car chacun d'eux fait partie du programme JTLG et reçoit donc automatiquement l'aide du CLSC ou du Centre jeunesse par l'entremise d'un suivi individuel (deuxième volet du programme).

2.4 Évaluation des effets

Cette section se rapporte à l'évaluation des effets. Le devis ainsi que les outils utilisés pour évaluer le programme d'intervention seront présentés. Un tableau à l'annexe IV résume les différents construits et objectifs évalués, les instruments de mesure utilisés, le nombre d'items pour chaque instrument, les temps de mesure, la nature des mesures, les caractéristiques psychométriques et les cibles d'évaluation. Au terme de l'intervention décrite précédemment, l'objectif souhaité est que le contexte de vie négligent des participants se soit amélioré de façon positive. Plusieurs objectifs ont été ciblés (voir la section *buts et objectifs*) afin d'estimer les effets véritables de l'intervention sur les sujets évalués. Les construits évalués sont : le sentiment de compétence parentale, le stress parental ainsi que les habiletés de communication au niveau proximal ainsi que la disponibilité psychologique au niveau intermédiaire. Pour ce qui est de l'évaluation de l'objectif distal, soit celui de briser le cycle de la négligence, celui-ci n'est pas évalué puisque le délai de prise de mesure d'environ un mois suite à l'intervention n'est pas suffisamment long pour espérer un changement à ce niveau. Cependant, cette variable sera évaluée auprès des participants avant et après la complétion totale du programme *Je tisse*

des liens gagnants à l'aide de *L'index de négligence*, instrument qui évalue la sévérité de la négligence familiale (Trocmé, 1996).

Devis. Le devis choisi pour évaluer les effets de l'intervention proposée est un devis de groupe quasi-expérimental à série temporelle. Ce devis vise à évaluer les acquis d'un groupe, constitué minimalement de huit individus, en comparant son évolution entre les résultats obtenus aux mesures pré de ceux obtenus en post intervention. Comme ce type de devis ne comprend pas de groupe témoin, l'utilisation de mesures répétées avant et après l'intervention est essentielle puisque le groupe est comparé à lui-même. Les mesures répétées servent donc à s'assurer que la moyenne des résultats obtenus pour chacun des participants soit équivalente d'un temps de passation à l'autre. Pour ce faire, deux prises de mesure sont prévues avant l'intervention (T1 et T2) où chaque temps de mesure correspond à un délai de deux semaines. Par la suite, l'intervention est mise en place et dure 11 semaines (T3 à T13). Finalement, deux prises de mesures post intervention sont réalisées (T14 et T15) à un mois d'intervalle. Les prises de mesure en pré et en post seront effectuées dans des conditions les plus semblables possible afin de diminuer les sources de biais potentielles. Cependant, il est important de préciser que ce type de devis ne contrôle pas toutes les sources d'invalidité interne et externe. Par conséquent, les résultats obtenus en lien avec l'atteinte des objectifs ne pourront pas être attribués uniquement à l'intervention.

Instruments de mesure et protocole de passation. Afin d'évaluer si l'intervention a permis d'atteindre ses objectifs, plusieurs instruments de mesure sont utilisés dont notamment des questionnaires maison et standardisés qui sont remplis par le participant et de l'observation directe réalisée par l'observateur externe. Tout d'abord le questionnaire maison est utilisé dans le but de valider les connaissances du participant en lien avec le contenu abordé dans le groupe. Il prend la forme d'un « mini-test » et consiste à évaluer des concepts qui ne sont pas couverts par les questionnaires standardisés. Cette évaluation est réalisée à deux reprises soit une fois avant le début du groupe (T1) et une fois après (T14) et dure environ 10 minutes. Chaque passation se fait de manière individuelle et il est précisé au participant qu'il n'y a aucune mauvaise réponse possible. La première passation est réalisée au domicile du participant, alors que la deuxième s'effectue tout de suite après la dernière séance de groupe au local de l'organisme communautaire. Ensuite, les questionnaires standardisés, quant à eux, permettent plutôt d'évaluer de manière objective et rigoureuse, les construits en lien avec les objectifs de ce groupe : le sentiment de compétence parentale, le niveau de stress les habiletés de communication ainsi que la disponibilité psychologique du parent. Ces questionnaires sont remplis de

façon individuelle par les participants à leur domicile deux fois avant l'intervention (T1 et T2) et deux fois après (T14 et T15). La durée de la passation de ces tests est d'environ 45 minutes dans l'ensemble et peut requérir la présence d'un intervenant afin de faciliter la compréhension des questions. Encore une fois, il est mentionné aux participants que les réponses attendues doivent être représentatives de leur réalité et non pas de ce qu'ils souhaiteraient avoir. De plus, afin de ne pas alourdir la prise de mesure et éviter le biais lié à la répétition de la mesure, deux versions du même questionnaire sont utilisées. Pour ce faire, les items d'une même échelle d'un instrument vont être divisés en deux groupes distincts afin qu'à chaque temps de passation, l'instrument rempli par les parents évalue les mêmes concepts, mais en utilisant des items différents. Aussi, chacun des instruments choisis présente des qualités psychométriques adéquates (voir annexe IV). Enfin, afin de tenir compte du cheminement individuel des membres du groupe lors de l'intervention et de la réajuster au besoin, des prises de mesures comportementales sont réalisées par l'observateur externe à des moments prédéfinis durant les séances de groupe. Les construits évalués à l'aide de grilles d'observation maison sont le niveau de stress des participants (T7 à T10) et la communication (T11 à T13) qui eux sont en lien avec les habiletés visées par les objectifs mentionnés précédemment.

Mesures. *Connaissances du participant.* Tout d'abord, pour évaluer les effets de l'intervention au niveau des connaissances acquises, un questionnaire maison est utilisé. Les connaissances ciblées par celui-ci sont le développement chez le parent d'une meilleure gestion de stress (reconnaissance de signaux et des inquiétudes quotidiennes liées au stress, les causes du stress et ses stratégies) ainsi que d'une meilleure perception de ses compétences parentales. Ce questionnaire est inspiré de la trousse *Moi comme parent* élaborée Mme Suzanne Lavigueur comportant, entre autres, des images en lien avec les rôles parentaux exercés auprès des enfants et les inquiétudes parentales. Ces images varient en fonction de l'âge de l'enfant.

Sentiment de compétence parentale. L'évaluation du sentiment de compétence parentale se fera par l'entremise d'une combinaison des échelles de deux instruments soit le questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale (Terisse et Trudelle, 1998) et la version francophone du *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales IV* (Olsen, 1994 traduit par Pauzé, 1996). Tout d'abord, le QAECEP est un instrument divisé en deux sous-échelles du sentiment de compétence qui vise à évaluer la perception du parent face à son sentiment d'efficacité et son sentiment de satisfaction. L'instrument se compose de 17 items et les réponses à fournir sont basées sur une échelle à six niveaux. Deuxièmement, le FACES IV est un outil qui sert à évaluer les éléments familiaux

suivants : le fonctionnement, la communication et la satisfaction. Ces trois échelles sont analysées sous deux dimensions distinctes : la cohésion et la flexibilité. Pour évaluer la composante du sentiment de compétence parentale, seulement l'échelle du fonctionnement familial est retenue. Celle-ci évalue les perceptions du parent en lien avec les rôles exercés par chacun des membres et le sentiment ressenti sur l'utilité de ce rôle au sein de la famille. Cette échelle est composée de 42 items et les réponses varient entre 1 (très insatisfait) et 5 (extrêmement satisfait).

Niveau de stress. Un questionnaire validé est distribué aux participants mesurant leur niveau de stress général. Il s'agit de la version écourtée de l'Indice du stress parental (version française du *Parental Stress Index* (PSI)). Celle-ci se compose de 36 items et est divisée en trois sous-échelles : la détresse parentale, la dysfonction dans l'interaction parent-enfant et les difficultés chez l'enfant. Seules les deux premières échelles sont retenues pour l'évaluation puisqu'elles répondent aux objectifs spécifiques de l'intervention en plus de cibler les facteurs associés à un haut niveau de stress abordé plus tôt dans le travail. Les réponses s'inscrivent sous une échelle de 1 à 5 soit de profondément en accord à en profond désaccord (Abidin, 1983). Les résultats à ce questionnaire permettent de voir s'il y a une évolution chez les sujets en lien avec leur niveau de stress suite à l'intervention de groupe.

Habilités de communication. L'échelle de communication du FACES IV est utilisée pour évaluer les habiletés de communication. Cette échelle se compose de 10 items axés sur la perception qu'a le parent des stratégies de communication utilisée dans son milieu familial (Olson, 2011). Ce questionnaire a été retenu, car bien qu'il ne mesure pas la communication réelle du système familial, il donne tout de même un indice intéressant sur la perception du parent face à cette variable. Comme l'intervention ne se déroule pas en milieu naturel, il devient impossible d'évaluer si les stratégies apprises dans le groupe seront généralisées et appliquées à la maison. Cependant, l'hypothèse retenue est que si les parents développent de nouvelles habiletés de communication en contexte structuré (évaluées à partir de données observationnelles) et qu'ils les généralisent en milieu naturel, cela devrait améliorer les interactions entre les membres de la famille et donc, avoir développé une perception plus positive de la communication à la maison suite à l'intervention (Olson, 2011).

Disponibilité psychologique parentale. Afin d'évaluer la variable intermédiaire, soit la disponibilité psychologique du parent face à l'enfant, l'outil utilisé est *L'index des attitudes parentales* (Hudson, 1982, traduit par Comeau et Boisvert, 1986). Cet instrument se compose de 25 items qui mesurent la perception du parent face à son enfant et se répartit sur une échelle en cinq points allant de *rarement ou jamais à souvent ou tout le temps*.

3. Résultats

3.1 Évaluation de la mise en œuvre

La prochaine section vise à comparer l'intervention planifiée précédemment à celle qui a bel et bien été implantée. Ce processus s'avère important lorsqu'un nouveau programme est mis en place puisqu'il permet d'identifier les forces et les faiblesses de l'intervention proposée afin de réajuster au besoin et d'expliquer les écarts observés quant à ce qui avait été planifié initialement. L'ensemble de ces informations permettra donc d'approfondir la réflexion concernant les ajustements nécessaires pour une mise en œuvre future en plus de réfléchir aux implications de celle-ci à l'égard de l'évaluation des effets.

Composantes implantées tel que prévu. L'intervention a été animée auprès d'une clientèle adulte vivant dans un contexte de négligence. Il est à noter que tous les objectifs considérés dans le processus d'intervention ont été abordés : le sentiment de compétence parentale, le niveau de stress, les habiletés de communication ainsi que les attitudes parentales, et ce, malgré quelques changements apportés à la structure des rencontres. En ce qui a trait aux éléments de la structure d'ensemble, il n'y a pas eu de changement à l'égard des composantes suivantes : les buts et objectifs du programme, le contexte spatial, le code et les procédures, le système de responsabilité ainsi que le système de reconnaissance. Tout d'abord, l'ensemble de l'intervention a été réalisée à l'organisme *Une affaire de famille* tel que planifié initialement. Les aires de travail du local étaient aménagées tel qu'indiqué, c'est-à-dire un espace intime pour les discussions et un espace de travail plus ouvert favorisant les mouvements pour les activités. De plus, le local choisi offrait la confidentialité nécessaire au partage d'informations personnelles. Ensuite, en ce qui a trait au système de responsabilités préalablement établi, celui-ci a été suivi à la lettre. Les animatrices ont veillé au bon déroulement du programme tant en ce qui a trait à sa planification qu'à son animation, alors que la personne ressource de l'organisme s'est occupée de l'ensemble des ressources matérielles (collation, activités, transport, halte-garderie, etc.) Enfin, tous les outils prévus dans le système de reconnaissance ont été utilisés. Chaque participant a reçu des commentaires constructifs dans son cahier de rétroaction, en plus de recevoir de nombreux renforcements et un diplôme attestant de leur participation au programme. Le cahier de rétroaction a été l'élément qui a semblé le plus apprécié des parents puisqu'au fil du programme, ceux-ci l'ont utilisé pour améliorer tant leur participation au groupe que leur propre situation familiale. D'ailleurs, lors de la dernière rencontre, les participants ont identifié leur cahier comme étant leur cahier de progression et d'apprentissage personnels.

Composantes implantées avec modifications. Bien que plusieurs éléments du programme ont été implantés fidèlement à leur planification, certaines composantes, pour leur part, ont subi des modifications substantielles et seront abordées ci-dessous: les sujets, l'animation, le programme et contenu (conformité), le contexte temporel ainsi que les moyens de mise en interaction. Par la suite, les composantes retenues pour l'évaluation de la mise en œuvre, soit la qualité de la participation, la satisfaction, ainsi que les débordements seront également abordées. Enfin, une analyse rendra compte de l'implication des modifications sur la mise en œuvre eue égard aux résultats de l'intervention.

Caractéristiques des sujets, recrutement et rétention. L'ensemble des participants a été recruté selon la procédure prévue initialement, c'est-à-dire qu'ils ont été référés au programme par l'intervenant attribué à leur suivi individuel. Au départ, 28 participants avaient été sélectionnés pour participer au groupe. De ces 28 participants, 8 étaient anglophones, 3 ne remplissaient pas tous les critères d'inclusion, 4 étaient non volontaires et 2 avaient des besoins qui étaient mieux répondus par un autre programme. De ce fait, seulement 11 participants de la sélection initiale ont pu compléter la grille d'analyse des besoins afin de valider leur admissibilité à l'intervention de groupe proposée et leur désir d'y participer. De ceux-ci, huit ont été finalement retenus pour participer au programme. Tous respectaient les trois critères d'inclusion suivants : évoluer dans un contexte de négligence chronique, avoir au moins un enfant âgé entre 0 et 12 ans dont la sécurité et/ou le développement est préoccupant ou compromis au sens de la loi ainsi que se porter volontaire à l'intervention. Au niveau de la rétention des participants, aucune attrition n'est notée, si bien que l'ensemble des participants retenus pour le programme l'a complété. Le groupe est composé de deux hommes et de six femmes. Sans surprise, les femmes sont représentées en plus grand nombre puisque c'est souvent à elles qu'incombe le rôle de donneur de soins principal à l'enfant. Les deux hommes proviennent de familles intactes, alors que la majorité des femmes sont monoparentales (4). Les deux autres participantes féminines du groupe proviennent de familles recomposées et sont victimes de violence conjugale. En ce qui a trait à leur composition familiale, trois participants ont 2 enfants, deux autres en ont trois et cinq, alors qu'une participante a 6 enfants. La majorité de ces enfants proviennent toutefois de la même union. La moyenne d'âge des participants se situe autour de 30 ans, le plus jeune étant âgé de 22 ans, et l'aînée, de 50 ans. De plus, les participants sélectionnés sont tous issus de milieux socio-économiques faibles et 75% d'entre eux sont prestataires de l'aide sociale. En raison de la complexité de la clientèle visée par le programme, la majorité des participants sont bien connus des services. En effet, ceux-ci proviennent de familles dites dysfonctionnelles, si bien qu'ils ont tous reçu des services adaptés, et ce, dès l'enfance (ex. DPJ, CSSS, CR, etc.) Le nombre élevé de services reçus simultanément au

programme sera analysé dans la prochaine section de ce travail de même que l'implication possible de ceux-ci sur l'évaluation des effets directs de l'intervention.

Animatrices et qualité de l'animation. Les animatrices choisies pour animer l'intervention correspondent aux critères prévus initialement. Mélissa est technicienne en éducation spécialisée au CLSC, alors qu'Isabelle est travailleuse sociale au Centre jeunesse de la Montérégie. Ensemble, elles cumulent plus de 15 ans d'expérience : 5 ans d'expérience pour Mélissa dont deux ans en animation de groupe et 10 ans pour Isabelle dans divers milieux d'appartenance. Elles se sont également prévaluées de plusieurs formations tant sur la problématique de la négligence que sur l'animation de groupe. Pour cette composante, deux ajouts substantiels ont été mis en place : les animatrices ont pu bénéficier des commentaires et suggestions des concepteurs du programme lors d'une supervision mensuelle; et une réunion hebdomadaire post-animation a été instaurée afin de permettre à l'observateur externe et aux animatrices de partager leurs impressions quant au déroulement des rencontres (contenu véhiculé, climat du groupe, interventions, qualité de l'animation, etc.) ainsi qu'aux ajustements à considérer. Ces ajouts ont permis aux animatrices d'être mieux outillées dans la planification des rencontres subséquentes en plus de leur fournir l'occasion d'analyser leur intervention et leur attitude face aux participants tout en se questionnant sur les contre-transferts vécus. Par ailleurs, chaque intervenante a respecté le rôle qui lui avait été attribué au préalable, lors de l'étape de la planification de l'intervention. En ce sens, Mélissa a été le pôle principal de l'animation, alors qu'Isabelle a plutôt adopté le rôle du facilitateur, en appui à sa collègue. La distinction des rôles a été un élément important puisqu'il assurait une cohérence et une constance dans le style d'animation. De plus, Isabelle a très bien su utiliser son rôle de facilitateur afin de soulever des observations et des questionnements dans le groupe (ex. je remarque que le participant 1 a froncé les sourcils quand la participante 2 a dit tel élément...) Les commentaires d'Isabelle favorisait donc l'ouverture de la discussion tout en favorisant la participation de l'ensemble des membres du groupe.

Les qualités relationnelles des animatrices ont été évaluées à chaque rencontre par le biais de l'autoévaluation et de l'observateur externe tel que convenu. Alors que trois schèmes relationnels avaient été ciblés pour l'évaluation de la qualité de l'animation, seules l'empathie et la considération ont finalement fait l'objet d'une évaluation. En effet, suite à l'opérationnalisation des concepts de l'empathie et de la considération, il s'est avéré que le schème de la disponibilité était implicite aux actions des deux autres concepts, raison pour laquelle ce schème n'a pas été évalué. La figure ci-dessous se veut donc une illustration de cette évaluation.

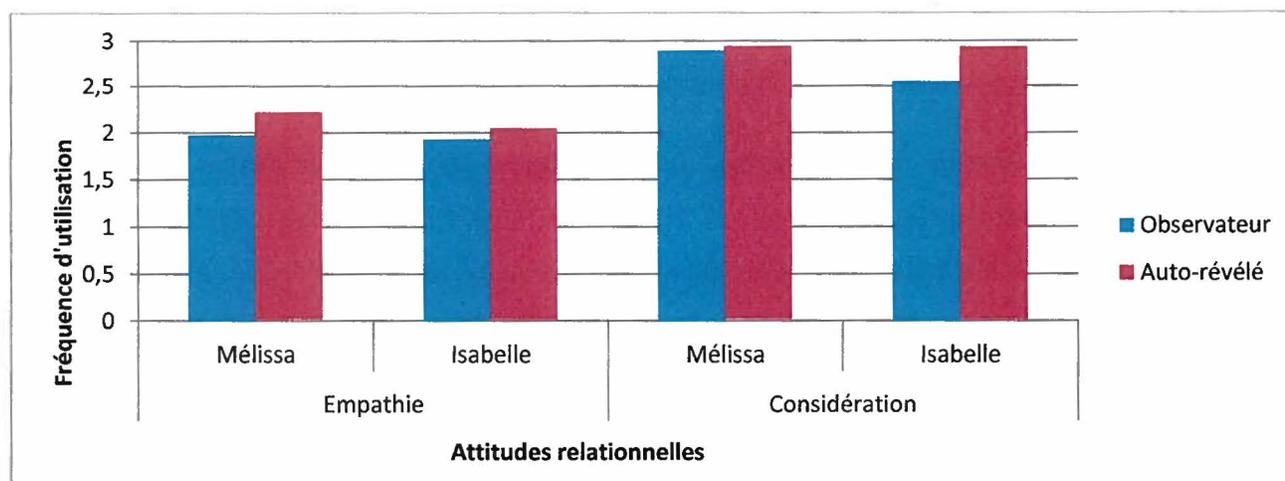


Figure 1 : Fréquence d'utilisation des attitudes relationnelles des animatrices en fonction de deux sources d'évaluation où 0= jamais; 1= parfois; 2= souvent; 3= toujours

Le graphique illustre que Mélissa et Isabelle ont su faire preuve de considération et d'empathie la majorité du temps. Il démontre également que le schème de la considération semble avoir été un peu mieux assimilé et appliqué par les deux animatrices. Ces résultats pourraient notamment s'expliquer par l'ajout de supervision reçue par les animatrices tout au long du programme. Ces supervisions leur permettaient, entre autres, de partager leurs incertitudes, leurs craintes ainsi que leurs réactions face à certaines situations ou commentaire émis par les participants du groupe. L'analyse de leurs résonances pourrait donc avoir favorisé l'application des schèmes d'empathie et de considération des animatrices envers les participants du groupe. Par ailleurs, la cohérence entre les deux sources d'évaluation suggère aussi une certaine justesse dans la cueillette des données relative à l'évaluation de la qualité de l'animation. Enfin, la capacité de recadrage des animatrices a aussi fait l'objet d'une évaluation, mais ses résultats n'ont pas été rapportés dans la figure ci-haut puisqu'ils n'ont point été mis en application. Les animatrices semblent avoir recadré seulement les écarts de conduite en lien avec le code et les procédures, mais ont oublié de recadrer également la durée de certains commentaires, de même que leur pertinence en lien avec le contenu craignant d'aller à l'encontre de la vocation de partage du groupe. Ainsi, lors des rencontres 5, 6, 9 et 10, les discussions lors des composantes «accueil» et/ou «contenu» se sont quelque peu éternisées ce qui a fait en sorte que les activités suivantes ont dû être abandonnées par manque de temps. Cet aspect sera discuté plus en détail dans la section qui suit.

Programme, contenu et conformité. Cette composante de la structure d'ensemble est celle dont la mise en œuvre présente le plus grand écart par rapport à ce qui avait été prévu. Le programme implanté s'est échelonné sur une période de onze semaines, tel que prévu initialement, incluant une rencontre d'introduction, neuf rencontres de contenu sur des thèmes variés ainsi qu'une rencontre de

conclusion. Les thèmes en lien avec le sentiment de compétence parentale, le stress et la communication ont été maintenus, quoique certains sous-thèmes prévus aient dû être modifiés en cours de route (voir le tableau 1 ci-dessous).

Tableau 1

Écart entre les thèmes prévus et ceux réalisés lors de l'animation

	Contenu planifié	Contenu réalisé
Rencontre 1	Introduction	Introduction
Rencontre 2	Compétences parentales	Compétences parentales
Rencontre 3	Rôles parentaux	Règles et encadrement
Rencontre 4	Styles parentaux	Styles parentaux
Rencontre 5	Types et signaux de stress	Les types de violence
Rencontre 6	Pensées anxiogènes	Les types et signaux de stress
Rencontre 7	Émotions	Les rôles parentaux
Rencontre 8	Stratégies de gestion de stress	Causes et stratégies de gestion de stress
Rencontre 9	Stratégies de communication	Stratégies de communication familles recomposées
Rencontre 10	Stratégies de communication	Stratégies de communication
Rencontre 11	Conclusion/évaluation	Conclusion/évaluation

Sur les neuf sous-thèmes planifiés (en excluant l'introduction et la conclusion), cinq d'entre eux ont été réalisés et ont respecté l'échéancier prévu (voir tableau 1). En contrepartie, les sous-thèmes «rôles parentaux» et «types et signaux de stress» ont été abordés, mais dans un ordre modifié. Enfin, les sous-thèmes «émotions» et «pensées anxiogènes» n'ont pas été abordés, les participants ayant demandé de les remplacer par des discussions autour des types de violence et des règles et de l'encadrement. Cet ajustement face aux besoins exprimés par les participants est cohérent avec la philosophie du programme qui prône une intervention de groupe axée sur un contenu de type informel (le partage). Par exemple, lors de la rencontre 2 sur les compétences parentales, plusieurs parents ont soulevé, lors de la discussion de groupe, à quel point ils trouvaient difficile de maintenir un encadrement clair et cohérent, surtout lors des périodes de stress. Ils exprimaient ne pas se sentir suffisamment outillés et qu'ils optaient, trop souvent, pour des méthodes d'encadrement plus coercitives. Les animatrices ont donc adapté le contenu de la rencontre subséquente en fonction des besoins exprimés par les parents. Le même phénomène a aussi été observé lors de la rencontre 5. Les participants 1 et 8 ont avoué user de méthodes coercitives envers leur enfant ce qui a suscité de vives réactions chez les autres membres du groupe, particulièrement les participants 3 et 6, qui ont déjà été victimes de violence par le passé. Un débat s'ensuivit sur les enjeux relatifs au thème de la violence. Les animatrices ont ajusté le contenu de

la rencontre afin de répondre aux préoccupations soulevées par les parents. Suite à ces changements, une réorganisation de la planification a dû être effectuée : les animatrices ont décidé de retirer les thèmes «pensées anxieuses» et «émotions» puisque ceux-ci pouvaient plus facilement s'intégrer aux autres rencontres qui abordaient le thème du stress. En ce sens, pour pallier le manque d'information, un effort d'intégration de ces notions a tout de même été réalisé lors des rencontres 6 et 8. La structure des rencontres a elle aussi subi quelques modifications en cours d'animation. Initialement, chaque séance de groupe était divisée en trois phases distinctes selon une suite logique : (a) la phase de préparation qui inclut la période d'accueil (tour de table et retour sur la dernière séance) et l'activité brise-glace; (b) la phase d'intégration comprenant les composantes liées au contenu, à l'activité ludique et à la plénière; ainsi que (c) la phase d'intégration incluant une synthèse de la rencontre (tour de table) ainsi qu'un temps alloué pour la rétroaction de la rencontre (cahier de bord et évaluation de la satisfaction). En raison de la vocation première de partage du groupe, cette suite logique n'a pas été appliquée à chacune des rencontres. Le graphique ci-dessous représente la fréquence de réalisation de chacune des phases lors des 9 rencontres du programme. Les rencontres d'introduction et de conclusion n'ont pas été incluses dans la prochaine figure puisqu'elles ne présentent pas la même structure.

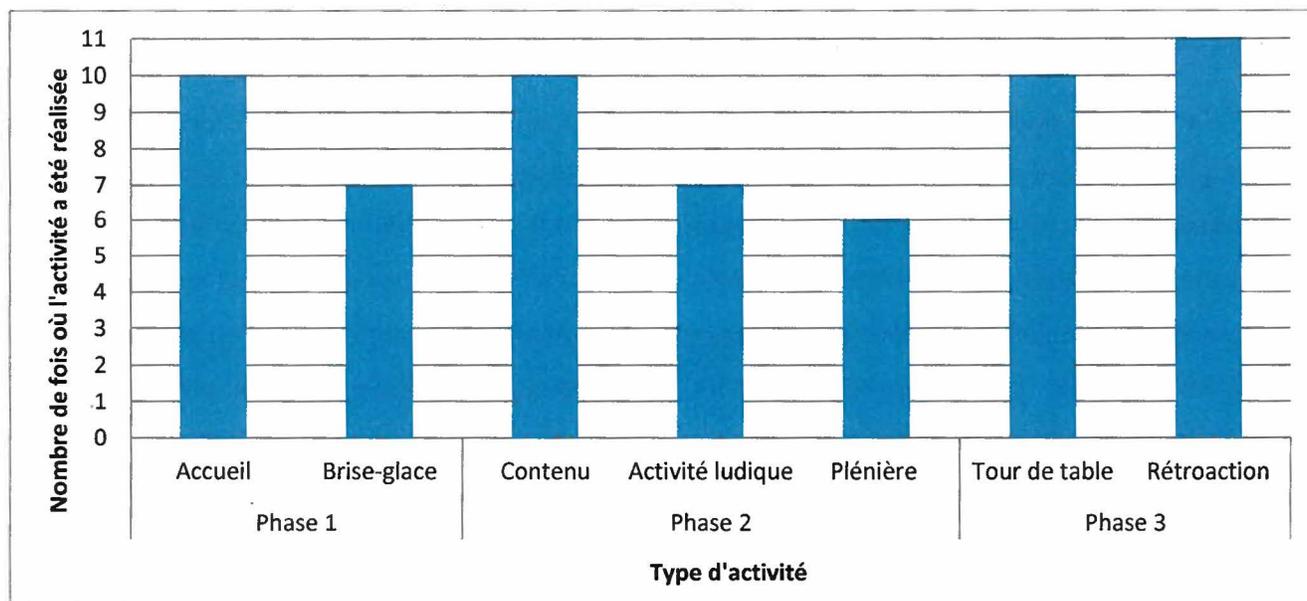


Figure 2 : *Conformité du déroulement des rencontres*

Tel qu'illustré ci-haut, les composantes «brise-glace», «activité ludique» et «plénière» ont été réalisées 64% du temps pour les deux premières et seulement 55% du temps en ce qui concerne la dernière. Ces changements s'expliquent entre autres par le fait que les composantes «accueil» et «contenu» prenaient souvent beaucoup de temps en raison des discussions qu'elles suscitaient chez les

participants. De plus, tel que mentionné précédemment, la faible propension des animatrices à recadrer les propos des participants a également eu un impact sur la réalisation de certaines activités prévues, dont les jeux de rôle (rencontres 2 et 8) et les sketches (rencontres 9 et 10). Il est aussi important de souligner que chaque fois que l'activité ludique a été retranchée de la rencontre, la plénière l'était également, puisque ces deux composantes agissent en complémentarité. En contrepartie, les autres activités (accueil, contenu, tour de table, rétroaction) ont toutes été animées dans au moins 91% des rencontres. De ce fait, ce changement ne devrait pas avoir de répercussions sur l'atteinte des objectifs.

Contexte temporel et conformité. En ce qui concerne la durée totale du programme, celle-ci a été conforme à la planification initiale, c'est-à-dire que l'intervention s'est échelonnée sur une période de 11 semaines, du mois d'octobre au mois de décembre 2014. La plage horaire ainsi que la durée totale ont également été respectées pour chacune des 11 rencontres. Cependant, en raison des adaptations réalisées quant à la structure des rencontres, le temps alloué initialement pour chacune des phases d'intervention n'a pas toujours été respecté. En effet, tel qu'illustré sur le tableau ci-dessous, la durée réelle moyenne correspond rarement à la durée prévue pour chacune des activités. Ce constat est d'autant plus vrai lorsqu'on s'attarde aux durées minimales et maximales. Des écarts considérables sont observés entre ces dernières et la durée préalablement anticipée. Tel que mentionné précédemment, ces écarts reflètent que les discussions se sont quelquefois prolongées, escamotant ainsi le temps, et parfois même la réalisation des autres activités (voir tableau 2).

Tableau 2
Durée moyenne de chacune des activités réalisées

	Type d'activité	Durée prévue (en minute)	Durée réelle (en minute)	Durée minimale (en minute)	Durée max (en minute)
Phase de préparation	Accueil	10	21	3	50
	Activité brise-glace	15	10	5	34
	Temps total	25	31	-	-
Phase de réalisation	Contenu	30	34	18	59
	Activité ludique	20	15	12	41
	Plénière	15	14	3	54
	Temps total	65	63	-	-
Phase d'intégration	Tour de table	15	6	2	13
	Cahier de rétroaction	5	7	2	5
	Temps total	20	13	-	-
Pause		15	17	14	24

Moyens de mise en interaction. La composante des moyens de mise en interaction a également subi quelques modifications au cours de l'implantation du programme. Tout d'abord, en ce qui a trait aux stratégies d'apprentissages, les discussions de groupe lors du contenu et des plénières se sont avérées être l'élément central tel qu'anticipé au départ. Le contenu a aussi été transmis tel que prévu, c'est-à-dire de façon informelle par le biais du savoir expérientiel des participants. À ce titre, l'utilisation psychoéducative a été abondamment utilisée par les animatrices afin d'illustrer le contenu souhaité tout en l'adaptant à la réalité des participants. Par exemple, il arrivait souvent que les animatrices utilisaient l'expérience partagée par un participant (ex. violence vécue) comme élément concret appuyant le contenu véhiculé. En contrepartie, l'utilisation de stratégies concrètes a été réduite, comparativement à ce qui avait été initialement prévu. Ces changements s'expliquent, entre autres, par le retrait de certaines activités de la planification initiale, mais aussi par une réduction de temps alloué aux animatrices en ce qui a trait à la conception des appuis visuels prévus suite aux coupures gouvernementales qui ont affecté le réseau de la santé. Par ailleurs, il est noté que le retrait des activités ludiques des rencontres 8, 9 et 10 a eu un impact considérable sur la compréhension des participants face au contenu véhiculé. En effet, lors de chacune des rencontres subséquentes, plusieurs minutes supplémentaires (entre 10 et 30 minutes) ont dû être consacrées à réexpliquer les notions de la séance précédente. Le même phénomène a été observé en ce qui concerne le retrait des activités brise-glace (rencontres 2, 9 et 10), où le temps alloué à la section «contenu» a presque doublé. Plusieurs appuis visuels tels les affiches, les cartons et les images en lien avec le contenu présenté n'ont pas pu être affichés dans le local du groupe tel que convenu au départ en raison de la réduction du temps alloué aux animatrices pour les concevoir à l'extérieur du temps d'animation en raison de coupures budgétaires. Ces ajustements imposés ont compliqué le travail des animatrices puisque le contenu a été transmis aux participants de façon beaucoup moins concrète que ce qui avait été anticipé au départ. De plus, le retrait des supports visuels aura certainement un impact quant à la capacité d'intégration et de transfert des notions apprises par les participants, puisque ceux-ci n'ont pas eu la chance de se référer au contenu présenté ultérieurement. En contrepartie, les animatrices ont quelque peu pallié ces manques en utilisant davantage le tableau magnétique du local et les techniques d'impact afin d'imager le plus possible le contenu véhiculé et ainsi concrétiser des notions parfois complexes pour des personnes de type opératoire-concret. Elles ont également augmenté la durée des retours sur les notions vues précédemment lors de la phase de préparation afin de clarifier plus avant les notions incomprises par les participants. En ce qui concerne les stratégies de gestion des comportements, les deux animatrices ont été en mesure d'utiliser les techniques d'intervention préconisées avec cette clientèle, soit

l'intervention par signe, la décontamination par l'humour, l'interprétation comme intervention et l'aide opportune. L'humour est l'intervention qui a été la plus appréciée de la part des participants puisqu'elle ne les stigmatisait pas et permettait de détendre l'atmosphère. De plus, à quelques rares occasions, les animatrices ont été dans l'obligation de faire des interventions directes auprès de certains parents en raison de la nature peu appropriée de l'information partagée. Elles ont alors recadré le contenu transmis devant le groupe, mais l'intervention auprès du participant a toujours été réalisée à l'écart afin d'éviter la stigmatisation. En contrepartie, tel que mentionné précédemment, les animatrices ont parfois éprouvé certaines difficultés à recadrer le groupe particulièrement dans les moments où les participants déviaient du thème. Cette difficulté s'explique possiblement par le fait que ces dernières craignaient de freiner les participants dans leur partage d'information et ainsi contrecarrer l'essence même du groupe. Enfin, en ce qui a trait aux stratégies de transfert et de généralisation, l'implantation a respecté l'ensemble des éléments planifiés.

Exposition et qualité de la participation. L'exposition générale des participants du groupe a été évaluée conformément à la planification initiale soit par le biais d'une feuille de présence insérée dans le journal de bord des animatrices. Les résultats de cette évaluation indiquent que tous les participants du groupe ont assisté à au moins 75 % des rencontres, alors que trois d'entre eux ont été présents à chacune d'elles. Globalement, l'exposition moyenne du groupe s'élève à près de 83%. Au niveau de la qualité participation, celle-ci a été évaluée par l'observateur externe à l'aide de grilles d'observation à chaque rencontre (T3 à T13). Le graphique ci-dessous rend compte de cette évaluation.

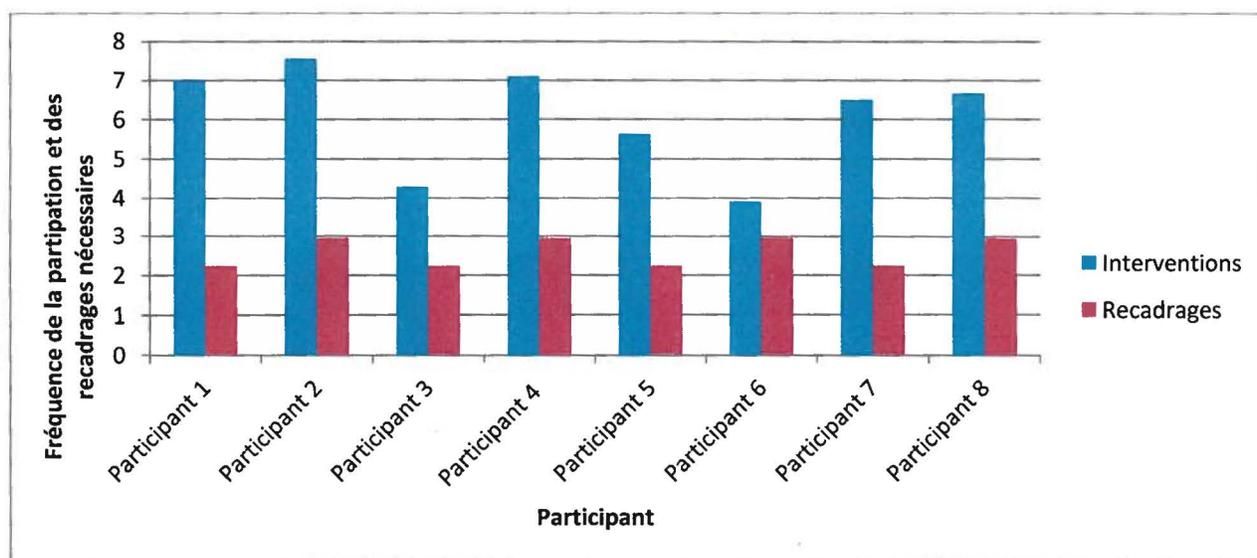


Figure 3 : Fréquence moyenne de prise de parole et du nombre moyen de recadrage pour chacun des participants par rencontre

On constate à la figure 4 qu'il y a un certain écart dans la fréquence de prise de parole selon les participants. En effet, les participants 1, 2, 4, 7 et 8 ont en moyenne émis plus de six commentaires par rencontre, alors que les participants 3 et 6 ont seulement pris la parole en moyenne quatre fois. Inversement, il est possible de constater une faible variabilité en ce qui concerne le nombre moyen de recadrage par rencontre. Les animatrices ont recadré en moyenne 2 à 3 fois chacun des participants lors du programme, et ce, indépendamment de leur fréquence de participation.

Satisfaction. En ce qui concerne la satisfaction générale, celle-ci a été évaluée fidèlement à la planification initiale. Après chacune des rencontres, les participants remplissaient le questionnaire de satisfaction et le remettaient, de manière confidentielle, à l'observateur externe. Celui-ci comptabilisait ensuite les résultats, produisait un score moyen qu'il partageait ensuite avec les animatrices lors des rencontres de supervision suite au groupe. Globalement, les résultats se sont avérés très satisfaisants pour l'ensemble des sphères évaluées, récoltant même des scores quasi parfaits sur les variables évaluant la qualité de l'animation et la relation avec les animateurs (voir figure 4). Bien que ces résultats soient plutôt encourageants, ils n'ont cependant pas permis d'identifier les faiblesses potentielles du programme et de ce fait aucun ajustement n'a pu être réalisé en cours de route, tel qu'anticipé lors de la planification initiale. Puisque l'ensemble des scores est plutôt élevé, un certain bémol doit être considéré en ce qui a trait à la fiabilité de la mesure. Ces scores pourraient être le reflet d'une certaine désirabilité sociale des participants à l'égard des animatrices.

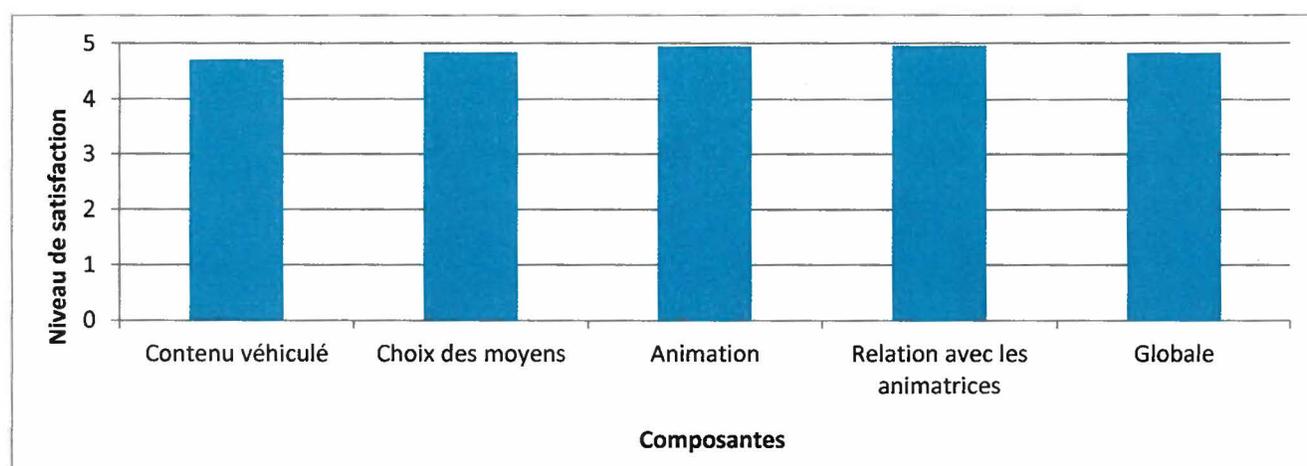


Figure 4 : Évaluation du niveau moyen de satisfaction du groupe durant le programme, où 0= très insatisfaisant et 5= très satisfaisant

Débordements. Les parents participant à ce programme d'intervention recevaient d'autres services simultanément. En effet, les familles desservies par le programme *Je tisse des liens gagnants*, bénéficient toujours d'un suivi psychosocial d'une des deux institutions qui chapeautent le programme.

Trois participants seulement bénéficiaient des services de la protection de la jeunesse, les autres obtenaient plutôt de l'aide du CLSC. En outre, plusieurs participants recevaient également, tant à titre personnel que familial, des services offerts par : les centres de réadaptation (physique, ergothérapie, dépendances) ou les organismes communautaires (ex. Résidence-Elle pour femmes violentées) ainsi que des traitements pharmacologiques en lien avec des problématiques de santé mentale. La proportion des services reçus est détaillée plus amplement à la figure 5. Du fait, l'intervention de groupe proposée n'était jamais la seule intervention reçue par les participants de ce programme. Par contre, il s'agissait de la seule intervention dédiée à la réflexion et au travail sur l'exercice du rôle parental.

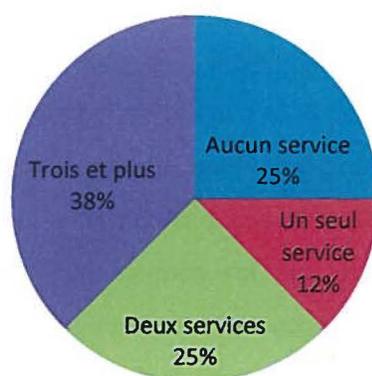


Figure 5 : Proportion de participants recevant un, deux ou trois services adaptés et plus outre celui desservi par le programme évalué

3.2 Résumé et implications eu l'égard à l'évaluation des effets.

En somme, l'intervention de groupe proposée a été implantée de manière sensiblement conforme à ce qui avait été planifié initialement. Les participants retenus affichaient tous un profil similaire à ce qui était attendu tant en ce qui a trait aux critères du programme qu'aux caractéristiques associées à la clientèle évoluant en contexte de négligence chronique. En ce sens, bien que l'échantillonnage soit restreint (huit participants seulement), celui-ci présente les caractéristiques de la clientèle visée par l'intervention. Le taux de rétention des participants est de 100%, c'est-à-dire que des huit participants sélectionnés au départ, tous ont complété le programme en plus d'assister à la grande majorité des rencontres. De plus, la majorité d'entre eux ont également reçu d'autres types de services parallèlement à l'intervention de groupe. Au niveau des ajouts importants ayant eu un impact sur le déroulement du groupe, le fait que les animatrices aient pu bénéficier de supervisions additionnelles leur a permis de bonifier leur planification hebdomadaire des rencontres en plus de pouvoir réfléchir

sur le contenu des rencontres ainsi que les processus transférentiels vécus durant celles-ci. La pertinence des réflexions soulevées lors de ces rencontres a permis aux animatrices de faire preuve de constance dans l'application de leurs schèmes de la considération et de l'empathie améliorant ainsi la qualité de l'animation.

Un des éléments qui pourrait avoir des répercussions sur les résultats éventuels est sans contredit les changements majeurs qui ont été effectués au niveau du contenu du programme. Les objectifs du programme ont été déterminés en fonction des thèmes abordés. En ce sens, le fait de n'avoir pu compléter l'ensemble des sujets prévus fait en sorte que les participants pourraient ne pas avoir acquis l'ensemble des connaissances prévues, ce qui aura possiblement des impacts sur l'atteinte des objectifs ciblés en lien avec les thèmes retranchés. Par contre, un effort considérable a été réalisé afin d'intégrer les notions de ces thèmes à des activités ultérieures dans le but d'optimiser les apprentissages initialement pressentis par le programme. Ensuite, l'absence occasionnelle de recadrage de la part des animatrices en ce qui a trait à la durée de certains commentaires, mais aussi face à la dispersion des discussions a fait en sorte que les composantes «activités» et «plénière» ont été escamotées dans certaines rencontres. Encore une fois, cela pourrait être un enjeu dans l'atteinte des objectifs d'intervention puisque ces composantes avaient été intégrées au programme dans le but de rendre concrètes certaines notions parfois complexes à assimiler. En ce sens, une variabilité pourrait être observée au niveau des résultats obtenus en fonction des capacités cognitives et intellectuelles de chacun des membres du groupe. Aussi, les débordements recensés chez plusieurs participants pourraient également venir influencer les résultats obtenus ainsi que leur interprétation, dans la mesure où il ne sera pas possible d'isoler l'effet spécifique de l'intervention du groupe des autres services reçus simultanément. Enfin, l'ajout des périodes de supervision aux animatrices leur ont permis d'être plus conscientes des enjeux relationnels et transférentiels dans un groupe dont l'essence première est le partage et donc d'adapter davantage leur façon d'intervenir et le langage utilisé. Quoique subtiles, ces modifications pourraient avoir des impacts positifs sur les résultats. L'ensemble de ces implications sera analysé avec davantage de profondeur dans la prochaine section abordant l'évaluation des effets de l'intervention.

3.3 Évaluation des effets

La présente section de ce travail vise à mettre en lumière les données recueillies auprès de l'ensemble des participants en prétest/post-test dans le but d'évaluer l'efficacité de l'intervention de groupe du programme *Je tisse des liens gagnants*. Dans un premier temps, les résultats obtenus pour chacun des objectifs proximaux seront présentés, c'est-à-dire ceux mesurant le sentiment de

compétence parentale, le stress ainsi que les habiletés de communication. Dans un deuxième temps, les données de nature comportementale seront présentées pour ce qui concerne les habiletés de communication des participants dans le groupe. Pour terminer, les impacts plus distaux du programme seront présentés en ce qui a trait à la disponibilité psychologique des parents (objectif intermédiaire) ainsi que le fonctionnement familial (effet collatéral). Les résultats de cette évaluation seront représentés visuellement à l'aide de tableaux et de graphiques démontrant l'évolution des huit participants du groupe.

Devis et protocole de passation. L'évaluation des effets a bien été réalisée à l'aide d'un devis de groupe quasi-expérimental à série temporelle. En l'absence d'un groupe témoin, les participants sont donc comparés à eux-mêmes afin de rendre compte de leur évolution suite à l'application de l'intervention. Des mesures répétées ont été effectuées à deux reprises tant en pré (T1 et T2) qu'en post intervention (T14 et 15). Le délai entre chaque prise de mesure est conforme à la planification initiale, c'est-à-dire un délai de deux semaines en pré et une pause d'un mois entre les deux prises de mesure en post. Les moyennes obtenues entre les deux temps de passation tant avant qu'après l'intervention se sont révélées équivalentes ce qui réduit sensiblement l'impact de certaines sources d'invalidité externe souvent associées à ce type de protocole. Cependant, ce devis ne contrôle pas toutes les sources d'invalidité interne et externe. Par conséquent, les résultats obtenus en lien avec l'atteinte des objectifs feront l'objet d'une analyse quelque peu nuancée.

Les sources d'évaluation utilisées tout au long de ce processus concordent avec la planification initiale, c'est-à-dire qu'elles sont majoritairement auto-révélées. Tout d'abord, chaque objectif (proximal, intermédiaire ou effet collatéral) a été évalué à deux reprises en pré et en post intervention à l'aide d'un questionnaire standardisé (T1 et T2, T14 et T15) dont les qualités psychométriques sont suffisantes. Afin d'alléger la prise de mesure et d'éviter le biais lié à la répétition de la mesure, deux versions du même questionnaire ont été utilisées. Ensuite, afin d'évaluer les objectifs spécifiques, un questionnaire de connaissances maison a été dûment rempli par les parents une fois en prétest et l'autre fois en post-test (T1 et T14) conformément à la méthodologie initiale. Enfin, une grille d'observation comportementale a été utilisée pour mesurer les habiletés de communication des parents en contexte de groupe à trois reprises soit une fois lors de la première rencontre (T3) et deux autres fois lors des séances abordant ce sujet (T12 et T13). Initialement, il avait été prévu de mesurer cette variable qu'à deux reprises (T12 et T13). Cependant, il s'avérait plus pertinent d'évaluer cette notion au tout début afin de pouvoir illustrer une certaine progression de la part des participants entre le début et la fin de l'intervention. En outre, précisons aussi que la mesure comportementale prévue pour l'objectif du

stress parental n'a malheureusement pas pu être effectuée faute de ressources humaines suffisantes pour remplir les nombreuses grilles d'observation. Coter l'ensemble de ces éléments se serait avéré volumineux pour une seule personne, compte tenu que l'observateur devait simultanément observer les éléments de la mise en œuvre. De plus, comme les rencontres abordant les thèmes des émotions et des pensées anxigènes ont été retranchées du programme (voir section sur la mise en œuvre), la cotation de ces comportements n'étaient alors plus valide. Pour ces raisons, la mesure comportementale de la variable du stress parental a été retirée de l'évaluation des effets.

Objectif proximaux. *Le parent se sentira plus compétent.* L'intervention proposée avait comme premier objectif général d'augmenter le sentiment de compétence parentale en aidant le participant à identifier les rôles parentaux qu'il maîtrise relativement bien au quotidien de ceux qui nécessitent certains ajustements. Lors de la planification initiale, il avait été prévu d'utiliser deux tests standardisés pour évaluer cet objectif. Cependant, suite à une réévaluation des questions de l'un de ces tests, il a été convenu que la mesure du fonctionnement familial agissait plus à titre d'effet collatéral plutôt que de soutien au sentiment de compétence parentale. En ce sens, le questionnaire *Faces IV* n'a pas été utilisé pour l'évaluation de cet objectif, mais il sera utilisé pour évaluer l'effet collatéral de l'intervention sur le fonctionnement familial. Le construit du sentiment de compétence parentale a donc été évalué en prétest/post-test à l'aide du *Questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale* (QAECEP) ainsi qu'à l'aide d'un questionnaire maison basé sur la trousse *Moi en tant que parent*. Tout d'abord, le QAECEP mesure diverses échelles en plus de fournir un score total du sentiment de compétence parentale. À cette échelle, un score entre 48 et 64 équivaut à un sentiment moyen de compétence parentale. Ensuite, la trousse *Moi en tant que parent* regroupe une série d'images sur les tâches parentales qu'un parent doit exercer auprès de son enfant en fonction de l'âge de ce dernier. Cette trousse a été utilisée afin de répondre aux objectifs spécifiques suivants: à l'aide des images, le parent sera en mesure d'identifier 4 rôles qu'il accomplit auprès de son enfant et 3 rôles qui sont difficiles à exécuter. L'ensemble des résultats obtenus à ces deux questionnaires est présenté dans le tableau qui suit. Il est important d'indiquer que le premier objectif spécifique (le parent nommera deux forces et difficultés personnelles) n'a pas fait l'objet d'une évaluation post-test puisque les parents maîtrisaient déjà cet objectif avant même le début de l'intervention. Ce possible effet plafond pourrait s'expliquer par le fait que les participants du groupe bénéficiaient de plusieurs services externes et qu'ils semblaient présenter déjà une bonne connaissance de soi en début d'intervention.

Tableau 3
Évaluation du sentiment de compétence parentale avant et après l'intervention (N=8)

	Prétest		Post-test		Test de Wilcoxon		d de Cohen
	M	É.-t.	M	É.-t.	Z	p	
QAECEP							
Habilité – connaissances	32,63	7,03	38,39	5,42	-2,24	0,025	0,92
Valeur – aisance	40,5	5,33	46,75	2,60	-2,03	0,042	1,49
Auto-appréciation globale	73,13	11,94	85,14	6,40	-2,24	0,025	1,25
Sentiment d'efficacité	29,38	6,60	33,09	5,69	-2,04	0,042	0,6
Sentiment de satisfaction	38,50	5,66	50,81	3,16	-2,52	0,012	2,69
Sentiment de compétence parentale	67,88	11,61	83,91	7,47	-2,38	0,017	1,64
Questionnaire maison							
Compétences parentales acquises (%)	43,63	29,94	66,00	19,09	-1,69	0,09	0,77
Compétences parentales à développer (%)	56,38	29,94	34,00	19,09	-1,69	0,09	-0,89

Le Tableau 1 relate les résultats moyens du groupe d'intervention en prétest et en post-test. Dans un premier temps, les résultats obtenus au QAECEP démontrent une augmentation significative des résultats des participants en ce qui a trait à l'ensemble des dimensions évaluées. De plus, les échelles directement en lien avec le sentiment de compétence parentale dénotent de belles augmentations, particulièrement en ce qui a trait au sentiment de satisfaction qui est passé de moyen (en pré) à très élevé (en post). La force de l'effet observé est sans équivoque avec un d de Cohen de plus de 2,6. Une inférence similaire peut être invoquée en ce qui concerne le sentiment de compétence parentale. Avec un d de Cohen de 1,64, l'augmentation observée dans les résultats des participants au post-test comparativement au prétest n'est pas seulement significative; son effet est également considérable. Au départ, le sentiment de compétence parentale des parents se situait dans la moyenne, alors qu'à la fin, il atteint un sommet, c'est-à-dire qu'il est caractérisé d'un sentiment «très élevé». À la lumière de ces données, il est donc possible d'indiquer que cet objectif du groupe semble avoir été atteint. Dans un deuxième temps, les résultats obtenus au questionnaire maison indiquent une augmentation marginalement significative de plus de 20%. Les résultats sont orientés dans la direction souhaitée, c'est-à-dire qu'à la complétion du programme, les participants considèrent avoir acquis plus de

compétences parentales qu'à son commencement et ils identifient moins de compétences à développer. De plus, les pourcentages indiquent qu'au terme de l'intervention, les parents identifiaient en moyenne 8 compétences acquises et 4 compétences à développer. Cependant, en raison des écarts-types plutôt élevés, une certaine variance dans les résultats doit être considérée. L'effet observé pour ces deux variables est plutôt fort oscillant autour de 0,8 permettant ainsi de conclure que les objectifs spécifiques sont également atteints.

Le parent gèrera mieux son stress. Le deuxième objectif proximal visait à ce que les participants du programme arrivent à mieux gérer leur stress. Plus spécifiquement, cet objectif visait à ce que les parents soient en mesure de reconnaître leurs signaux de stress et leurs inquiétudes (objectifs spécifiques 1 et 2), identifient les pensées et émotions anxigènes associées à un événement (objectif spécifique 3 ainsi que de nommer au moins une stratégie adéquate de gestion de stress (objectif spécifique 4). L'ensemble de ces construits ont été évalués à l'aide de deux questionnaires remplis par les participants en prétest/postest : l'*Indice de stress parental* (ISP) version courte ainsi qu'un questionnaire maison de connaissances sur le stress. Tout d'abord, l'ISP est un questionnaire standardisé évaluant plusieurs dimensions du stress. Les échelles retenues pour cette évaluation sont celles de la version courte où le seuil clinique du stress se situe à 91. Un score au-delà de ce nombre indique donc un stress cliniquement significatif. De plus, une échelle supplémentaire a été ajoutée qui ne figure pas dans la planification initiale : les difficultés chez l'enfant. Il apparaissait important de faire cet ajout puisque, dans la littérature scientifique, les caractéristiques de l'enfant modèrent la relation existant entre le dysfonctionnement familial et la disponibilité psychologique du parent. Ensuite, en ce qui a trait au questionnaire maison, celui-ci évaluait davantage les éléments associés aux objectifs spécifiques préalablement mentionnés. Le prochain tableau fait état des résultats obtenus par le groupe pour l'ensemble de ces mesures.

Tableau 4

Évaluation du stress parental chez les participants avant et après l'intervention (N=8)

	Prétest		Post-test		Test de Wilcoxon		d de Cohen (si applicable)
	M	É.-t.	M	É.-t.	Z	p	
Indice de stress parental							
Détresse parentale	35,00	6,76	30,63	6,16	-1,47	0,141	-
Interactions dysfonctionnelles	34,13	10,12	27,00	10,53	-1,33	0,182	-
Difficultés chez l'enfant	45,50	3,89	33,75	3,69	-2,52	0,012	-3,10

Stress global	114,63	15,02	91,38	13,70	-2,52	0,012	-1,62
Questionnaire maison							
Nb de signaux de stress identifiés	2,88	1,55	4,13	1,73	-2,23	0,03	0,76
Nb d'inquiétudes identifiées	0,88	0,99	0,38	0,52	-1,63	0,10	-0,63
Nb de stratégies de gestion de stress utilisées	1,75	0,71	3,5	1,51	-2,40	0,02	1,83

Le Tableau 2 illustre que l'ensemble des résultats obtenus va dans la direction souhaitée, c'est-à-dire que les scores de stress diminuent entre la prise de mesure en prétest et celle en post-test. Dans un premier temps, les résultats des participants à l'ISP dénotent deux échelles dont les résultats s'avèrent significatifs ($p < 0,05$) soit celles évaluant les difficultés chez l'enfant et le stress global. D'ailleurs pour ces deux échelles, la force de l'effet est grande, particulièrement en ce qui concerne les difficultés chez l'enfant ($d = -3,10$). Par contre, aucun effet significatif n'est observé quant aux deux dimensions visées davantage par l'intervention. Les écarts-types associés sont très élevés dénotant ainsi une grande variance dans les résultats obtenus entre les participants. Globalement cependant, le niveau de stress parental a diminué considérablement. Préalablement à l'intervention, le groupe se situait dans la zone clinique, c'est-à-dire au-dessus du seuil clinique. Le niveau de stress parental était donc assez élevé ce qui pouvait avoir un certain impact sur leur fonctionnement global. À la fin cependant, l'ensemble des participants chevauche la limite du seuil clinique. De ce fait, l'objectif de réduire le stress est atteint. Dans un deuxième temps, les variables associées au questionnaire maison démontrent également des résultats significatifs. Ceux-ci indiquent qu'à la complétion du programme, les participants étaient en mesure de reconnaître environ deux fois plus de signaux de stress, avaient moins d'inquiétudes en lien avec l'exercice de leur rôle parental (de 0,88 à 0,38) et connaissaient deux fois plus de stratégies pour réduire leur stress. Pour terminer, les effets associés à ses résultats prometteurs sont moyennement élevés, on peut donc conclure à une atteinte de l'objectif : les parents, à la fin de l'intervention, gèrent mieux leur stress.

Le parent développera de meilleures habiletés de communication. Afin de mesurer l'atteinte de cet objectif, deux sources d'évaluation ont été utilisées. Tout d'abord, la mesure auto-révélee a été réalisée à l'aide du questionnaire standardisé *FACES IV*. De ce test, seulement l'échelle de la communication familiale a été retenue. Pour cette échelle, une communication dite moyenne équivaut à un score de 35. Tout score supérieur à 35 indique que les membres de la famille considèrent leurs méthodes de communication comme étant saines et positives. À l'inverse, un score inférieur à 35

indique plutôt que la famille identifie plusieurs mécontentements quant aux stratégies de communication utilisées et que la qualité des échanges intrafamiliaux est faible, voire même piètre. Le tableau et la figure ci-dessous représentent l'évolution de la perception des participants du groupe face à leur communication familiale.

Tableau 5

Évaluation de la perception moyenne des participants face à leur communication familiale avant et après l'intervention (N=8)

	Prétest		Post-test		Test de Wilcoxon		d de Cohen (si applicable)
	M	É.-t.	M	É.-t.	Z	p	
Communication familiale	12,00	3,82	48,88	20,05	-2,52	0,012	2,56

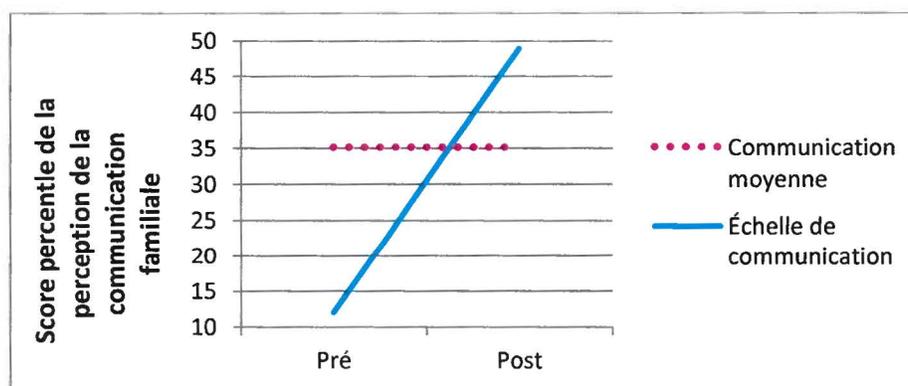


Figure 6. Évolution de la perception moyenne des participants de leur communication familiale en fonction du temps

Les deux figures ci-haut illustrent bien la nette amélioration chez les participants de leur perception face à leur communication familiale. En effet, les résultats significatifs indiquent que la perception moyenne des participants en prétest se situait dans la zone déficiente. Le faible score percentile de 12 est très près du score minimal; les parents considéraient donc que les méthodes de communication de leur famille décelaient plusieurs lacunes importantes. Or, à la fin du programme, l'opinion moyenne était plutôt axée sur une communication saine et positive entre les membres de leur famille. De plus, l'effet lié à ce résultat est également très fort, consolidant que davantage l'augmentation observée. Cependant, il est important de nuancer cette dernière, puisqu'en post-test, on remarque une grande variance dans les résultats obtenus, certains participants obtiennent donc toujours

des scores sous la moyenne clinique. Ensuite, la mesure comportementale a été réalisée à l'aide de grilles d'observation remplies par l'observateur externe. Celui-ci notait le nombre de fois où les participants utilisaient une habileté de communication adéquate. Les stratégies ont été sélectionnées en fonction des objectifs spécifiques soit : s'exprimer au je, écouter les autres et respecter le tour de parole de chacun. La figure 3 fait état du pourcentage moyen de la mise en application de chacune de ces habiletés au T3, T12 et T13.

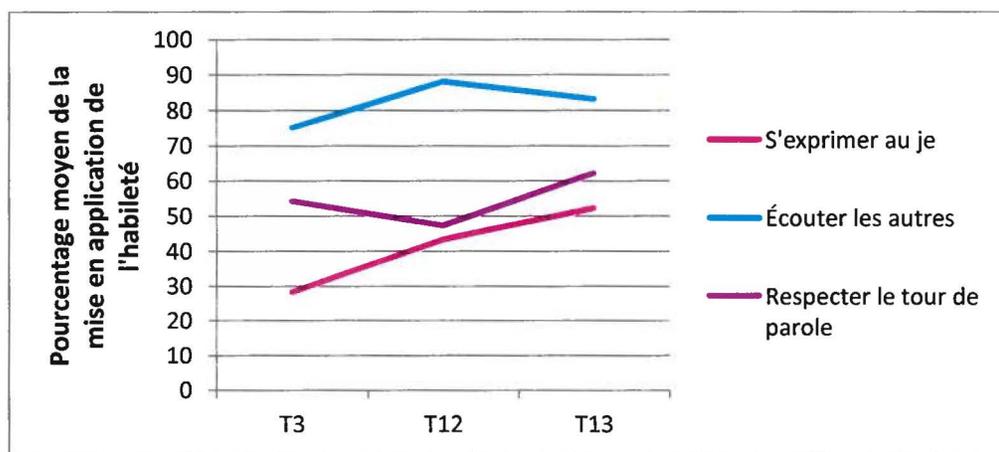


Figure 7. Évaluation des habiletés de communication en groupe en fonction du temps

À la lumière de cette représentation graphique, il semble que l'habileté «s'exprimer au je» soit celle qui a subi l'amélioration la plus nette. Au départ, les participants s'expriment que très rarement en je (28%), alors qu'à la complétion de l'intervention, ils le font plus de la moitié du temps. L'objectif spécifique 1 a donc été atteint puisque le seuil demandé était de 50 %. En ce qui concerne les deux autres habiletés, celles-ci semblent fluctuer davantage. Aucune courbe constante n'est observée, malgré que l'écoute soit une habileté qui semble davantage maîtrisée par les participants que le respect du tour de parole de chacun. Pour ce qui est des objectifs spécifiques 2 et 3, l'objectif est partiellement atteint puisqu'une légère augmentation est observée dans les deux cas, quoique les scores finaux soient plutôt faibles comparativement à ce qui était attendu. Enfin, il semble que les participants aient une bien meilleure perception de leurs méthodes de communication familiale à la fin du programme. De plus, chacune des habiletés de communication ciblée dans le groupe s'est améliorée au fil de l'intervention. En ce sens, l'objectif général d'améliorer les habiletés de communication des participants est atteint.

Impacts du programme. Augmenter la disponibilité psychologique des parents. Cet objectif intermédiaire avait préalablement été ciblé en raison de sa suite logique à l'atteinte des objectifs proximaux de l'intervention. En effet, selon les écrits scientifiques, le fait de travailler des éléments

dysfonctionnels liés au fonctionnement familial devrait avoir un impact sur l'attitude du parent envers son enfant, le rendant ainsi plus disponible à répondre adéquatement à ses besoins (voir la chaîne développementale à l'annexe I). Ce concept a donc été évalué par le biais des attitudes parentales avec le test standardisé *L'évaluation des attitudes parentales* rempli par les participants en prétest/posttest. À ce test, plus les résultats se rapprochent de 5, plus les attitudes du parent envers l'enfant sont positives. Les résultats de ce test sont présentés dans le Tableau 4 ci-dessous. Tel qu'illustré dans ce tableau, le résultat à l'objectif intermédiaire de l'intervention est non significatif. Les moyennes ainsi que les écarts-types en prétest et en post-test sont très similaires indiquant qu'aucun changement n'a été observé quant à cet indicateur, puisque les participants obtenaient un score élevé à ce questionnaire dès le départ. En effet, un score moyen de 4 équivaut à des attitudes relationnelles positives fréquentes envers l'enfant. À la lumière de ces résultats, on ne peut conclure que l'intervention a eu un effet bénéfique sur la disponibilité psychologique parentale.

Améliorer le fonctionnement familial global. Cet objectif collatéral a été évalué à l'aide du *FACES IV*, un instrument de mesure standardisé mesurant les multiples dimensions du fonctionnement familial. Le tableau 4 ci-haut présente les résultats obtenus par les parents à leur complétion dudit questionnaire tant en prétest qu'en post-test. Des résultats sont observés pour les dimensions de l'adaptabilité, du désengagement et de la rigidité en lien avec fonctionnement familial. À la complétion du programme, les parents sentent donc qu'ils sont plus en mesure de s'adapter à leur contexte de vie familiale et se définissent comme étant moins désengagés, mais plus rigides. Au premier regard, les résultats des participants à l'échelle de la rigidité ne vont pas dans la direction souhaitée telle qu'indiquée par le questionnaire. Par contre, en raison des caractéristiques particulières des sujets dont notamment leur structure familiale dysfonctionnelle, les résultats observés s'avèrent pertinents et positifs puisqu'ils indiquent que les parents se sentent plus confortables dans l'établissement de leur rôle d'autorité (mise en place de règles, de limites claires, etc.) suite à l'intervention. Les d de Cohen associés à ces dimensions sont également suffisamment forts renforçant l'effet des résultats observés. En ce sens, il est possible de conclure en disant que l'intervention de groupe a eu un certain impact sur le fonctionnement familial.

Tableau 6
Évaluation des impacts collatéraux de l'intervention (N=8)

	Prétest		Post-test		Test de Wilcoxon		d de Cohen (si applicable)
	M	É.-t.	M	É.-t.	Z	p	
Attitudes parentales							
Attitudes générales	4,16	0,37	4,15	0,29	-0,35	0,726	-
Fonctionnement familial							
Cohésion	45,25	24,81	47,25	22,98	-0,21	0,833	-
Adaptabilité	37,63	18,59	54,88	13,29	-2,10	0,036	1,07
Désengagement	56,00	17,75	36,88	12,06	-1,61	0,107	-1,26
Enchevêtrement	44,75	15,40	34,25	5,95	-1,44	0,150	-
Rigidité	29,38	12,96	54,63	13,16	-2,52	0,012	1,93
Chaos	39,88	12,46	32,00	9,84	-1,26	0,208	-

3.4 Discussion

Les effets de l'intervention de groupe du programme *Je tisse des liens gagnants* semblent dans l'ensemble plutôt prometteurs. Dans la prochaine section, l'efficacité réelle de l'intervention sera discutée pour l'ensemble des objectifs présentés ci-haut. Quelques composantes de l'intervention ainsi que ses limites seront relevées afin d'expliquer les résultats obtenus. Par la suite, des liens entre la théorie et l'atteinte des objectifs seront soulevés. Enfin, les avantages et les limites de l'intervention seront présentés et des pistes futures seront évoquées dans le but d'améliorer et de développer davantage ce programme d'intervention.

En ce qui a trait au premier objectif proximal, soit celui d'augmenter le sentiment de compétence parentale, il est possible de conclure à l'atteinte complète de cet objectif. En effet, pour chacune des dimensions évaluées, des augmentations notoires ont été observées, secondées par des tailles d'effet assez fortes. Ces résultats plus que satisfaisants pourraient s'expliquer entre autres, par les moyens de mise en relation utilisés. Tout d'abord, la vocation dite de partage du groupe place le parent au centre de l'intervention et considère donc son vécu expérientiel comme la source principale de contenu. Cette façon d'intervenir redonne au participant un certain pouvoir d'agir. De ce fait, comme le contenu principal gravite autour de la relation parent-enfant, cela a peut-être permis aux

parents de réaliser qu'ils étaient effectivement en mesure de modifier leur façon d'intervenir auprès de leur enfant. De plus, les nombreux renforcements positifs utilisés à chaque rencontre ont aussi permis de recentrer le parent sur ses forces. Dans le même ordre d'idées, le cahier de rétroaction a permis aux animatrices de transmettre les bons coups du participant lors de la rencontre et s'est avéré, du même coup, un autre moyen fort intéressant pour renforcer le sentiment de compétence du parent.

Ensuite, pour l'objectif général sur la gestion de stress, il est également possible de conclure à l'atteinte de l'objectif dans son ensemble. En effet, au terme de l'intervention, les parents identifiaient davantage leurs signaux personnels de stress ainsi que des stratégies de gestion plus adéquates tout en ayant réduit leur niveau global de stress à une zone quasi normative. L'atteinte de cet objectif pourrait s'expliquer par le fait que les parents avaient l'impression que le groupe leur permettait de nommer leurs inquiétudes sans avoir peur d'être jugés ou condamnés. Les attitudes de considération et d'empathie démontrées par les animatrices tout au long du programme pourraient avoir renforcé ce sentiment en plus de créer un climat de confiance entre chacun des membres, réduisant ainsi l'impact possible du stress des participants face à leur participation et leur intégration à un groupe. Ces hypothèses sont d'autant plus soutenues par les résultats de satisfaction manifeste démontrés lors de l'évaluation de la mise en œuvre. De plus, l'augmentation significative des connaissances des parents en lien avec les stratégies de gestion de stress à la complétion du programme vient appuyer le fait que malgré que le contenu du groupe soit transmis de manière informelle, les participants arrivent tout de même à se l'approprier. En contrepartie, il est important de soulever que les résultats à deux dimensions du stress parental se sont avérés non significatifs, de même que ceux liés à l'identification d'inquiétudes. Cela pourrait sans doute s'expliquer par le fait que le contenu initialement prévu pour cet objectif s'échelonnait sur quatre rencontres, alors que deux séances seulement ont finalement été réalisées. La modification de la structure du programme pourrait donc constituer une explication plausible de cette absence d'effet significatif.

En ce qui concerne le troisième et dernier objectif proximal sur le développement d'habiletés de communication, il est également possible de conclure à une atteinte partielle. Au point de vue de la perception des participants face à la communication intrafamiliale, les résultats sont hautement significatifs et la taille d'effet est considérable également. Encore une fois, l'intervention de type partage semble avoir procuré un bassin intéressant de modelage pour les participants en ce qui a trait à la définition de ce qu'est une communication saine et positive. D'ailleurs, le code et les procédures du groupe étaient clairs en ce qui a trait au respect de soi, des autres et du matériel. En ce sens, aucun échange irrespectueux et/ou colérique n'était accepté et des stratégies alternatives étaient fournies aux

participants. Les résultats laissent donc sous-entendre que ces stratégies pourraient avoir été réutilisées dans le milieu de vie ce qui aurait ainsi amélioré les méthodes de communication intrafamiliale. Cependant, au niveau de l'acquisition des habiletés de communication en contexte de groupe, il s'avère que les participants n'ont pas progressé autant qu'escompté. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les animatrices, durant le groupe, ont trop souvent hésité à recadrer les participants dans leurs commentaires. Elles craignaient d'aller à l'encontre de la vocation de partage du groupe et ainsi perdre de vue le contenu expérientiel possiblement transmis à travers ces commentaires. Ces derniers se sont donc prolongés et plusieurs personnes ont alors cessé d'être à l'écoute et/ou s'interposaient dans la discussion. En ce sens, il aurait été d'autant plus pertinent de recadrer les participants afin de permettre d'identifier leurs stratégies sociales inadéquates et de proposer une stratégie adéquate alternative. Le recadrage aurait alors permis de mettre en application l'apprentissage des habiletés visées par l'objectif.

Enfin, en ce qui concerne les impacts collatéraux du programme, ceux-ci n'ont été que très partiellement atteints. Dans un premier temps, au niveau de l'objectif intermédiaire, soit celui d'augmenter la disponibilité psychologique du parent par le biais d'un changement sur ses attitudes, n'a point été atteint en raison de résultats élevés dès le départ et de l'absence de variation de ceux-ci suite à l'intervention. Ces résultats pourraient s'expliquer, entre autres, par la nature des questions du test standardisé qui était en majorité formulée de manière négative (ex. *mon enfant me tape sur les nerfs*). Cette formulation a possiblement amené le participant à répondre de façon calculée, c'est-à-dire que les réponses fournies n'étaient pas nécessairement un reflet de leur réalité, mais plutôt un reflet d'une certaine désirabilité sociale. De plus, le résultat non significatif à cette composante est plus ou moins surprenant compte-tenu que l'atteinte de l'objectif était à moyen terme et que l'évaluation post-intervention, pour sa part, a été réalisée dans un court délai suite à la complétion du groupe (moins d'un mois). En ce sens, il pourrait être intéressant, dans le futur, de prévoir une relance quelques mois plus tard afin de valider l'atteinte de l'objectif. Pour terminer, en ce qui concerne l'effet collatéral de l'intervention sur le fonctionnement familial, les résultats sont plutôt mitigés. En effet, les échelles d'adaptabilité, de désengagement et de rigidité, présentent toutes des résultats significatifs. Ceux-ci pourraient s'expliquer par le fait qu'ils coïncident avec les thèmes abordés au travers des rencontres de groupe. En ce sens, les parents ont donc largement réfléchi sur leur façon d'intervenir auprès de leur enfant (encadrement), de même que sur la relation qu'ils entretiennent avec ces derniers (rôles parentaux, impact du stress sur la relation). Il est donc possible de conclure que les réflexions apportées dans le groupe sur ces thèmes ont fait cheminer le parent quant à ces dimensions bien précises. En contrepartie, la structure du programme actuelle ne permettait pas de travailler les autres échelles du

fonctionnement familial. Pour ce faire, il aurait été souhaitable de pouvoir travailler directement la relation parent-enfant en dyade. Des changements de nature comportementale plutôt que cognitive pourraient permettre aux parents d'obtenir des résultats significatifs à l'ensemble des échelles du *FACES IV*.

Globalement, force est de constater que les objectifs proximaux du programme d'intervention ont tous été atteints de manière convaincante. D'ailleurs ces résultats surprenants pourraient s'expliquer par le haut taux de présence et de participation de l'ensemble des participants au programme d'intervention. En effet, l'ensemble des participants ont complété le programme et peu d'absences ont été comptabilisées. L'ensemble du groupe a donc été exposé à une grande partie du contenu transmis. Bien évidemment cette forte exposition permet donc d'assimiler davantage les notions apprises tout en favorisant un meilleur climat de groupe. Ensuite, la relation de confiance établie entre les participants et les animatrices est primordiale en regard à l'efficacité d'une intervention comme celle le groupe de partage. En effet, dans la littérature scientifique, il y est démontré que le type d'approche utilisée a peu d'impact sur un processus de changement comparativement aux attitudes relationnelles utilisées par l'aidant pour construire une alliance thérapeutique significative (Drouin, Lecomte & Guillon, 2004). Or, la création de ce lien est favorisée dans un groupe de partage puisque la position des animatrices à l'égard des participants est égalitaire. De plus, le savoir expérientiel est abondamment utilisé, renforçant ainsi la perception que le parent se situe au centre de l'intervention et qu'il détient le pouvoir d'agir sur ses difficultés. Enfin, les attitudes relationnelles des animatrices (considération, empathie, disponibilité) envers les participants ont également eu un impact sur la création du lien de confiance. Si un parent se sent plus confiant, il aura tendance à se mettre en action et ainsi travailler davantage les notions véhiculées tant dans le groupe que dans son milieu familial. De plus, en étant plus confiant, le parent vit davantage de succès, acquiert un certain sentiment de compétence, échange davantage avec le groupe et donc, diminue son stress global. De là, l'atteinte observée au niveau des objectifs proximaux.

L'évaluation réalisée comporte néanmoins des limites, c'est pourquoi il est nécessaire de faire preuve de prudence dans la généralisation des conclusions. En premier lieu, le devis quasi-expérimental à série temporelle utilisé ne comporte pas de groupe de comparaison. De ce fait, ce protocole contrôle peu les sources externes ce qui ne permet pas d'isoler l'effet spécifique de l'intervention. En deuxième lieu, le faible échantillon peut donner des pistes de réflexion sur l'efficacité du programme, mais ne permet en aucun cas de généraliser les conclusions à l'ensemble de la population. En troisième lieu, les sources d'évaluation utilisées présentent également des limites puisqu'elles sont majoritairement auto-

révélées. Cette façon de recueillir des données comporte certains biais liés à la répétition de la mesure, à l'effet de sensibilisation à la mesure ainsi qu'à la désirabilité sociale. À cet effet, il pourrait être intéressant, dans le futur, d'utiliser davantage de mesures comportementales en pré et en post intervention. Il aurait été intéressant, par exemple, de filmer les interactions parent-enfant avant l'intervention et de les comparer à celles observées à la complétion du programme. Ainsi, cela augmenterait la validation et l'objectivité de la mesure tout en réduisant l'impact relié à sa répétition. En dernier lieu, le nombre très élevé de débordements dont ont bénéficié les participants oblige à une certaine nuance dans l'atteinte des objectifs mentionnés ci-haut. Puisque la grande majorité des participants recevaient d'autres services simultanément, un lien de cause à effet entre l'intervention proposée et les résultats obtenus ne peut être invoqué. Encore une fois, en raison de ces nombreux autres services reçus, il est donc impossible d'isoler l'effet spécifique de l'intervention.

Par ailleurs, la présence de multiples facteurs de risque observés au départ chez les participants ainsi que leur structure familiale dysfonctionnelle supporte le lien théorique entre l'émergence des facteurs de risque chez la mère, l'instabilité du système familial et le dysfonctionnement qui s'en crée. En ce sens, en augmentant le sentiment de compétence parentale, il a été noté que le parent éprouvait moins de stress à l'égard de l'exercice de son rôle parental, avait une perception plus juste des difficultés de son enfant et percevait une meilleure communication entre les membres de sa famille. Du même coup, quelques changements ont également pu être observés en ce qui a trait à l'adaptabilité du parent face au fonctionnement de sa famille, de même qu'un meilleur engagement et encadrement à l'égard de leur enfant. Ainsi, des changements pourraient s'améliorer quant à la disponibilité psychologique du parent, mais ceux-ci demandent beaucoup plus de temps et n'ont pas été observés à ce stade-ci de l'évaluation.

En ce qui a trait aux avantages et limites du programme, l'approche de type communautaire utilisée comprend des éléments forts intéressants. Tout d'abord, elle permet de positionner le participant au centre de l'intervention; elle suit donc son rythme et ses besoins. De plus, elle requiert, de la part du personnel de l'animation, des attitudes relationnelles satisfaisantes, de même qu'une intervention sans jugement en tout temps. Ensuite, la vocation de partage du groupe, se veut également une intervention peu standard. Cet élément est important, puisque la clientèle négligente est trop souvent blasée des services reçus et présente une certaine méfiance à l'égard de ceux-ci. De ce fait, une intervention «hors norme» est à même de les intéresser et de favoriser tant leur adhésion que leur rétention face à l'intervention. En contrepartie, quelques bémols doivent être soulevés en lien avec cette approche. En premier lieu, le groupe de partage actuel ne permet pas d'agir sur la relation parent-enfant

directement. La cible d'intervention est donc cognitive plutôt que comportementale. Cependant, puisque la clientèle évolue dans un contexte où la sécurité et le développement d'un enfant sont compromis, il est d'autant plus important d'axer sur des changements au niveau des habiletés parentales de ces parents. Tel que recommandé par l'ensemble des programmes recensés, il pourrait être intéressant d'intégrer des rencontres parent-enfant dans l'élaboration future de cette intervention afin de leur permettre de mettre en application le contenu appris dans le groupe préalablement. En deuxième lieu, ce type d'intervention requiert une planification rigoureuse afin d'éviter de dévier trop facilement de la structure initialement prévue. En ce sens, certaines parties plus concrètes en viennent à être escamotées en raison d'une trop grande place accordée aux discussions informelles. À l'avenir, il pourrait donc être intéressant de structurer davantage le contenu et le temps accordé à chaque partie, tout en préservant l'aspect de partage du groupe auquel plusieurs effets ont été attribués. De plus, le respect de la planification initiale se veut crucial afin d'assurer que l'ensemble des notions soit transmis et ainsi favoriser une atteinte encore plus optimale des objectifs.

Conclusion

En terminant, le phénomène de la négligence se doit d'être davantage documenté puisque les conséquences qui y sont associées sont inquiétantes en plus de perturber le développement de l'enfant. Malgré le fait que la négligence soit la forme de mauvais traitements la plus perpétrée dans les sociétés occidentales, celle-ci figure toujours parmi les problématiques les moins documentées. En effet, comme la négligence consiste en une omission de comportements appropriés du parent envers son enfant, il est extrêmement difficile, voire impossible, de caractériser des gestes qui sont, à la base, inexistantes. De plus cette problématique revête un caractère particulier dans le sens où elle affecte un système plutôt qu'un individu. Dans le même ordre d'idée, les interventions prônées par la littérature sont majoritairement ciblées puisqu'il est extrêmement difficile de prévenir un phénomène qui est, à l'origine, peu apparent. En ce sens, l'intervention proposée dans ce travail vise à engendrer des changements au niveau du dysfonctionnement familial et sur la relation mère-enfant en tentant de les rendre plus positifs dans le but ultime de briser le cycle intergénérationnel de la négligence. Chacune des composantes du programme et de l'évaluation décrites ont été pensées en fonction de la théorie et des interventions probantes recensées à ce sujet tout en gardant à l'esprit la réalité du milieu, la faisabilité du processus ainsi que le réalisme de ce qui a été planifié.

Pour conclure, la négligence est donc une problématique grave qui requiert une intervention rapide et intensive afin de la part des intervenants des divers milieux psychosociaux. En raison de leurs multiples facteurs de risque, les familles négligentes ont habituellement peu de ressources et l'engagement face à un programme d'intervention requiert un défi expérientiel parfois trop élevé par rapport à leur potentiel adaptatif. Le défi principal de cette clientèle réside donc dans le fait de trouver la source de motivation nécessaire à la complétion d'un processus thérapeutique.

Références

- Abidin, R.R. (1983). *Parenting Stress Index* (1^{ère} ed.). Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants* (Publication n° HP5-1/2008F-PDF). Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca>.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2014). *Avec l'énergie du premier jour : bilan des directeurs de la protection de la jeunesse provinciaux*. Repéré à http://www.cjestrie.ca/fileadmin/CJE/Doc/Bilan_DPJ_-_2014.pdf
- Bartlett, J. D., & Easterbrooks, M.A. (2015). The moderating effect of relationships on intergenerational risk for infant neglect by young mothers. *Child Abuse & Neglect, in press*.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin, 114*(3), 413-434.
- Benoit, D., Coolbear, J., & Crawford, A. (2008). Abuse, neglect, and maltreatment of infants. *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development, 2*, 1-11.
- Bodenmann, G., Cina, A., Ledermann, T., & Sanders, M. R. (2008). The efficacy of the Triple P-Positive Parenting Program in improving parenting and child behavior: A comparison with two other treatment conditions. *Behavior Research and Therapy, 46*, 411-427.
doi:10.1016/j.brat.2008.01.001
- Bolger, K. & Patterson, C. J. (2001). Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development, 72*(2), 549-568.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect, 22*(11), 1065-1078.
- Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). (2008). *La négligence envers les enfants : bilan de connaissances*. Repéré à <http://www.clipp.ca/documentation/bilans-de-connaissances/>.
- Centre jeunesse de la Montérégie (2010). *Ensemble pour les familles : programme d'intervention en négligence*. Longueuil, Qc : n.d.
- Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (2014). *Observatoire sur la maltraitance des enfants: la négligence*. Repéré à : http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Statistiques_sur_la_n%C3%A9gligence.aspx
- Children's Bureau. (2011). *Child Maltreatment*. Repéré à : www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm11.pdf

- Coulton, C. J., Crampton, D. S., Irwin, M., Spilsbury, J. C., & Korbin, J. E. (2007). How neighborhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways. *Child Abuse and Neglect, 31*, 1117-1142. doi:10.1016/j.chiabu.2007.03.023
- Drouin, M.-S., Lecomte, C., Savard, R., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie, 25*(3), 73-102.
- Dubowitz, H., Pitts, S. C., & Black, M. M. (2004). Measurement of three major subtypes of child neglect. *Child Maltreatment, 9*(4), 344-356. doi: 10.1177/1077559504269191
- Dubowitz, H., Newton, R.R., Litrownik, A.J., Lewis, T., Briggs, E.C., Thompson, R., . . . Feerick, M. M. (2005). Examination of a conceptual model of child neglect. *Child Maltreatment, 10*(2), 173-189. doi: 10.1177/1077559505275014
- Dubowitz, H., & Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *Lancet, 369*, 1891-1899.
- Edwards, A., & Lutzker, J.R. (2008). Iterations of the SafeCare model: An evidence-based child maltreatment prevention program. *Behavior Modification, 32*(5), 736-756. doi: 10.1177/0145445508317137
- English, D. J., Thompson, R., Graham, J. C., & Briggs, E. C. (2005). Toward a definition of neglect in young children. *Child Maltreat, 10*(2), 190-206. doi: 10.1177/1077559505275178
- Éthier, L. (1998). *Réussir en négligence* (1^{ère} ed.). Trois-Rivières, Québec : Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille.
- Éthier, L. S., Lemelin, J-P., & Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect, 28*, 1265-1278. doi:10.1016/j.chiabu.2004.07.006
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St Michel, G. (1998). *Classification québécoise Processus de production du handicap*. Québec : Réseau international sur le Processus de production du handicap.
- Franzcp, J. A., Furber, G., & Segal, L. (2011). Understanding maltreating mothers: A synthesis of relational trauma, attachment disorganization, structural dissociation of the personality, and experiential avoidance. *Journal of Trauma and Dissociation 12*(5), 495-509. doi: 10.1080/15299732.2011.593259
- Gaudin, J.M. (1993). Effective intervention with neglectful families. *Criminal Justice and Behavior, 20*(1), 66-89. doi: 10.1177/0093854893020001006
- Gershater-Molko, R. M., Lutzker, J. R., & Wesch, D. (2002) Using Recidivism Data to Evaluate Project Safecare: Teaching Bonding, Safety, and Health Care Skills to parents. *Child Maltreat, 7*(3), 277-285. doi: 10.1177/1077559502007003009

- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., Bertram, H., & Naumann, S. (2010). Long-term outcome of a randomized controlled universal prevention trial through a positive parenting program: is it worth the effort? *Child and Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 4, 1-14.
- Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26, 679-695.
- Hudson, W.W. (1982). Methodological observations on applied behavioral science. *Journal of Applied Behavioral Science*, 18, 229-238.
- Kantor, G. K., & Little, L. (2003). Defining the boundaries of child neglect: When does domestic violence equate with parental failure to protect? *Journal of Interpersonal Violence*, 18(4), 338-355. doi : 10.1177/0886260502250834
- Lacharité, C., Fafard, G., & Bourassa, L. (2005). *Le programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : nouvelle génération* (2^e ed.). Trois-Rivières, Québec : Groupe de recherche et d'intervention en négligence/ Université du Québec à Trois-Rivières
- Lacharité, C., Éthier, L., & Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, 59(4), 381-394.
- Lachausssée, S., Bednarek, S., Absil, G., & Vanmeerbeek, M. (2011). Les enfants négligés: ils naissent, ils vivent mais ils s'éteignent. *L'Observatoire*, 67, 103-109.
- Li, F., Godinet, M. T., & Arnsberger, P. (2011). Protective factors among families with children at risk of maltreatment: Follow up to early school years. *Children and Youth Services Review*, 33, 139-148. doi:10.1016/j.childyouth.2010.08.026
- Lounds, J. J., Borkowski, J. G., & Whitman, T. L. (2006). The potential for child neglect: the case of adolescent mothers and their children. *Child Maltreatment*, 11(3), 281-294. doi: 10.1177/1077559506289864
- Manly, J. T., Lynch, M., Oshri, A., Herzog, M., & Wortel, S. N. (2013). The impact of neglect on initial adaptation to school. *Child Maltreatment*, 18(3), 155-170. doi: 10.1177/1077559513496144
- Mersky, J. P., Berger, L. M., Reynolds, A. J., & Gromoske, A. N. (2009). Risk factors for child and adolescent maltreatment: A longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. *Child Maltreatment*, 14(1), 73-88. doi: 10.1177/1077559508318399
- Min, M., Farkas, K., Minnes, S., & Singer, L. T. (2007). Impact of childhood abuse and neglect on substance abuse and psychological distress in adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 833-844. doi: 10.1002/jts.20250

- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). L'attachement au cœur du développement du nourrisson: guide pour soutenir le développement de l'attachement de la grossesse à un an. Repéré à : www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/.../05-836-01.pdf
- Morton, N., & Browne, K.D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: A review. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1093-1104.
- Music, G. (2009). Neglecting neglect: some thoughts about children who have lacked good input, and are 'undrawn' and 'unenjoyed'. *Journal of Child Psychotherapy*, 35(2), 142-156. doi: 10.1080/00754170902996064
- Nikulina, V., Widom, C. S., & Czaja, S. (2011). The role of childhood neglect and childhood poverty in predicting mental health, academic achievement and crime in adulthood. *American Journal of Community Psychology*, 48(3), 309-321.
- Olson, D. (2011). Faces IV and the circumplex model: validation study. *Journal of Marital & Family Therapy* 3(1), 64-80.
- Paz, I., Jones, D., & Byrne, G. (2005). Child maltreatment, child protection and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 411-421.
- Pelletier, C., & Malanda, R. R. (2012). Négligence infantile et pauvreté : les enjeux de la prévention au Bas-Saint-Laurent (Québec, Canada). *Culture et gouvernance locale*, 4(1), 32-49.
- Redl, F., & Wineman, D. (1964). *L'enfant agressif: méthodes et rééducation* (2^e ed.). Paris, France : Éditions Fleurus.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode* (1^{ère} ed.). Montréal, Québec : Béliveau éditeur.
- Rikhye, K., Tyrka, A.R., Kelly, M.M., Gagne, G.G., Mello, A.F., Mello, M.F., . . . Carpenter, L. L. (2008). Interplay between childhood maltreatment, parental bonding, and gender effects: Impact on quality of life. *Child Abuse & Neglect*, 32, 19-34. doi:10.1016/j.chiabu.2007.04.012
- Sanders, M. R., Bor, W., & Morawska, A. (2007). Maintenance of Treatment Gains: A Comparison of Enhanced, Standard, and Self-directed Triple P-Positive Parenting Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 983-998.
- Sanders, M. (2013). Triple-P: Small changes, big differences. Repéré à <http://www.triplep.net/global/the-triple-p-system-at-work/>
- Schumacher, J. A., Smith Slep, A. M., & Heyman, R. E. (2001). Risk factors for child neglect. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 231-254.
- Sebre, S., Sprugevica, I., Novotni, A., Bonevski, D., Pakalniskiene, V., Popescu, D., . . . Lewis, O. (2004). Cross-cultural comparisons of child-reported emotional and physical abuse: rates, risk factors and psychosocial symptoms. *Child Abuse and Neglect*, 28, 113-127. doi:10.1016/j.chiabu.2003.06.004

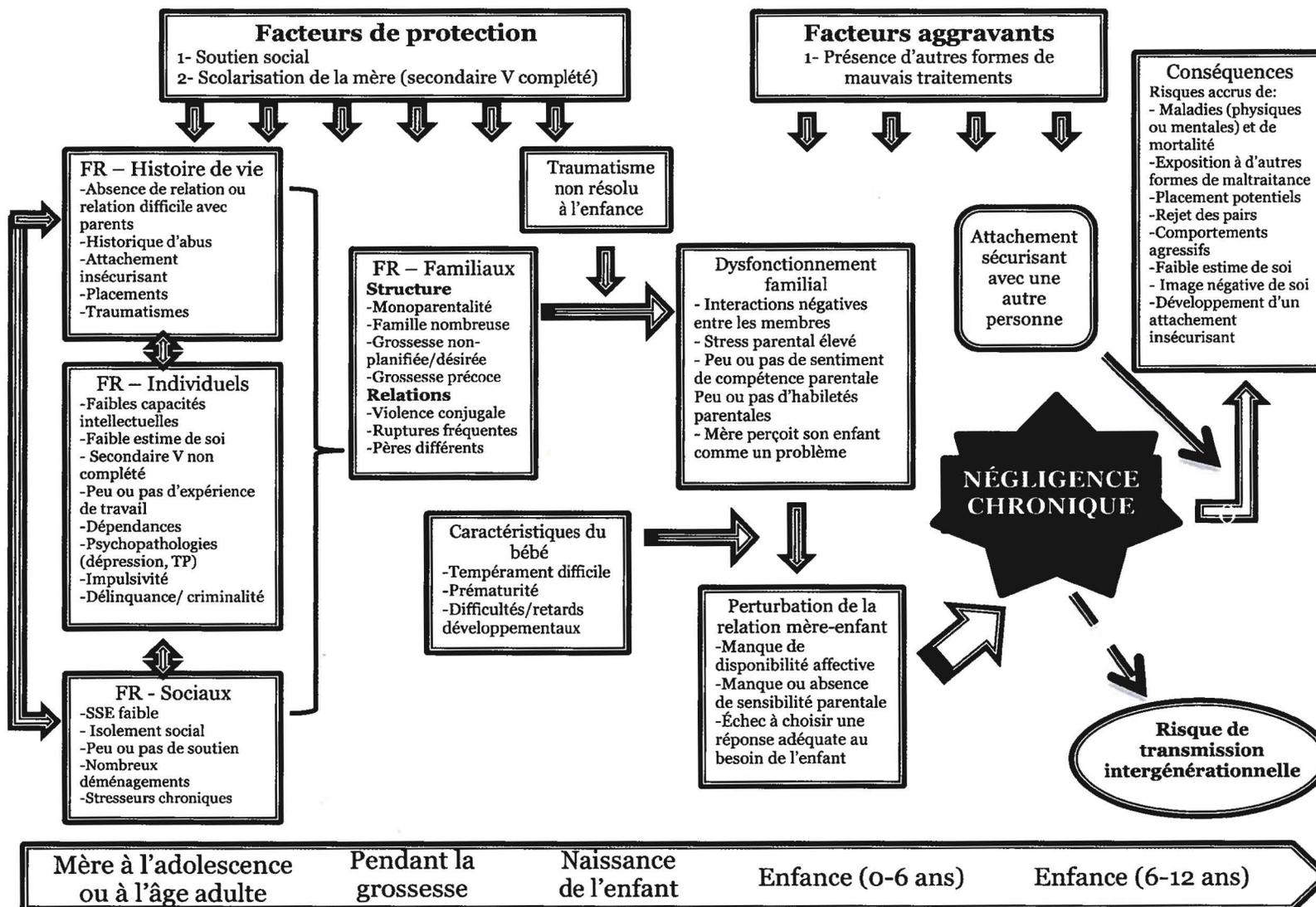
- Self-Brown, S., Valente, J. R., Wild, R. C., Whitaker, D. J., Galanter, R., Dorsey, S., & Stanley, J. (2012). Utilizing benchmarking to study the effectiveness of Parent–Child Interaction Therapy implemented in a community setting. *Journal of Child and Family Studies, 21*, 1041-1049. doi: 10.1007/s10826-012-9566-4
- Shook Slack, K., Berger, L. M., DuMont, K., Yang, M., Kim, B., Ehrhard-Dietzel, S., & Holl, J. L. (2011). Risk and protective factors for child neglect during early childhood: A cross-study comparison. *Children and Youth Services Review, 33*, 1354-1363. doi:10.1016/j.childyouth.2011.04.024
- Shook Slack, K., Holl, J. L., McDaniel, M., Yoo, J., & Bolger, K. (2004). Understanding the risks of child neglect: An exploration of poverty and parenting characteristics. *Child Maltreat, 9*(4), 395-408. doi: 10.1177/1077559504269193
- Silovsky, J.F., Bard, D., Chaffin, M., Hecht, D., Burris, L., Owora, A., . . . Lutzker, J. R. (2011). Prevention of child maltreatment in high-risk rural families: A randomized clinical trial with child welfare outcomes. *Children and Youth Services Review, 33*, 1435-1444. doi:10.1016/j.childyouth.2011.04.023
- Snyder, S.N., & Merritt, D.H. (2014). The influence of supervisory neglect on subtypes of emerging adult substance use after controlling for familial factors, relationship status and individual traits. *Association for Medical Education and Research in Substance Abuse, 35*(1), n.d. doi:10.1080/08897077.2014.997911.
- Sroufe, A. (2005) Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development, 7*(4), 349-367. doi: 10.1080/14616730500365928
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, C. L., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., . . . Dees, J. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 14*, 13-29. doi:10.1016/j.avb.2006.03.006
- Tanner, K., & Turney, D. (2003). What do we know about child neglect? A critical review of the literature and its application to social work practice. *Child and Family Social Work, 8*, 25-34.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2011). Accumulating evidence for Parent–Child Interaction Therapy in the prevention of child maltreatment. *Child Development, 82*(1), 177-192. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01548.x
- Thornberry, T. P., Knight, K. E., & Lovegrove, P. J. (2012). Does maltreatment beget maltreatment? A systematic review of the intergenerational literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 13*(3), 135-152. doi: 10.1177/1524838012447697
- Timmer, S. G., Urquiza, A. J., Zebell, N. M., & McGrath, J. M. (2005). Parent-Child Interaction Therapy: Application to maltreating parent-child dyads. *Child Abuse and Neglect, 29*, 825-842. doi:10.1016/j.chiabu.2005.01.003

- Trickett, P. K., & McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review, 15*, 311-337.
- Trocme, N. (2012). *Maltraitance envers les enfants et impacts sur le développement psychosocial épidémiologie*. Repéré à www.enfant-encyclopedie.com/documents/TrocmeFRxp2.pdf.
- Widom, C.S., Czaja, S.J., & DuMont, K. (2015). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Real or detection bias? *Science, 347*(6229), n.d. doi: 10.1126/science.1259917.
- Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry, 64*, 49-56.
- Wu, S. S., Ma, C-X., Carter, R. L., Ariet, M., Feaver, E. A., Resnick, M. B., & Roth, J. (2004). Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child Abuse and Neglect, 28*, 1253-1264. doi:10.1016/j.chiabu.2004.07.005
- Zisser, A., & Eyberg, S.M. (2010). Treating oppositional behavior in children using parent-child interaction therapy. Dans A.E. Kazdin & J.R. Weisz (dir.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2e ed., p. 179-193). New York, États-Unis: Guilford Press.
- Zuravin, S. J., & DiBlaso, F. A. (1992). Child-neglecting adolescent mothers: how do they differ from their nonmaltreating counterparts? *Journal of Interpersonal Violence, 7*(4), 471-489. doi : 10.1177/088626092007004004

Annexe I

Chaîne développementale

CHAÎNE DÉVELOPPEMENTALE DE LA NÉGLIGENCE CHRONIQUE



Annexe II

Recension des interventions déjà expérimentées

Tableau 1. Description et évaluation du programme *Triple P*

Description du programme					
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention	Modalité d'intervention		
Sanders (2013)	Triple P – Positive Parenting Program	Universelle ou ciblée (selon le niveau d'intervention)	Intervention de type comportemental (apprentissage social). Système de soutien parental et familial en cinq niveaux d'intervention dont l'objectif principal est de diminuer les comportements extériorisés des enfants par l'entremise de l'apprentissage de compétences parentales adéquates et positives. Les modalités d'intervention prônées sont les séances individuelles, en groupe, familiales et/ou auto-administrées.		
Évaluation(s) du programme					
Auteurs	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis / protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Hahlweg et al. (2010)	<p>N= 280 familles avec un enfant âgé entre 3 et 6 ans</p> <p>- Familles provenant de milieux défavorisés (à 25%) et favorisés (44%)</p> <p>- Âge des mères : entre 22 et 40 ans (M = 35 ans)</p> <p>- Les familles ont entre 1 et 4 enfants (M=2)</p> <p>- 22% sont des mères monoparentales</p> <p>- 85% des parents ont un secondaire V ou moins.</p> <p>Groupe 1 = Triple P N=186 *attrition : 23%</p> <p>Groupe 2 = Aucun traitement (contrôle) N= 94</p>	4 sessions de 2 heures et soutien téléphonique	<p>Devis expérimental avec groupe contrôle et attribution aléatoire des participants (groupes équivalents)</p> <p>Évaluations pré-post.</p> <p>Données recueillies auprès des parents, 4 temps de mesure : prétest, post-test, 12 et 24 mois après l'intervention.</p> <p>Dimensions évaluées (instrument utilisé):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Comportements de l'enfant (CBCL) 2) Pratiques parentales (Parenting Scale) 3) Pratiques parentales positives 4) Interactions mère-enfant (auto-observation) <p>Données recueillies auprès des enseignants aux mêmes temps de mesure :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Comportements à l'école 	<p><i>Les résultats du groupe 1 au post-test sont comparés à ceux du groupe 2 en tenant compte du pré-test.</i></p> <p>Diminution marquée des pratiques parentales inadéquates dans le groupe 1, comparé au groupe 2.</p> <p>Diminution significative des comportements intériorisés et extériorisés problématiques chez les enfants du groupe 1, comparé aux enfants du groupe 2.</p> <p>Aucun résultat significatif pour les mesures suivantes : perception des professeurs en ce qui a trait aux comportements problématiques des élèves et les interactions entre la mère et l'enfant.</p>	Relance à 1 an et à 2 ans : gains maintenus dans le groupe 1 comparé au groupe 2.

Bodenmann, Cina,
Ledenmann et Sanders (2008)

N= 150 couples (hommes (H)
et femmes (F) dans la
trentaine en moyenne avec
enfants âgés entre 2 et 12 ans

15 heures

- Statut socio-économique :
moyen

- Parents peu scolarisés

Groupe 1 = Triple P

* attrition : 6% (H),
4% (F)

Groupe 2 = CCET

* attrition : 8% (H),
8% (F)

Groupe 3 = Aucun traitement,
liste d'attente (contrôle)

* attrition : 20% (F)
26% (H)

Devis expérimental avec un
groupe de comparaison et un
groupe contrôle et une
attribution aléatoire des
participants (groupes
équivalents).

Évaluation pré-post.

Données recueillies auprès
des parents, en 4 temps de
mesure : prétest, post-test, 6 et
12 mois après la fin de
l'intervention.

Dimensions évaluées
(instrument utilisé) :

- 1) Pratiques parentales
(Parenting Scale)
- 2) Sentiment de compétence
- 3) Conflits parentaux en lien
avec l'éducation de l'enfant
(Parent Problem Checklist)
- 4) Comportements
problématiques de l'enfant
(ECBI)
- 5) Qualité de la relation entre
les deux parents

*Les résultats au post-test sont
comparés à ceux obtenus en
pré-test pour chacun des
groupes comparés.*

Diminution des pratiques
parentales inadéquates
observée chez le groupe 1 et
le groupe 2, mais la
diminution est beaucoup plus
grande dans le groupe 1.

Les mères du groupe 1
rapportent avoir un plus grand
sentiment de compétence suite
aux traitements que les mères
du groupe 2 et 3.

Les conflits entre les parents
par rapport à l'éducation des
enfants ont diminué pour les
groupes 1 et 2, mais la
diminution est plus marquée
pour le groupe 1.

La qualité de la relation du
couple est perçue plus
positivement par le groupe 2.
Aucun résultat significatif
pour les deux autres groupes.

Une diminution des
comportements extériorisés de
l'enfant tels que perçue par les
parents dans les groupes 1 et 2
(de 48% à 22% pour le groupe
1 et de 54% à 27% pour le
groupe 2)

Relance à 6 mois et à 12 mois : gains
maintenus dans la majorité des
sphères évaluées pour le groupe 1.
Cependant, le groupe 2 n'a pas
maintenu ses acquis en ce qui a trait à
la perception des parents face aux
comportements extériorisés de leur
enfant et pour le style parental prôné.

Sanders, Bor & Morawska (2007)	<p>N= 305 familles avec un enfant âgé de 3 ans</p> <p>- 26% : mères monoparentales</p> <p>- Âge moyen des parents : 31 ans (mères) et 34 ans (pères)</p> <p>- 40% : difficultés financières</p> <p>- En moyenne, les familles avaient entre 2 et 3 enfants</p> <p>Groupe 1 = EBFi (Niveau 5 du Triple-P) *attrition (post) = 22.8% (1 an) = 6.9% (3 ans) = 11.1%</p> <p>Groupe 2 = SBFi (Niveau 4 du Triple-P) *attrition (post) : 16.9% (1 an) = 9.4% (3 ans) = 13.8%</p> <p>Groupe 3 = SDBFi (Niveau 4 du Triple-P, autodirigée) *attrition (post) = 18.4% (1 an) = 18% (3 ans) = 18%</p> <p>Groupe 4 = Liste d'attente (contrôle) *attrition (post) = 7.7%</p>	15 sessions de 60 à 90 minutes	<p>Devis expérimental avec groupe de comparaison et groupe contrôle et attribution aléatoire des participants (groupes équivalents)</p> <p>Évaluations pré-post.</p> <p>Données recueillies auprès des parents, en 4 temps de mesure : prétest, post-test, 12 et 36 mois après la fin de l'intervention.</p> <p>Dimensions évaluées (instrument utilisé):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Critères diagnostiques des troubles mentaux à l'enfance (TDAH, TOP, TC) 2) Interaction mère-enfant (auto-observation) 3) Symptômes dépressifs (BDI) 4) Potentiel d'abus du parent 5) Comportements problématiques de l'enfant (ECBI) 6) Utilisation de punitions physiques du parent 7) Pratiques parentales (Parenting Scale) 8) Sentiment de compétence 9) Conflits parentaux en lien avec l'éducation de l'enfant (Parent Problem Checklist) 10) Qualité de la relation de couple <p>Données recueillies auprès des enseignants aux mêmes temps de mesure:</p> <ol style="list-style-type: none"> 11) Comportements de l'enfant à l'école 	<p><i>Les résultats des 4 groupes au post-test sont comparés en tenant compte des résultats obtenus au pré-test.</i></p> <p>Diminution des comportements problématiques observés dans les groupes 1 à 3.</p> <p>Mères des groupes 1 à 3 ont une perception plus positive de leurs enfants; elles perçoivent moins de comportements problématiques.</p> <p>Amélioration des pratiques parentales des groupes 1 à 3.</p> <p>Les parents des groupes 1 à 3 se sentent plus compétents.</p> <p>Les parents des groupes 1 à 3 ont moins de conflits et s'accordent plus au niveau de l'éducation à offrir à leur enfant.</p> <p>Les parents ont une humeur et une attitude plus positive envers leur enfant dans les groupes 1 à 3.</p> <p>Les enfants des groupes 1 à 3 répondent à moins de critères diagnostiques du TDAH, du TOP et/ou du TC qu'au pré-test. Cependant, la diminution est plus grande pour le groupe 1 et pour le groupe 3 que pour le groupe 2. (Seulement 23% des enfants du groupe 1, 32% du groupe 2 et 26.8% du groupe 3).</p> <p>Diminution des risques d'abus potentiels de la part des parents des trois premiers groupes.</p> <p>Les résultats des enseignants sont non significatifs.</p>	<p>Relance après 1 an et 3 ans : gains maintenus et parfois même améliorés sur les dimensions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Critères diagnostiques des troubles mentaux à l'enfance (TDAH, TOP, TC) 2) Comportements problématiques de l'enfant 3) Potentiel d'abus du parent 4) Sentiment de compétence 5) Qualité de la relation de couple
--------------------------------	---	--------------------------------	---	--	---

Description du programme

Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention	Modalité d'intervention
Zisser et Eyberg (2010)	PCIT – Parental-Child Interaction Therapy	Ciblée	Intervention de type comportementale (apprentissage social). Système de soutien parental et familial qui vise l'acquisition d'un style parental démocratique par l'augmentation de la sensibilité parentale dans le but de diminuer les difficultés comportementales de l'enfant. Modalités d'intervention : séances individuelles et familiales.

Évaluation(s) du programme

Auteurs	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis / protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Self-Brown et al. (2012)	<p>N= 83 familles (majoritairement des mères, âge moyen : 30 ans) avec un enfant âgé entre 2 et 10 ans</p> <p>- Mères sont à risque ou négligent leur enfant (selon les services sociaux ou agence de protection)</p> <p>Groupe 1 = CI-PCIT (CI = PCIT implanté dans la communauté)</p> <p>Groupe 2 : liste d'attente (groupe contrôle)</p>	En moyenne, 17 sessions (entre 14 et 20)	<p>Devis quasi expérimental avec groupe contrôle avec attribution non aléatoire des participants (référés au service ou non).</p> <p>Évaluations pré-post.</p> <p>Dimensions évaluées auprès des parents (instrument utilisé):</p> <p>1) Comportements problématiques de l'enfant (ECBI)</p> <p><i>*Benchmarking methodology</i> a été utilisée afin de comparer les résultats obtenus dans la communauté à ceux obtenus dans les études cliniques (où les variables sont contrôlées) afin de vérifier la validité réelle du programme dans la réalité clinique.</p>	<p><i>Les résultats au post-test du groupe 1 sont comparés à ceux du groupe 2 en tenant compte du pré-test.</i></p> <p>Diminution du risque de mauvais traitements et augmentation des comportements adéquats chez l'enfant dans le groupe 1 comparativement au groupe 2.</p> <p>Selon les analyses de <i>benchmarking</i>, les résultats obtenus au CI-PCIT sont supérieurs aux résultats cliniques des groupes contrôles, mais inférieurs à ceux des groupes cliniques ayant reçu le PCIT. Ces résultats démontrent que le programme est efficace dans la communauté, mais perd de son efficacité lorsque certaines variables externes ne sont pas contrôlées.</p>	Aucune relance

Thomas and Zimmer-Gembeck (2011)	<p>N= 150 mères (âge moyen: 33,5 ans) à risque de maltraiter leur enfant avec un enfant âgé entre 2 et 7 ans</p> <p>- 90,5 % des enfants subissent de la négligence</p> <p>Groupe 1= PCIT (N=99) *attrition : 58%</p> <p>Groupe 2 = Liste d'attente (contrôle) (N= 51) *attrition : 39%</p>	Varie en fonction des besoins familiaux	<p>Devis expérimental avec groupe contrôle et attribution aléatoire des participants.</p> <p>Evaluations pré-post.</p> <p>Données recueillies auprès des parents, en 3 temps de mesure : prétest, post-test et 1 mois après la fin de l'intervention.</p> <p>Dimensions évaluées (instrument utilisé):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Comportements problématiques (ECBI) 2) Comportements intériorisés et extériorisés de l'enfant (CBCL) 3) Indice de stress parental (The Parenting Stress Inventory) 4) Potentiel d'abus parental 5) Qualité des échanges parent-enfant 6) Potentiel de maltraitance parentale <p>Données recueillies auprès de l'enseignant aux mêmes temps de mesure :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Comportements problématiques de l'enfant à l'école (ECBI) 2) Comportements intériorisés et extériorisés de l'enfant (CBCL) 	<p><i>Les résultats du groupe 1 sont comparés à ceux du groupe 2 en tenant compte du pré-test.</i></p> <p>Le groupe 1 a une diminution des comportements tant internalisés qu'externalisés selon les deux mesures.</p> <p>Diminution du potentiel d'abus de 17.5% pour les parents du groupe 1</p> <p>Les verbalisations positives se maintiennent pour le groupe 1 comparativement au groupe 2. De plus, augmentation de la sensibilité maternelle du groupe 1.</p> <p>Aucun résultat significatif au niveau des mesures prises par les enseignants. Les comportements problématiques n'auraient pas diminué pour les deux groupes.</p> <p>Diminution significative du niveau de stress parental du groupe 1 comparativement au groupe contrôle.</p> <p>Meilleures pratiques parentales (demandes, réponses aux besoins et encadrement) du groupe 1 (84.2% du groupe).</p>	Relance à 1 mois : gains maintenus sur l'ensemble des dimensions évaluées.
----------------------------------	---	---	--	---	--

Timmer, Urquiza, Zebell & McGrath (2005)	<p>N= 136 dyades (des 307 de la phase 1)</p> <p>- Âge moyen des enfants = 4.68 ans</p> <p>- 89% de l'échantillon adulte sont des femmes</p> <p>Groupe 1 : Historique de mauvais traitements (50% des enfants ont été négligés) (N = 91)</p> <p>Groupe 2 : Aucun historique de maltraitance : (N = 45)</p>	En moyenne 17 sessions (entre 14 et 20)	<p>Devis quasi expérimental avec groupes de comparaison et attribution non-aléatoire des participants.</p> <p>Évaluations pré-post.</p> <p>Dimensions évaluées auprès des parents (instrument utilisé):</p> <p>1) Potentiel d'abus du parent</p> <p>2) Comportements intériorisés et exteriorisés de l'enfant (CBCL)</p> <p>3) Comportements problématiques de l'enfant (ECBI)</p> <p>4) Indice de stress parental</p> <p>5) Indice de symptômes psychopathologiques du parent</p> <p>6) Historique de maltraitance</p>	<p><i>Les résultats du groupe 1 au post-test sont comparés à ceux du groupe 2 en tenant compte du pré-test.</i></p> <p>Diminution des problèmes de comportement pour les deux groupes suite au traitement. Cependant, il n'y a pas de différence significative entre le groupe 1 et le groupe 2, donc le programme n'est pas plus efficace lorsqu'il y a présence d'un historique de maltraitance.</p> <p>La perception des parents face aux problèmes de leur enfant ne change pas pour le groupe 1 comparativement au groupe 2 où la perception des parents est beaucoup plus positive suite au traitement.</p> <p>Diminution du stress parental et du potentiel d'abus pour les deux groupes. Aucune différence significative n'est associée à l'historique de mauvais traitements.</p> <p>Diminution du risque de développer un trouble du comportement chez les deux groupes, mais la diminution est plus grande dans le groupe 2 (de 26% à 13.7% pour le groupe 1 et de 53.6% à 14.3% pour le groupe 2).</p>	Aucune relance
--	---	---	---	--	----------------

Description du programme

Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention	Modalité d'intervention
Edwards & Lutzker (2008)	SafeCare Model	Ciblée	Intervention de type éco-béaviorale. Séances parentales et familiales qui visent l'amélioration des compétences parentales par rapport aux trois domaines suivants : la santé de l'enfant, la sécurité du domicile et les interactions parent-enfant

Évaluation(s) du programme

Auteurs	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis / protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Silovsky, Bard, Chaffin, Hecht, Burris, Owora, Beasley, Doughty & Lutzker (2011)	<p>105 mères d'enfant âgé entre 0 et 5 ans.</p> <p>-Mères ayant peu (DES) ou pas d'éducation</p> <p>- Proviennent de milieux ruraux, SSE faible.</p> <p>- Les mères devaient obligatoirement avoir un problème de santé mentale ou de dépendance ou être victimes de violence conjugale.</p> <p>Groupe 1 : SafeCare (SC) Groupe 2 : Traitement habituel (SAU) * attrition : Mesure en post: Groupe 1 : 10% Groupe 2 : 21% Relance: Groupe 1: 33% Groupe 2: 27%</p>	<p>36h réparties sur 6 mois pour le SafeCare + et approximativement 8h (la durée du suivi dépend des besoins et des objectifs de la famille et de la fréquence du suivi) pour le SAU.</p>	<p>Devis expérimental avec groupe de comparaison et attribution aléatoire des participants.</p> <p>Évaluations pré-post.</p> <p>Données recueillies auprès des parents, en 3 temps de mesure : prétest, post-test et 6 mois après la fin de l'intervention.</p> <p>Dimensions évaluées (instrument utilisé):</p> <ol style="list-style-type: none"> Potentiel d'abus du parent Mesure auto-rapportée des pratiques parentales coercitives et négligentes Symptômes dépressifs (BDI) Mesure auto-rapportée des conflits parentaux Critères diagnostiques des dépendances (alcool et drogues). Mesure des ressources utilisées par la famille 	<p><i>Les résultats du groupe 1 sont comparés à ceux du groupe 2 en tenant compte du pré-test.</i></p> <p>Les mères du groupe 1 ont complété le suivi en plus grand nombre que ceux du groupe 2.</p> <p>Le groupe 1, au terme du traitement, utilisait plus une discipline de type non-violente que le groupe 2.</p> <p>Diminution des risques d'abus potentiels pour les deux groupes, mais la diminution est plus marquée pour le groupe 1.</p> <p>Peu d'effet au niveau de la victimisation des mères dans les deux groupes. Cependant, les parents du groupe 2 ont tendance à moins agir en victime suite au traitement.</p>	<p>Relance 6 mois après le traitement : Les gains se sont peu maintenus ou s'ils se sont maintenus, ils ont diminué de beaucoup. Résultats peu concluants quant à l'efficacité du programme à long-terme (ou à la généralisation des acquis).</p>

Gershater-Molko, Lutzker & Wesch (2002)

N= 82 familles dites négligentes ayant des enfants âgés entre 0 et 5 ans

5 ou 6 sessions par thème (3 thèmes au total)

Devis quasi expérimental avec groupe de comparaison et attribution non aléatoire des participants.

Les familles du groupe 1 ont moins de chance de récidiver que celles ayant participé au groupe 2. De plus, les familles ayant participé au groupe 1 ont beaucoup moins de signalements retenus à leur dossier que celles du groupe 2.

Aucune relance suite à l'étude longitudinale d'une durée de cinq ans.

Groupe 1 = SafeCare Model
Groupe 2 = Family Preservation group

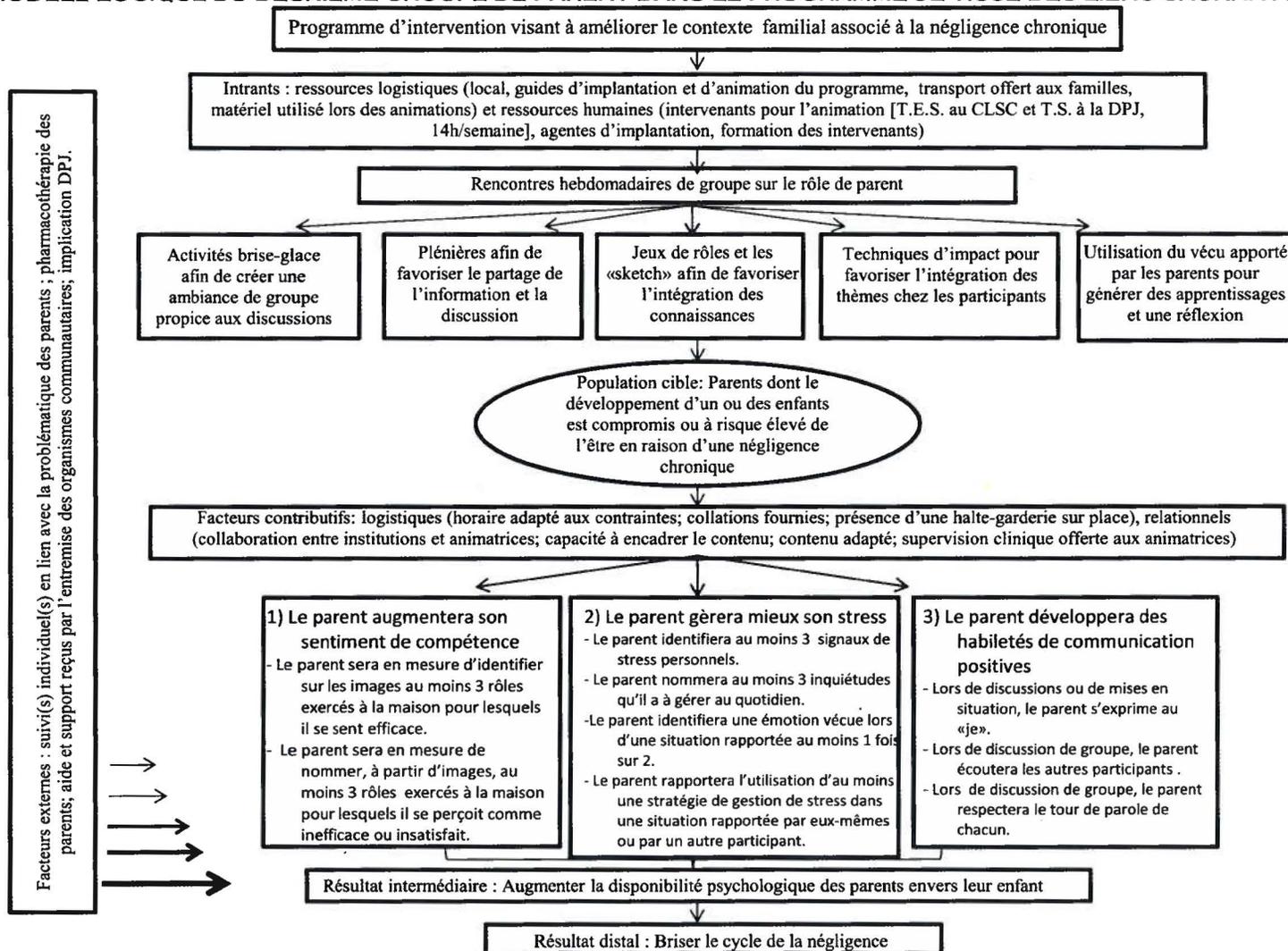
Évaluations effectuées en post seulement (sur cinq ans).

Étude longitudinale s'étalant sur cinq ans afin de vérifier l'efficacité du programme SafeCare sur les possibilités de récidive des familles négligentes. Les données proviennent du Department of Child and Family Services (DCFS).

Les familles du groupe 1 généralisent plus leurs acquis à long terme que celles du groupe 2 à la fin de l'étude longitudinale (5 ans).

Annexe III

Le modèle logique

MODÈLE LOGIQUE DU DEUXIÈME GROUPE DE PARENT DANS LE PROGRAMME *JE TISSE DES LIENS GAGNANTS*

Annexe IV

Tableaux d'évaluation de la mise en œuvre et des effets de l'intervention

Tableau 7
Évaluation de la mise en œuvre

Composantes	Variables dérivées	Instrument de mesure (source d'évaluation)	Temps de mesure
Conformité	Thèmes abordés	Grilles d'observation (observateur externe)	T3 à T13
	Nombre, durée et fréquence de chacune des rencontres réalisées		
	Nombre, durée et fréquence de chacune des activités réalisées	Journal de bord (animatrices)	
Qualité de l'animation	Capacité à encadrer les échanges (grille selon nb de fois où participant est recadré et pertinence)	Grilles d'observation (observateur externe)	T3 à T13
	Attitudes relationnelles (considération, empathie et disponibilité évaluées selon grille comportementale et opérationnelle)	Journal de bord (animatrices)	
	Capacité à utiliser le vécu partagé (nb de fois que le vécu partagé est utilisé échelle à trois niveaux : 1- souvent, 2- parfois et 3- rarement)		
Exposition	Présence des participants (dosage selon 1-présent, 2- quitte à la pause, et 3- absent)	Journal de bord (animatrices)	T3 à T13
Qualité de la participation	Fréquence de la participation (échelle à 5 niveaux : nb d'interventions réalisées 1- toujours, 2- souvent, 3- parfois, 4- rarement, et 5- jamais)	Grilles d'observation (observateur externe)	T3 à T13
	Respect du thème (échelle à 5 niveau : nb d'interventions visant à recadrer le participant 1- toujours, 2- souvent, 3- parfois, 4- rarement, et 5- jamais)		

Satisfaction générale	Rétroaction de la satisfaction (1- sujet abordé, 2- moyens utilisés, 3- qualité de l'animation, 4- relation avec les animatrices et 5- satisfaction globale)	Questionnaire maison (participants)	T3 à T13
Effet de débordements	Différenciation : Nb d'autres services reçus	Questionnaire maison (participants)	T1 et T14

Note : Implantation de l'intervention : T3 à T13

Tableau 8
Évaluation des effets

Objectifs et construits	Instruments de mesure (source d'évaluation)	Variabes dérivées (nombre d'items)	Temps de mesure	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques	Cibles de l'évaluation
Augmenter le sentiment de compétence parentale	Instrument maison basé sur les échelles des instruments validés suivants :					
	1) Questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale (Terrisse & Trudelle, 1988)	1) Sentiment d'efficacité (7) et sentiment de satisfaction (9)	1) Pré (T1 et T2) et post (T14 et T15)	1) Échelle à six niveaux (1- tout à fait d'accord à 6- tout à fait en désaccord)	1) Alpha de Cronbach variant de 0.80 à 0.83 pour les sous-échelles. r - test-retest (6 semaines) : 0.69 à 0.82 Corrélations inter-facteurs : 0.34 à 0.87 ($p < 0.05$)	1) et 2) Tous les participants du groupe
	2) Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV (Olson, 1994) (mesures auto-rapportées)	2) Fonctionnement familial (42)	2) Pré (T1 et T2) et post (T14 et T15)	2) Échelle à 5 niveaux (1- très insatisfait à 5- extrêmement satisfait)	2) Alpha de Cronbach : 0.91 r - test-retest : 0.74	
	Questionnaire maison réalisé à l'aide de la trousse moi comme parent (mesure auto-rapportée)	Rôles accomplis à la maison (2)	Pré (T1) et post (T14)	Images de la trousse <i>moi comme parent</i>	Non disponibles	Tous les participants du groupe

Développer une meilleure gestion du stress	Indice de stress parental – version écourtée (Abidin, 1983) (mesure auto-rapportée)	Détresse parentale (12) et dysfonctionnement dans la relation parent-enfant (12)	Pré (T1 et T2) et Post (T14 et T15)	Échelle à 5 niveaux (1-profondément en accord à 5-en profond désaccord)	Alpha de Cronbach : 0.70 à 0.95 Validité concomitante : <i>r</i> de 0.35 à 0.52.	Tous les participants du groupe
	Questionnaire maison (mesure auto-rapportée)	Questions portants sur : inquiétudes parentale, signaux de stress, émotions et stratégies d'adaptation	Pré (T1) et post (T14)	Aucune disponible	Non disponibles	Tous les participants du groupe
	Grille d'observation (mesure comportementale par observateur externe)	Nb de situations rapportées pendant la séance faisant état des éléments suivants : inquiétudes parentale, signaux de stress, émotions et stratégies d'adaptation	T7 à T10	Aucune	Non disponibles	Tous les participants du groupe

Développer de meilleures habiletés de communication	Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV (Olson, 1994) (mesures auto-rapportées)	Communication familiale (10)	Pré (T1 et T2) et Post (T14 et T15)	Échelle à 5 niveaux (1-fortement en désaccord à 5-fortement en accord)	Alpha de Cronbach : 0.73 <i>r</i> -test-retest : 0.68	Tous les participants du groupe
	Grille d'observation (mesure comportementale par observateur externe)	Comportements ciblés lors des discussions de groupe : Nb de fois que le participant s'exprime au je, respecte le tour de parole et écoute les autres participants	T12 et T13	Aucune	Non disponibles	Tous les participants du groupe
Augmenter la disponibilité psychologique des parents	Index des attitudes parentales (Hudson, 1982) (mesure auto-rapportée)	Relation mère-enfant (25)	Pré (T1 et T2) et Post (T14 et T15)	Échelle à 5 niveaux : (1-rarement ou jamais à 5-souvent ou tout le temps)	Alpha de Cronbach : 0.94	Tous les participants du groupe

Devis quasi-expérimental à série temporelle, sans groupe témoin

Note : Pré-test : T1 et T2; Implantation de l'intervention : T3 à T13; Post-test : T14 et T15

Annexe V

Formulaire de consentement à l'évaluation

Programme Je tisse des liens gagnants – Composante groupe

Consentement individuel

Je, soussigné (e) _____, consens à ce que ma participation au groupe «*moi en tant que parent*» soit évaluée, et ce, sur une période qui se déroule de septembre 2014 à janvier 2015.

L'évaluation comprend la complétion de divers questionnaires (**avant** et **après** ma participation au groupe) ainsi que la présence d'une personne observatrice durant les douze semaines prévues pour le groupe (du 9 octobre au 18 décembre 2014).

J'accepte que les données recueillies soient utilisées par Madame Stéphanie Lebire, investigatrice du programme, dans le but d'évaluer l'efficacité de la composante groupe du programme *Je tisse des liens gagnants*. Les données seront détruites au maximum un an suivant la fin du groupe.

Je comprends également que j'ai le droit de changer d'avis quant à la présente autorisation.

Je certifie que j'ai lu et compris ce consentement relatif à l'utilisation des données d'évaluation.

Signatures:

(Participant)	Date : _____ (jj/mm/aaaa)
(Instigatrice de programme)	Date : _____ (jj/mm/aaaa)
(Témoin)	Date : _____ (jj/mm/aaaa)

Annexe VI

Grille de cotation de la qualité de l'animation

Date de la rencontre : _____

Nom des animatrices	Attitudes relationnelles*									
	Empathie					Considération				
	Capacité à identifier/cibler les émotions vécues	Refléter les propos	Reformuler les propos	Décoder le non verbal	Capacité à utiliser le vécu partagé	Favorise le tour de parole de chacun	Salue ou interpelle par le nom	Posture adéquate (ouverture)	Le ton employé est calme	Les propos sont respectueux
Mélissa										
Isabelle										

*Légende : 1= souvent, 2= parfois et 3= rarement

Commentaires :

Annexe VII
Grille de cotation de la conformité

Date: _____

Rencontre # _____

Thème prévu pour la rencontre : _____

Contenu abordé :

Respect du thème : **oui** **ou** **non**

Durée totale de la rencontre : _____

Début : _____

Fin : _____

Activités réalisées

1) Phase de préparation : Durée totale : _____ minutes

a) Accueil (tour de table)

oui ou non Temps alloué : _____ minutes

b) Activité brise-glace

oui ou non Temps alloué : _____ minutes

2) Phase de réalisation : Durée totale : _____ minutes

a) Contenu et discussion

oui ou non Temps alloué : _____ minutes

b) Activité principale

oui ou non Temps alloué : _____ minutes

c) Plénière

oui ou non Temps alloué : _____ minutes

3) Phase d'intégration : Durée totale : _____ minutes

a) Tour de table

oui ou non Temps alloué : _____ minutes

b) Rédaction cahier de bord + feuille de satisfaction

oui ou non Temps alloué : _____ minutes

Pause et collation

oui ou non Temps alloué : _____ minutes

Heure début : _____

Heure fin : _____

Commentaires :

Annexe VIII

Grille de présence aux rencontres (exposition)

Date de la rencontre : _____

Nom du participant	Présent	Absent	Assiste en partie à la rencontre
1- _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe IX

Grille de cotation de la qualité de la participation

Date de la rencontre : _____

Nom du participant(e)	Nombre d'interventions réalisées par le participant	Nombre d'interventions réalisées par les animatrices envers le participant visant à le recadrer dans ses propos (pertinence)	Nombre d'interventions réalisées par les animatrices envers le participant visant à le recadrer (durée, lien avec contenu)
1-			
2-			
3-			
4-			
5-			
6-			
7-			
8-			

Commentaires :

Annexe X
Questionnaire de satisfaction

Annexe XI**Grille d'évaluation du nombre de débordements****Nom du participant
(pré)****Autre(s) service(s) reçu(s)
(s'il y a lieu)**

**Nom du participant
(post)****Autre(s) service(s) reçu(s)
(s'il y a lieu)**

Annexe XII

Questionnaire d'évaluation (version A)

Je tisse des liens gagnants

Nom : _____

Date d'évaluation : _____

Fonctionnement familial ²					
Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez du fonctionnement de votre famille actuellement.	Fortement en désaccord	Généralement en désaccord	Indécis	Généralement en accord	Fortement en accord
1- Les membres de notre famille sont impliqués dans la vie des autres membres.					
2- Les membres de notre famille éprouvent peu de besoin d'avoir des amis en dehors de la famille.					
3- Les membres de notre famille se donnent du soutien durant les moments difficiles.					
4- Les membres de notre famille se consultent lors de la prise de décisions importantes.					
5- Nous nous entendons mieux avec les personnes à l'extérieur de la famille qu'avec les membres de la famille.					
6- Les membres de notre famille semblent éviter d'entrer en contact les uns avec les autres à la maison.					
7- Les membres de notre famille savent peu de choses sur les amis des autres membres de la famille.					
8- Les membres de notre famille se débrouillent seuls lorsqu'il y a un problème à résoudre.					
9- Nous éprouvons du ressentiment envers les membres					

² Les questions de ce questionnaire proviennent du *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES IV)* (Olson, 1994). Traduit par Pauzé.

de notre famille qui font des choses à l'extérieur de la famille.					
Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez du fonctionnement de votre famille actuellement.	Fortement en désaccord	Généralement en désaccord	Indécis	Généralement en accord	Fortement en accord
10- Les membres de notre famille se sentent coupables s'ils veulent passer du temps à l'écart de la famille.					
11- Notre famille tente de nouvelles façons pour régler ses problèmes.					
12- Nous passons trop de temps ensemble.					
13- Mon conjoint (e) et moi partageons également le <i>leadership</i> dans notre famille.					
14- La discipline est juste dans notre famille.					
15- Les membres de notre famille sont trop dépendants les uns envers les autres.					
16- Notre famille est capable de s'ajuster au changement lorsque nécessaire.					
17- Il y a des conséquences strictes lorsqu'on enfreint les règles dans notre famille.					
18- Nous ne semblons jamais organisés dans notre famille.					
19- Il y a des conséquences précises lorsqu'un membre de notre famille fait quelque chose d'incorrect.					
20- Il est difficile de dire qui mène dans notre famille					
21- Notre famille a une règle pour pratiquement toutes les situations possibles.					
22- Les tâches ne se font pas dans notre famille.					
23- Notre famille est extrêmement organisée.					
24- Ce n'est pas clair qui est responsable des tâches dans notre famille (tâches ménagères; activités).					

Sentiment de compétence parentale ³						
Indiquez votre accord ou votre désaccord avec chaque énoncé en lien avec votre sentiment actuel face à votre rôle de parent.	Tout à fait d'accord	D'accord	Moyennement d'accord	Moyennement en désaccord	En désaccord	Tout à fait en désaccord
1- Les problèmes liés à l'éducation de mon enfant sont faciles à régler quand on sait de quelle façon il réagit à ce que nous faisons.						
2- Un parent débutant pourrait apprendre à être un bon parent en prenant exemple sur moi.						
3- On apprend à être parent et la plupart des problèmes d'éducation sont faciles à résoudre.						
4- La compétence que j'acquière en prenant soin de mon enfant répond à mes aspirations personnelles.						
5- Être parent peut être gratifiant, mais moi je me sens frustré(e) parce que mon enfant est trop jeune.						
6- Lorsque je me couche le soir, j'ai l'impression de ne pas avoir fait grand chose pour mon enfant.						
7- Quelquefois, lorsque je devrais contrôler la situation avec mon enfant, je m'en sens incapable.						
8- Mes parents étaient mieux préparés que moi à être un bon parent.						
9- C'est difficile pour un parent de savoir si ce qu'il fait avec son enfant est bon ou mauvais.						
10- Être un bon parent est satisfaisant en soi.						

³ Les questions de ce questionnaire proviennent du *Questionnaire d'auto-évaluation de la compétence parentale* (Terrisse & Trudelle, 1988).

Stress ⁴					
Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez de votre niveau de stress actuel.	Profondément d'accord	D'accord	Incertain	En désaccord	En profond désaccord
1- J'ai souvent l'impression que je ne peux pas très bien m'occuper de mes tâches quotidiennes.					
2- Je me sens coincé(e) par mes responsabilités de parent.					
3- Depuis que j'ai un enfant, j'ai l'impression que ce n'est que très rarement que j'ai la possibilité de faire les choses que j'aime.					
4- Il y a un bon nombre de choses qui me tracassent en ce qui concerne ma vie.					
5- Je me sens seul(e) et sans ami(e).					
6- Je ne suis plus autant intéressé(e) aux gens que je l'étais auparavant.					
7- Mon enfant fait rarement des choses qui me font plaisir.					
8- Mon enfant me sourit beaucoup moins que je m'y attendais.					
9- Lorsque mon enfant joue, il ne rit pas souvent.					
10- Mon enfant ne semble pas sourire autant que la plupart des autres enfants.					
11- Mon enfant s'habitue difficilement à de nouvelles choses et seulement après une longue période.					
12- Je m'attendais à avoir des rapports plus étroits et plus chaleureux avec mon enfant que ceux que j'ai présentement et cela me préoccupe.					
13- Mon enfant semble pleurer ou pleurnicher plus souvent que la plupart des enfants.					
14- J'ai l'impression que mon enfant possède une humeur instable et qu'il se fâche facilement.					
15- Mon enfant réagit vivement lorsqu'il se produit quelque chose qu'il n'aime pas.					

⁴ Les questions de ce questionnaire proviennent de *L'indice de stress parental (ISP)* (Abidin, 1983). Traduit par Bigras et Lafrenière (1996).

Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez de votre niveau de stress actuel.	En profond désaccord	En désaccord	Incertain	D'accord	Profondément d'accord
16- L'horaire de sommeil ou de repas de mon enfant a été beaucoup plus difficile à établir que je croyais.					
17- Réfléchissez bien et comptez le nombre de choses que votre enfant fait qui vous dérangent. (Ex. flâner, refuser d'écouter, réagir avec excès, pleurer, couper la parole, se battre, pleurnicher, etc. Veuillez choisir le numéro qui correspond à ce que vous avez calculé. 1. 1-3 (cochez profondément en accord) 2. 4-5 (cochez en accord) 3. 6-7 (cochez incertain) 4. 8-9 (cochez en désaccord) 5. 10 ou plus (cochez en profond désaccord)					
18- Mon enfant est devenu plus problématique que je m'y attendais.					

Communication⁵					
Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez de la communication familiale actuellement.	Fortement en désaccord	Généralement en désaccord	Indécis	Généralement en accord	Fortement en accord
1- Les membres de la famille sont satisfaits de la façon dont ils communiquent entre eux.					
2- Les membres de la famille sont très à l'écoute.					
3- Les membres de la famille expriment de l'affection entre eux.					
4- Les membres de la famille sont capables de demander aux autres membres ce qu'ils veulent.					
5- Les membres de la famille peuvent discuter calmement des problèmes entre eux.					

⁵ Les questions de ce questionnaire proviennent du *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES IV)* (Olson, 1994). Traduit par Pauzé.

Attitudes parentales ⁶					
Cochez la réponse qui correspond le mieux à votre situation.	Rarement ou jamais	Peu souvent	Quelquefois	Assez souvent	La plupart du temps ou toujours
1- Mon enfant me tape sur les nerfs.					
2- Je m'entends très bien avec mon enfant.					
3- J'ai l'impression de pouvoir vraiment faire confiance à mon enfant.					
4- Je n'aime pas mon enfant.					
5- Mon enfant se conduit bien.					
6- Mon enfant est trop exigeant.					
7- Je souhaiterais ne pas avoir cet enfant.					
8- J'apprécie vraiment être avec mon enfant.					
9- J'ai de la difficulté à contrôler mes activités.					
10- Mon enfant me dérange dans mes activités.					
11- Mon enfant me déplaît.					
12- Je pense que mon enfant est formidable.					
13- Je déteste mon enfant.					

⁶ Les questions de ce questionnaire proviennent de *L'évaluation des attitudes parentales* (Hudson, 1982). Traduit par Comeau et Boisvert (1985).

Petites questions rapides...

*Il n'y a **aucune** mauvaise réponse à ce questionnaire. Le but est plutôt d'apprendre à vous connaître. Répondez de façon spontanée et si jamais vous ne connaissez pas la réponse à une de ces questions, passez à la suivante.*

- 1) Pour décrire le parent que tu es, peux-tu sélectionner les images qui :
 - a) Te ressemblent? [**rôle que tu accomplis ou maîtrises au quotidien avec ton ou tes enfant(s)**]
 - b) Ne te ressemblent pas? [**rôle que tu accomplis ou maîtrises difficilement et/ou rôle que tu aimerais développer davantage avec ton ou tes enfant(s)**]

- 2) Quand tu vis un stress, quels sont tes signaux de stress personnels qui se déclenchent?

- 3) As-tu des inquiétudes par rapport à ton rôle de parent? Si oui, nomme-les.

- 4) Nomme les stratégies que tu utilises pour gérer ton stress.

Annexe XIII

Questionnaire d'évaluation (version B)

Je tisse des liens gagnants

Nom : _____

Date d'évaluation : _____

Fonctionnement familial ⁷					
Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez du fonctionnement de votre famille actuellement.	Fortement en désaccord	Généralement en désaccord	Indécis	Généralement en accord	Fortement en accord
1- Les membres de notre famille se consultent lors de la prise de décisions importantes.					
2- Les membres de notre famille aiment passer une partie de leurs temps libres ensemble.					
3- Les membres de notre famille se sentent très près les uns des autres.					
4- Il est difficile de savoir qui fait les différentes tâches ménagères dans notre famille.					
5- Dans notre famille, nous échangeons les responsabilités ménagères d'une personne à l'autre.					
6- Notre famille fait rarement d'activités, de loisirs ensemble.					
7- Les membres de notre famille fonctionnent surtout de façon indépendante.					
8- Les membres de notre famille se débrouillent seuls lorsqu'il y a un problème à résoudre.					
9- Même si les membres de notre famille ont chacun des intérêts personnels, ils participent tout de même aux activités familiales.					

⁷ Les questions de ce questionnaire proviennent du *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES IV)* (Olson, 1994). Traduit par Pauzé.

Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez du fonctionnement de votre famille actuellement.	Fortement en désaccord	Généralement en désaccord	Indécis	Généralement en accord	Fortement en accord
10- Nous nous sentons trop liés les uns aux autres.					
11- Les membres de notre famille ressentent de la pression pour passer la plupart de leurs temps libres ensemble.					
12- Les membres de notre famille dépendent rarement les uns des autres.					
13- Notre famille est extrêmement organisée.					
14- Les membres de notre famille sont trop dépendants les uns envers les autres.					
15- Lorsque des problèmes surviennent, nous faisons des compromis.					
16- Notre famille est capable de s'ajuster au changement lorsque nécessaire.					
17- Notre famille devient frustrée lorsqu'il y a un changement dans nos plans ou nos routines.					
18- Il est important de suivre les règles dans notre famille.					
19- Une fois qu'une décision est prise, il est très difficile de changer cette décision.					
20- Il n'y a personne qui mène dans notre famille.					
21- Dans notre famille, il y a un bon équilibre entre l'indépendance et la cohésion (les liens serrés entre nous).					
22- Notre famille se sent très agitée et désorganisée.					
23- Ce n'est pas clair qui est responsable des tâches dans notre famille (tâches ménagères; activités).					
24- Nous avons des règles et des rôles clairs dans notre famille.					

Sentiment de compétence parentale ⁸						
Indiquez votre accord ou votre désaccord avec chaque énoncé en lien avec votre sentiment actuel face à votre rôle de parent.	Tout à fait d'accord	D'accord	Moyennement d'accord	Moyennement en désaccord	En désaccord	Tout à fait en désaccord
1- Si quelqu'un peut trouver ce qui ne va pas chez mon enfant, c'est bien moi.						
2- Bien que je sois parent depuis peu de temps, je me sens à l'aise dans ce rôle.						
3- Je crois vraiment que j'ai toutes les compétences nécessaires pour être un bon parent.						
4- La compétence que j'acquière en prenant soin de mon enfant répond à mes aspirations personnelles.						
5- Quelques fois, j'ai l'impression que je n'arrive à rien faire de bon en tant que parent.						
6- Je ne suis pas intéressé à mon rôle de parent, car mes compétences et mes intérêts se situent ailleurs.						
7- Si être parent d'un jeune enfant était plus intéressant, je serais plus motivé(e) à jouer mon rôle de parent.						
8- Être un bon parent est satisfaisant en soi.						
9- Être parent me rend tendu et anxieux.						
10- C'est difficile pour un parent de savoir si ce qu'il fait avec son enfant est bon ou mauvais.						

⁸ Les questions de ce questionnaire proviennent du *Questionnaire d'auto-évaluation de la compétence parentale* (Terrisse & Trudelle, 1988).

Stress ⁹					
Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez de votre niveau de stress actuel.	Profondément d'accord	D'accord	Incertain	En désaccord	En profond désaccord
1- Je me retrouve à sacrifier une partie de ma vie plus grande que prévue à répondre aux besoins de mes enfants.					
2- Depuis que j'ai cet enfant, il m'a été impossible de faire des choses nouvelles et différentes.					
3- Je suis mécontent(e) du dernier vêtement que je me suis acheté(e).					
4- Avoir un enfant a causé plus de problèmes que j'avais prévus dans la relation avec mon (ma) partenaire.					
5- Lorsque je vais à une soirée, je m'attends habituellement à ne pas avoir de plaisir.					
6- Je n'ai pas autant de plaisir qu'auparavant.					
7- La plupart du temps, j'ai l'impression que mon enfant m'aime et qu'il veut être près de moi.					
8- Lorsque je fais quelque chose pour mon enfant, il me semble que mes efforts ne sont pas très appréciés.					
9- Mon enfant ne semble pas apprendre aussi rapidement que la plupart des autres enfants.					
10- Mon enfant n'a pas autant de capacités que je m'y attendais.					
11- J'ai l'impression d'être : 1. Un bon parent (cochez profondément d'accord); 2. Un meilleur parent que la moyenne (cochez d'accord); 3. Un aussi bon parent que la moyenne (cochez incertain); 4. Une personne qui éprouve certaines difficultés à être parent (cochez en désaccord); 5. Un parent qui ne joue pas très bien son rôle de parent (cochez en profond désaccord).					
12- Quelquefois, mon enfant fait des choses qui me dérangent juste pour être méchant.					

⁹ Les questions de ce questionnaire proviennent de *L'indice de stress parental (ISP)* (Abidin, 1983). Traduit par Bigras et Lafrenière (1996).

Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez de votre niveau de stress actuel.	Profondément d'accord	D'accord	Incertain	En désaccord	En profond désaccord
13- Mon enfant se réveille en général de mauvaise humeur.					
14- Mon enfant fait certaines choses qui me dérangent beaucoup.					
15- Mon enfant s'emporte facilement pour des petites choses.					
16- J'en suis arrivé(e) à penser que d'amener mon enfant à faire quelque chose ou de l'amener à cesser de faire quelque chose est : 1. Beaucoup plus difficile que je croyais (cochez profondément d'accord); 2. Un peu plus difficile que je croyais (cochez d'accord); 3. Aussi difficile que je croyais (cochez incertain); 4. Un peu plus facile que je croyais (cochez en désaccord); 5. Beaucoup plus facile que je croyais (cochez en profond désaccord).					
17- Il y a certaines choses que mon enfant fait qui me dérangent vraiment beaucoup.					
18- Mon enfant exige plus de moi que la plupart des enfants.					

Communication ¹⁰					
Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez de la communication familiale actuellement.	Fortement en désaccord	Généralement en désaccord	Indécis	Généralement en accord	Fortement en accord
1- Les membres de la famille discutent de leurs idées et croyances entre eux.					
2- Lorsque les membres de la famille se posent des questions entre eux, ils obtiennent des réponses honnêtes.					
3- Les membres de la famille tentent de comprendre les sentiments des autres membres.					
4- Lorsqu'ils sont fâchés, les membres de la famille disent rarement des choses négatives à propos des autres membres.					
5- Les membres de la famille expriment leurs vrais sentiments entre eux.					

¹⁰ Les questions de ce questionnaire proviennent du *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES IV)* (Olson, 1994). Traduit par Pauzé.

Attitudes parentales ¹¹					
Cochez la réponse qui correspond le mieux à votre situation.	Rarement ou jamais	Peu souvent	Quelquefois	Assez souvent	La plupart du temps ou toujours
1- Je déteste mon enfant.					
2- Je suis très patient(e) avec mon enfant.					
3- J'apprécie vraiment mon enfant.					
4- J'aime être en compagnie de mon enfant.					
5- J'ai l'impression que je n'aime pas mon enfant.					
6- Mon enfant est très irritant.					
7- Je me sens très fâché(e) face à mon enfant.					
8- Je me sens violent(e) vis-à-vis de mon enfant.					
9- Je me sens très fier(e) de mon enfant.					
10- Je souhaiterais que mon enfant ressemble plus à d'autres enfants que je connais.					
11- Je n'arrive pas à comprendre mon enfant.					
12- Mon enfant est une vraie source de joie pour moi.					
13- J'ai honte de mon enfant.					

¹¹ Les questions de ce questionnaire proviennent de *L'évaluation des attitudes parentales* (Hudson, 1982). Traduit par Comeau et Boisvert (1985).

Annexe XIV**Grille de cotation des habiletés de communication dans le groupe**

Date de la rencontre : _____

Nom du participant(e)	Habilité 1 : S'exprimer au je	Habilité 2 : Écouter les autres	Habilité 3 : Respecter le tour de parole
1-			
2-			
3-			
4-			
5-			
6-			
7-			
8-			

Commentaires :
