

Université de Montréal

# **Comment intervenir sur la compétence et le sentiment de compétence parentale de parents vivant des difficultés?**

par

Marie-Eve Cardinal

École de service social

Faculté des arts et sciences

Rapport d'analyse de pratiques présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.) en service social

Mai 2010

© Marie-Eve Cardinal, 2010

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce rapport d'analyse de pratiques intitulé:

Comment intervenir sur la compétence et le sentiment de compétence parentale de parents  
vivant des difficultés?

Présenté par :  
Marie-Eve Cardinal

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Dominique Damant, directrice de recherche

Pauline Morissette, membre du jury

## Table des matières

<b><u>REMERCIEMENTS</u></b> .....	p.vii
<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	p.1
<b><u>CHAPITRE I : Présentation du milieu de stage</u></b> .....	p.3
<b>1.1. Origines du CSSS Jeanne-Mance</b> .....	p.3
<b>1.2. Mission du CSSS Jeanne-Mance</b> .....	p.4
<b>1.3. Programme FEJ : mandat et objectifs</b> .....	p.6
<b>1.4. Caractéristiques du milieu</b> .....	p.6
<b>1.5. Portrait de la clientèle</b> .....	p.8
<b>1.6. Services offerts</b> .....	p.9
<b>1.7. Intervention psychosociale</b> .....	p.12
<i>1.7.1. Évaluation</i> .....	p.12
<i>1.7.2. Plan d'intervention</i> .....	p.13
<i>1.7.3. Réalisation du plan d'intervention</i> .....	p.13
<i>1.7.4. Terminaison de l'intervention</i> .....	p.15
<b><u>CHAPITRE II : Cadre théorique</u></b> .....	p.17
<b>2.1. Exercice du rôle parental</b> .....	p.17
<b>2.2. La compétence parentale</b> .....	p.19
<i>2.2.1. Construction sociale de la compétence parentale</i> .....	p.20
<i>2.2.2. Conceptualisation de la compétence parentale</i> .....	p.22
<i>a) Approche clinique</i> .....	p.22
<i>b) Approche environnementale</i> .....	p.24
<i>c) Approche juridique</i> .....	p.25
<i>d) Approche développementale</i> .....	p.26
<i>e) Compétence parentale : résultat d'une interaction</i> .....	p.27

2.2.3.	<i>Déterminants de la compétence parentale</i> .....	p.28
a)	<i>Déterminants individuels</i> .....	p.28
b)	<i>Déterminants environnementaux</i> .....	p.30
<b>2.3.</b>	<b>Sentiment de compétence parentale</b> .....	p.32
2.3.1.	<i>Définitions</i> .....	p.32
2.3.2	<i>Déterminants du sentiment de compétence parentale</i> .....	p.34
a)	<i>Déterminants individuels</i> .....	p.34
b)	<i>Déterminants environnementaux</i> .....	p.37
<b>2.4.</b>	<b>Attentes sociales face à la maternité</b> .....	p.39
<b>2.5.</b>	<b>Intervention</b> .....	p.41
2.5.1.	<i>Évaluation</i> .....	p.42
2.5.2.	<i>Comment favoriser la compétence et le sentiment de compétence parentale</i> .....	p.44
<b><u>CHAPITRE III : Études de cas</u></b> .....		p.48
<b>3.1.</b>	<b>La situation de Francine et de sa fille Lina</b> .....	p.48
3.1.1.	<i>Profil de la famille</i> .....	p.48
3.1.2.	<i>Demande d'aide et facteurs précipitant</i> .....	p.49
3.1.3.	<i>Histoire de la situation problème et mesures prises auparavant pour la résoudre</i> .....	p.49
3.1.4	<i>État de santé physique et mentale</i> .....	p.50
3.1.5.	<i>Antécédents personnels, conjugaux et familiaux</i> .....	p.50
3.1.6.	<i>Réseau social significatif</i> .....	p.50
3.1.7.	<i>Attentes et motivation envers la démarche</i> .....	p.51
3.1.8.	<i>Éléments favorisant et nuisant à la résolution du problème/Facteurs de risques</i> .....	p.51
3.1.9.	<i>Évaluation de la compétence parentale</i> .....	p.51
3.1.10.	<i>Évaluation du sentiment de compétence parentale</i> .....	p.53

3.1.11. Intervention auprès de cette famille.....	p.55
3.1.12. Critique de l'intervention auprès de cette famille.....	p.57
3.1.13. Ce qui aurait pu être fait pour mieux accompagner cette famille.....	p.58
3.1.14. Influences des présupposés sur la relation intervenante-client.....	p.59
<b>3.2. La situation de Marion, Alain et leur fille Nelly.....</b>	<b>p.61</b>
3.2.1. Profil de la famille.....	p.61
3.2.2. Demande d'aide et facteurs précipitant.....	p.61
3.2.3. Histoire de la situation problème et mesures prises auparavant pour la résoudre.....	p.61
3.2.4. État de santé physique et mentale.....	p.62
3.2.5. Antécédents personnels, conjugaux et familiaux.....	p.62
3.2.6. Réseau social significatif.....	p.64
3.2.7. Attentes et motivation envers la démarche.....	p.64
3.2.8. Éléments favorisant et nuisant à la résolution du problème/Facteurs de risques.....	p.65
3.2.9. Évaluation de la compétence parentale.....	p.65
3.2.10. Évaluation du sentiment de compétence parentale.....	p.68
3.2.11. Intervention auprès de cette famille.....	p.69
3.2.12. Critique de l'intervention auprès de cette famille.....	p.70
3.2.13. Ce qui aurait pu être fait pour mieux accompagner cette famille.....	p.71
3.2.14. Influences des présupposés sur la relation intervenante-client.....	p.72
<b>3.3. La situation d'Édith et de sa fille Léa.....</b>	<b>p.74</b>
3.3.1. Profil de la famille.....	p.74
3.3.2. Demande d'aide et facteurs précipitant.....	p.74
3.3.3. Histoire de la situation problème et mesures prises auparavant pour la résoudre.....	p.75
3.3.4. État de santé physique et mentale.....	p.76
3.3.5. Antécédents personnels, conjugaux et familiaux.....	p.76

3.3.6. Réseau social significatif.....	p.76
3.3.7. Attentes et motivation envers la démarche.....	p.76
3.3.8. Éléments favorisant et nuisant à la résolution du problème/Facteurs de risques.....	p.76
3.3.9. Évaluation de la compétence parentale.....	p.77
3.3.10. Évaluation du sentiment de compétence parentale.....	p.78
3.3.11. Intervention auprès de cette famille.....	p.79
3.3.12. Critique de l'intervention auprès de cette famille.....	p.80
3.3.13. Ce qui aurait pu être fait pour mieux accompagner cette famille.....	p.81
3.3.14. Influences des présupposés sur la relation intervenante-client.....	p.83
<b><u>CHAPITRE IV : Analyse de l'intervention</u></b> .....	p.84
<b>4.1. Exercice du rôle parental</b> .....	p.84
<b>4.2. Compétence parentale</b> .....	p.84
4.2.1. Déterminants individuels.....	p.85
4.2.2. Déterminants environnementaux liés au microsystème.....	p.86
4.2.3. Déterminants environnementaux liés au macrosystème.....	p.86
<b>4.3. Sentiment de compétence parentale</b> .....	p.87
4.3.1. Déterminants individuels.....	p.87
4.3.2. Déterminants environnementaux liés au microsystème.....	p.88
4.3.3. Déterminants environnementaux liés au macrosystème.....	p.89
<b>4.4. Intervention</b> .....	p.90
4.4.1. Évaluation.....	p.90
4.4.2. Intervention sur la compétence parentale et le sentiment de compétence parentale.....	p.91
<b>4.5. Perspectives critiques sur la formation en service social</b> .....	p.93
4.5.1. Construction du cadre théorique : une aide qui vient a posteriori.....	p.93
4.5.2. L'approche réflexive.....	p.94
4.5.3. Intervention auprès des hommes.....	p.94

**CONCLUSION**.....p.96

**BIBLIOGRAPHIE**.....p.99

**ANNEXE I**.....p.viii

*À ma grand-mère, Gilberte*



## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon conjoint, Adrian, pour son soutien face à ce projet de maîtrise. Ta disponibilité et nos nombreuses discussions ont favorisé ma réflexion, et tes encouragements m'ont poussé de l'avant et donner l'envie de mener ce beau projet à terme. Je remercie également mes parents, André et Johanne, mes beaux-parents, Nina et Lyon, de même que le reste de la famille. Votre présence et grande disponibilité ont permis tant la rédaction de ce rapport que la complétion de mes études. Vous êtes à mes yeux la preuve qu'avec un bon soutien social, la conciliation famille-travail-étude est possible!

Deuxièmement, je remercie mes amis, pour leur soutien et l'intérêt qu'ils ont porté envers ma démarche. Un gros merci à Catherine, pour ta disponibilité, tes bons conseils et ta façon de m'amener à relativiser face à mes doutes.

Troisièmement, je tiens à remercier ma directrice, Dominique Damant, pour l'encadrement offert pendant la rédaction de ce rapport. Ton point de vue critique m'a permis non seulement de me surpasser au fil de la rédaction, mais également de poursuivre ma réflexion sur la pratique.

Quatrièmement, j'aimerais remercier Carole Fontaine, travailleuse sociale aux CLSC des Faubourgs, pour la supervision offerte durant mon stage. Ta passion envers la profession a été contagieuse, m'a grandement inspirée et surtout permis de comprendre qu'une fois les études terminées, chaque jour reste formateur.

Cinquièmement, je désire remercier Pauline Morissette qui a accepté de faire l'évaluation de ce rapport d'analyse de pratiques.

Finalement, un énorme merci à ma petite Maya, adorable rayon de soleil qui m'amène fréquemment à réfléchir sur la compétence parentale...Et à mini-pou qui est resté sagement au chaud pendant neuf mois, permettant ainsi la rédaction de ce rapport.

## **INTRODUCTION**

Depuis quelques années, la parentalité est devenue l'objet d'étude de plusieurs disciplines : psychologie, psychoéducation, éducation, service social, anthropologie, sociologie. La production de savoirs liée à cet engouement s'est notamment traduite par la publication d'un grand nombre d'ouvrages dédiés aux parents, les renseignant, d'une part, sur le développement de l'enfant, les pratiques éducatives «optimales», l'importance de la stimulation précoce, etc. Mais d'autre part, ce trop-plein d'informations visant à encadrer les pratiques parentales nourrit également les attentes sociales sur ce que constitue un «bon» parent, ajoutant à la pression vécue par l'exercice du rôle parental. Ainsi, la compétence d'un parent peut être évaluée par plusieurs sources, allant de la famille immédiate à l'intervenant-expert, et le regard posé peut s'avérer lourd de conséquences pour un parent et son enfant. Mais qu'est-ce qu'un «bon» parent? Quelles caractéristiques possède-t-il?

À travers le stage réalisé à l'équipe petite enfance du CLSC des Faubourgs, les parents rencontrés m'ont amenée à me questionner sur la notion de compétence parentale. L'expérience m'a permis de constater que cette notion est multidéterminée et qu'il n'est pas facile 1) de statuer sur la compétence parentale d'un individu et 2) d'intervenir afin d'en permettre l'actualisation. Par ailleurs, j'ai également remarqué que si certains parents se montrent très compétents auprès de leur enfant, ils ne semblent pas se percevoir comme tels. Ainsi, afin d'en apprendre davantage ses deux aspects, j'ai choisi d'en faire le sujet de mon rapport d'analyse de pratiques. Plus précisément, je cherche à définir la compétence et le sentiment de compétence parentale, à en identifier les principaux déterminants et surtout à préciser les éléments d'intervention favorisant ces deux notions. J'espère ainsi pouvoir m'outiller en tant que future travailleuse sociale à accompagner plus adéquatement les parents vivant des difficultés au niveau de leur compétence et/ou de leur sentiment de compétence parentale.

Le premier chapitre présente le milieu de stage, soit le service petite enfance du CLSC des Faubourgs (CSSS Jeanne-Mance), qui offre un accompagnement psychosocial aux familles ayant des enfants âgés entre 0 et 5 ans. J'y expose brièvement l'institution ainsi que le mandat et les objectifs du programme Famille enfance jeunesse dans lequel s'insère le service petite enfance. Par ailleurs, je dresse un portrait du milieu et de la clientèle, des services fournis par l'équipe et je détaille l'intervention psychosociale.

Dans le deuxième chapitre, je présente les notions théoriques entourant la compétence et le sentiment de compétence parentale. Je présente différentes définitions de ces deux concepts ainsi que les facteurs individuels et environnementaux qui les déterminent. J'aborde ensuite la question des attentes sociales face à la maternité et je termine ce chapitre en identifiant les principes d'intervention qui favorisent la compétence et le sentiment de compétence parentale.

Le troisième chapitre décrit la situation de trois familles dont les difficultés vécues sont liées à des enjeux touchant à la compétence et au sentiment de compétence parentale. J'expose d'abord leur situation familiale et je propose par la suite une évaluation de la compétence et du sentiment de compétence des parents rencontrés à partir des éléments relevés dans le cadre théorique. J'évalue ensuite en quoi l'intervention proposée a permis d'intervenir ou non sur la compétence et le sentiment de compétence parentale, ce qui aurait pu être fait pour mieux accompagner la famille et finalement, je me penche sur l'influence qu'ont pu avoir mes présupposés sur la relation client-intervenant.

Le dernier chapitre propose une analyse transversale de l'intervention. Afin de faire le lien entre le cadre théorique et les données cliniques, je reviens sur les notions de compétence et de sentiment de compétence parentale et j'identifie les éléments mentionnés dans la littérature se retrouvant dans les études de cas, notamment concernant les déterminants individuels, micro- et macrosystémiques. J'analyse également en quoi les interventions proposées aux parents correspondent ou non aux principes préconisés dans le cadre théorique et je propose des hypothèses pour expliquer ce qui a posé problème. J'expose en dernier lieu quelques critiques la formation offerte dans le cadre du programme de maîtrise en service social, notamment en identifiant les éléments qui auraient pu faciliter l'intervention auprès des familles rencontrées.

## **CHAPITRE I – Présentation du milieu de stage**

J'ai effectué mon stage au sein de l'équipe petite enfance du programme Famille enfance jeunesse (FEJ) du CLSC des Faubourgs, établissement affilié au CSSS Jeanne-Mance. Propre du stage en service social, cette expérience enrichissante m'a permis de faire le pont entre la théorie et la pratique et d'apprendre concrètement les rudiments de l'intervention psychosociale. Cependant, de par mon parcours académique et professionnel, il était important pour moi d'effectuer un stage en enfance, mais également dans un service de première ligne, visant une intervention de nature préventive. J'avais aussi un grand intérêt à travailler dans un contexte volontaire. Le service petite enfance, en offrant des services aux familles avec enfants âgés de 0 à 5 ans, répondait à ces principaux intérêts et a su susciter une réflexion sur l'intervention auprès de ces familles.

Ce premier chapitre décrit de façon très large mon milieu de stage. Il présente les origines et la mission du CSSS Jeanne-Mance, le mandat et les objectifs du programme FEJ, les caractéristiques du milieu, un portrait de la clientèle rencontrée et les divers services offerts au sein de l'équipe. Une dernière section détaille le travail des intervenants sociaux de l'équipe en exposant brièvement les quatre grandes étapes de l'intervention psychosociale.

### **1.1. Origines du CSSS Jeanne-Mance**

Suite à l'adoption en décembre 2003 de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de service sociaux, un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région du Québec est entrepris, basé sur des réseaux locaux de services. Ainsi, dans un souci de «*rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus*» (MSSS, 2009), 95 réseaux locaux sont mis en place à l'échelle de la province dès juin 2004. Né de la fusion entre les centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergement et de soins de longues durées (CHSLD) et, bien souvent, d'un centre hospitalier, le centre de santé et de services sociaux (CSSS) est ainsi créé. Celui-ci a comme rôle d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à la population locale (MSSS, 2009).

Le CSSS Jeanne-Mance est créé suite à cette réforme et gère les services pour le quartier centre-sud de l'arrondissement municipal Ville-Marie ainsi que pour l'arrondissement municipal Plateau Mont-Royal, à Montréal. Il comprend ainsi les CHSLD Centre-Ville de Montréal, Émilie-Gamelin, Armand-Lavergne et ceux du Plateau Mont-Royal, de même que les CLSC Saint-Louis-du-Parc (arrondissement Mile-End), Plateau Mont-Royal et des Faubourgs (arrondissement Ville-Marie). Le centre hospitalier de l'Université de Montréal agit à titre d'hôpital de première instance, mais il est prévu que l'hôpital Notre-Dame intègre la structure du CSSS Jeanne-Mance en 2011. Ceci garantira un volet hospitalier à l'offre de service (CSSS Jeanne-Mance, 2009a).

## **1.2. Mission du CSSS Jeanne-Mance**

Étant donné la population diversifiée et vulnérable de son territoire, mais tout en étant cohérente avec les priorités nationales et régionales, la mission globale du CSSS Jeanne-Mance est sous-tendue par trois grands enjeux (CSSS Jeanne-Mance, 2009b; 2008a):

- Agir en amont des problèmes de santé et des problèmes sociaux, donc en prévention;
- Adapter et développer les soins et les services à l'intention des clientèles vulnérables et des clientèles particulières. Le CSSS se donne ainsi une responsabilité populationnelle;
- Améliorer l'accès et la qualité des soins et des services sur le territoire.

De plus, le CSSS désire mettre en place des conditions et des environnements favorables qui permettraient à la clientèle de prendre en charge sa propre santé. En effet, s'appuyant sur la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, il considère que chacun doit avoir les ressources nécessaires, de même que les capacités physiques et psychologiques pour vivre activement et agir dans son milieu (CSSS Jeanne-Mance, 2009b; 2008b).

Parallèlement, le CSSS Jeanne-Mance, possède trois missions plus spécifiques, soit les missions CLSC, hébergement et universitaire. Le volet CLSC offre des services de santé et des services sociaux de première ligne à la clientèle. On entend par première ligne des services permettant *«de prévenir, de résoudre ou de réduire la majorité des problèmes*

*sociaux ou de santé courants vécus par l'ensemble de la population et par certaines clientèles vulnérables ou particulières.»* (CSSS Jeanne-Mance, 2009c : p.1). Plus spécifiquement, la clientèle bénéficie de services d'accueil, d'évaluation et d'orientation, de services de santé et de services psychosociaux. Le CSSS a également quelques mandats particuliers liés à sa réalité populationnelle et a donc développé des programmes en ce sens : équipe itinérance, clinique jeunes de la rue, accueil aux personnes d'origine chinoise, etc. (CSSS Jeanne-Mance, 2009a; 2008a).

La mission hébergement propose des services et des soins appropriés aux personnes âgées et en perte d'autonomie. Le CSSS Jeanne-Mance offre donc à cette clientèle un milieu de vie substitut, des services d'hébergement et des soins adaptés. Plus précisément, parmi toutes les ressources en hébergement, nous retrouvons des unités spécifiques (type I ou II), une unité prothétique, une unité de réadaptation fonctionnelle intensive, de l'hébergement temporaire, quatre centres de jour, un hôpital de jour de même que des ressources non institutionnelles (CSSS Jeanne-Mance, 2009a; 2008b).

Finalement, la mission universitaire du CSSS Jeanne-Mance lui donne une responsabilité d'enseignement et de recherche. Faisant partie des six CSSS à l'échelle de la province à avoir la désignation de Centre affilié universitaire, il accueille donc de nombreux stagiaires postsecondaires chaque année, notamment de ses deux universités associées, l'Université de Montréal et l'Université du Québec à Montréal. Par ailleurs, le Centre de recherche sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) a été mis en place en partenariat avec l'Université de Montréal, ce qui intègre des activités de recherche à la mission globale du CSSS Jeanne-Mance (CSSS Jeanne-Mance, 2008b).

### **1.3. Programme FEJ: mandat et organisation**

Le programme FEJ cherche à mettre en place les conditions favorisant le maintien d'une qualité de vie. Il vise également à soutenir le développement optimal des enfants tant au niveau de la santé qu'aux niveaux psychologique, cognitif et social. Dans l'optique d'offrir des services de première ligne à sa clientèle, les mandats du programme FEJ sont la

promotion de la santé, la prévention et l'intervention auprès des familles en difficultés ainsi que le maintien dans le milieu. C'est pourquoi l'équipe multidisciplinaire (organiseurs communautaires, travailleurs sociaux, psychologues, nutritionnistes, infirmières, éducateurs, sages-femmes et orthophonistes) propose des activités de dépistage, de prévention, d'intervention et d'actions dans la communauté (Fontaine, 2007).

Le programme est divisé en quatre services : service jeunesse (6-25 ans), service jeunesse scolaire, service de sages-femmes et le service petite enfance. Celui-ci se compose de deux équipes : une au CLSC Plateau Mont-Royal et l'autre au CLSC des Faubourgs.

#### **1.4. Caractéristiques du milieu**

Les résidents du territoire du CSSS Jeanne-Mance sont moins favorisés qu'ailleurs à Montréal. La population y est aussi économiquement hétérogène : beaucoup de personnes pauvres vivent parmi les plus riches, conséquence du phénomène de gentrification qui touche ce territoire. Par ailleurs, nous y voyons évoluer de nombreux problèmes sociaux : itinérance, prostitution, toxicomanie (CSSS Jeanne-Mance, 2009a).

Le territoire du CLSC des Faubourgs est composé des quartiers Sainte-Marie, Saint-Jacques, Faubourgs Saint-Laurent et Vieux-Montréal. La population y est en croissance et comptait 45 365 individus en 2001. La densité y est de 7351 habitants au km<sup>2</sup>, ce qui est de beaucoup supérieur à la densité moyenne pour Montréal (3624 habitants au km<sup>2</sup>). Près de la moitié de la population (45%) réside dans le quartier Sainte-Marie. Contrairement à la tendance montréalaise, l'âge moyen y est en baisse (40 ans), le groupe d'âge dominant étant les adultes dans la vingtaine (CLSC des Faubourgs, 2003).

Lorsque l'on considère le territoire de façon globale, nous pouvons voir qu'il compte un taux d'immigrants nettement inférieur à celui de Montréal (18% versus 28%). Ce chiffre reflète bien la réalité des quartiers Sainte-Marie, Saint-Jacques et du Vieux-Montréal où la population née au pays prédomine. Cependant, la situation dans le quartier Faubourg Saint-Laurent est différente. Une forte proportion de personnes d'origine chinoise y réside. De

plus, nous pouvons retrouver aux Habitations Jeanne-Mance<sup>1</sup> une population multiethnique, où plus de 70 pays sont représentés (CLSC des Faubourgs, 2003).

Le territoire du CLSC des Faubourgs compte 7945 familles, soit une hausse de 7.7% depuis 1996. Cette augmentation est de 3,5% supérieure à la moyenne montréalaise. Cependant, seulement un peu plus de la moitié de ces familles (51%) ont des enfants et en 10 ans, le nombre de familles avec enfants a diminué de 8%, comparativement à une augmentation de 3,4% pour Montréal. La moitié des familles avec enfants sont monoparentales, avec des femmes à leur tête dans 90% des cas. Pour l'ensemble de Montréal, la proportion de familles avec enfants est de 63%, dont seulement un tiers sont monoparentales (CLSC des Faubourgs, 2003).

Le territoire compte un taux élevé de sous-scolarisation. En effet, 26% des personnes de 15 ans et plus ne possèdent pas de diplôme d'études secondaires tandis que 28% d'entre elles ont terminé des études universitaires. Ceci est comparable à la moyenne montréalaise. Cependant, nous retrouvons de grandes variations entre les différents quartiers du territoire : si 65% des résidents du quartier Vieux-Montréal possèdent un diplôme universitaire, 32% de la population de Sainte-Marie n'a pas de diplôme d'études secondaires et 52% des jeunes de ce quartier âgés de 15 et 24 ans ne fréquentent pas l'école. Ce taux est de 32% pour l'ensemble de Montréal (CLSC des Faubourgs, 2003).

Alors que la population active du territoire est en augmentation (65%), le taux de chômage y reste élevé (12%). De plus, exception faite du quartier du Vieux-Montréal où les revenus sont très élevés, les ménages du territoire ont des revenus moindres que la moyenne montréalaise (35 827\$ contre 49 452\$). Ceci s'explique notamment par le taux élevé de personnes travaillant à temps partiel (53%) ainsi que par la proportion plus élevée de personnes prestataires de la Sécurité de Revenu. Globalement, 48% des ménages ont un faible revenu, ce qui est bien supérieur à la moyenne montréalaise de 29%. La situation est particulièrement préoccupante dans le quartier Sainte-Marie, où les revenus sont les plus

---

<sup>1</sup> Habitations Jeanne-Mance est un projet de logement social regroupant 788 unités réparties dans 28 immeubles. Il est situé entre les rues Ontario (nord), Boisbriand (sud), Sanguinet (est) et Saint-Dominique (ouest). (Source : Corporation d'Habitations Jeanne-Mance)



bas, mais où l'on retrouve aussi le plus de familles avec enfants. (CLSC des Faubourgs, 2003).

Au niveau de la santé, l'espérance de vie y est inférieure à la moyenne montréalaise (71 ans versus 78 ans), tandis que l'espérance de vie sans incapacité est de 59 ans, comparativement à 69 ans pour Montréal. Par ailleurs, les mères du territoire ont leurs enfants plus jeunes, sont moins scolarisées et la proportion de grossesses adolescentes y est plus élevée que pour l'ensemble de Montréal. Quant au taux de mortalité, il a diminué, mais il reste plus élevé que la moyenne montréalaise. Les décès sont principalement liés aux maladies de l'appareil respiratoire. Par contre, le taux de mort par suicide y est 2,5 fois plus élevé que pour l'ensemble de Montréal (CLSC des Faubourgs, 2003).

### **1.5. Portrait de la clientèle**

Diverses problématiques sociales touchent la clientèle rencontrée au service petite enfance. Nous y retrouvons principalement (Fontaine, 2007):

- des familles dites à risque, isolées, pauvres, qui vivent dans des conditions difficiles ou dont le réseau de soutien social est insatisfaisant;
- des familles avec des problèmes de toxicomanie (consommation, vente, prises dans un réseau), vivant dans une certaine désorganisation familiale;
- des problèmes de négligence physique et/ou affective, de rejet, où les parents ne sont pas en mesure d'évaluer les besoins de leur enfant, ce qui compromet leur développement;
- des problèmes de relations difficiles, de conflits répétitifs avec l'entourage et au sein de la famille. Ceci s'explique souvent par des problèmes de frontières, de limites, de rôles embrouillés;
- des situations d'abus physiques et/ou sexuels impliquant de la violence, des attouchements sexuels, bref, un non-respect de l'intimité;
- des problèmes de santé mentale chez les parents ou les enfants tels que la dépression, des troubles de la personnalité, des troubles anxieux ou des idées suicidaires. On y

rencontre également des enfants avec un déficit d'attention (avec ou sans hyperactivité), des enfants avec une faible estime de soi;

- des parents ayant des troubles de conduite, voire des démêlés avec la justice;
- des enfants avec des troubles de comportements, qui sont en opposition avec l'autorité. Ceci s'explique souvent par un manque d'encadrement, une insuffisance des limites et des frontières;
- des difficultés dans l'adaptation au rôle parental, suite à une naissance, une séparation;
- des situations de violence conjugale et/ou familiale.

### **1.6. Services offerts**

Les divers professionnels du programme petite enfance offrent une vaste gamme de services. Tout d'abord, le service de soins infirmiers propose des rencontres pré- et postnatales en groupe, font les visites postnatales à domicile ainsi que le suivi auprès des familles vulnérables et de celles inscrites aux services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE). Le personnel infirmier offre également des consultations en allaitement de même qu'aux bébés de 0 à 3 mois, assure une présence aux haltes-allaitement et s'occupe de la vaccination. Il offre par ailleurs des services plus spécialisés, tel qu'un suivi en cas de deuil périnatal (CSSS Jeanne-Mance, 2009c).

De façon très large, les services psychosociaux font de l'évaluation et de l'intervention auprès d'individus ou de familles. Les travailleurs sociaux accompagnent leurs clients dans leur processus de changement visant à accéder à un meilleur équilibre de vie. Ils font également de l'enseignement et du *counseling* quant à l'ajustement au rôle parental en période pré- et postnatale. Ils peuvent offrir un accompagnement et du soutien lorsque des démarches plus spécifiques sont entreprises (e.g. séparation). Finalement, ils s'occupent de faire une référence personnalisée vers d'autres ressources ou d'autres professionnels de l'équipe si la personne ou la famille nécessite des services spécialisés (e.g. psychoéducation, auxiliaire familiale) (CSSS Jeanne-Mance, 2009c).

Les services en nutrition proposent des consultations individuelles pour les femmes enceintes et les enfants âgés de 0 à 5 ans ainsi que des ateliers d'introduction à l'alimentation solide chez les bébés. Les nutritionnistes agissent à titre de personnes-ressources tant auprès de la clientèle que des organismes communautaires du quartier. Ils animent des ateliers au sein des organismes impliqués dans les environnements favorables et offrent également un suivi individuel aux femmes enceintes inscrites au programme SIPPE (CSSS Jeanne-Mance, 2009c).

Les services de psychoéducation font du dépistage auprès des enfants présentant potentiellement des problèmes d'adaptation, de développement ou de comportement. Pour ce faire, les psychoéducateurs observent et évaluent les capacités adaptatives de l'enfant en tenant compte de l'environnement physique, familial et social. Les interventions sont donc de nature préventive ou rééducative, et peuvent s'inscrire dans les divers milieux de vie de l'enfant. Les psychoéducateurs vont également soutenir la relation parent-enfant ainsi que les habiletés parentales. Finalement, ils agissent à titre de personnes-ressources auprès des autres intervenants du territoire en les sensibilisant aux causes des difficultés d'adaptation, aux facteurs qui les corrigent et à ceux qui les préviennent. Ils jouent donc un rôle actif dans les centres de la petite enfance (CPE) et les organismes communautaires orientés vers les familles (CSSS Jeanne-Mance, 2009c).

Les services en éducation spécialisée offrent différents ateliers soutenant le développement de l'enfant. Un atelier de stimulation s'adresse aux enfants de 2 à 5 ans présentant différentes difficultés (motrices, sociales, comportementales, etc.). L'atelier les Premiers Pas est destiné aux parents d'enfant de 0 à 12 mois et vise à travailler le lien d'attachement. Finalement, des ateliers sont offerts durant l'été aux enfants d'âge préscolaire n'ayant jamais fréquenté un service de garde afin de favoriser leur intégration scolaire à l'automne. Ces différents ateliers sont accessibles sur référence de l'équipe multidisciplinaire uniquement. Par ailleurs, les éducateurs spécialisés travaillent au soutien de la relation parent-enfant et des habiletés parentales, notamment en faisant des interventions à domicile. Ils accompagnent également les familles inscrites au programme SIPPE afin de renforcer le lien d'attachement (CSSS Jeanne-Mance, 2009c).

Les services en orthophonie proposent différentes soirées d'information afin de renseigner les parents sur le développement du langage. Une évaluation des enfants est alors proposée aux parents ayant des inquiétudes quant à ce développement. En cas de difficultés, les enfants sont suivis en petits groupes. Par ailleurs, les orthophonistes font de l'observation et du dépistage des enfants dans les milieux de garde (voir plus loin le programme I.E.P.). Ils forment également les éducatrices en CPE., les intervenants du CSSS et des organismes communautaires quant aux indices de difficultés langagières chez les enfants d'âge préscolaire. Finalement, ils animent également Les Placoteux, un atelier parents-enfants proposant des activités de stimulation du langage et de la communication (CSSS Jeanne-Mance, 2009c).

Sur référence d'un intervenant de l'équipe multidisciplinaire, les familles du territoire peuvent bénéficier des services d'une auxiliaire familiale et sociale. Celle-ci fournit une aide temporaire en l'absence ou l'incapacité transitoire d'un ou des deux parents. Elle peut faire de l'enseignement quant à l'éducation des enfants, l'organisation de la vie familiale, l'alimentation, l'hygiène. Finalement, elle participe aux tâches domestiques afin de pourvoir au maintien du bien-être familial (CSSS Jeanne-Mance, 2009c).

Le CLSC des Faubourgs offre le programme d'Intervention Éducative Précoce (I.E.P.). Ce programme s'adresse aux CPE et prématernelles partenaires du territoire. Ces établissements bénéficient directement des services d'orthophonistes, psychoéducateurs et travailleurs sociaux, qui leur proposent soutien, dépistage et interventions dans le but d'assurer le développement optimal des enfants vivant diverses difficultés. Des formations sont également offertes au personnel des CPE. Par ailleurs, des discussions de cas mensuelles sont animées par un psychoéducateur et un travailleur social. Les intervenants des CPE peuvent donc présenter de façon informelle une situation préoccupante au sujet d'un enfant (CSSS Jeanne-Mance, 2009c).

### **1.7. Intervention psychosociale**

Nous l'avons vu, les problématiques rencontrées sont nombreuses, variées et parfois concomitantes. Ainsi, l'intervention peut se faire sur plusieurs niveaux et avec différents systèmes. Le travailleur social de l'équipe petite enfance est appelé à intervenir au niveau de l'individu, de la famille, à l'extérieur de la famille, en réseau, dans la communauté. Deux autres éléments viennent encore complexifier l'intervention. D'abord, la demande d'aide est souvent faite par un tiers (les parents, le CPE) pour des difficultés que l'on dit relever de l'enfant. De plus, le succès de l'intervention sociale nécessite la mobilisation et l'implication du/des parents. Ces deux éléments nécessitent souvent qu'une prise de conscience soit faite sur le rôle que le parent a à jouer dans le processus de changement (Fontaine 2007). Malgré cette complexité, l'intervention se découpe généralement en quatre grandes étapes, soient l'évaluation, l'élaboration du plan d'intervention, la réalisation de l'intervention et sa terminaison.

### *1.7.1. Évaluation*

L'évaluation permet avant tout une prise de contact avec la personne. Comme nous le rappelle Renaud (2008a), il ne s'agit pas de cibler des difficultés et de poser un diagnostic, mais d'apprendre à connaître la personne, d'identifier ses forces et capacités. Elle nous permet de comprendre la personne, sa situation pour finalement nous amener à formuler des hypothèses qui nous aideront à cheminer avec le client. Le processus commence dès la première rencontre et bien qu'il soit souvent perçu comme une étape fixe de l'intervention psychosociale, il est plus juste de le comprendre comme un processus dynamique et continu :

La vie d'une personne, d'un groupe, dans un contexte donné est en perpétuel changement et devenir. Rien de plus complexe et de plus mouvant. C'est sur cette réalité que s'inscrit le processus d'évaluation, et, comme elle, l'évaluation faite par le travailleur social change, évolue, se redéfinit à chaque étape, à chaque rencontre, à la lumière de chaque fait nouveau.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Cristina de Robertis, *Méthodologie de l'intervention en travail social: l'aide à la personne*, Paris, Le Centurion, 1981, p.130.

Ultimement, l'évaluation détermine les objectifs de travail et les moyens de les atteindre, soit ce qui se retrouvera dans le plan d'intervention.

### *1.7.2. Plan d'intervention*

Le plan d'intervention comprend les objectifs à atteindre ainsi que les moyens à mettre en place pour y parvenir. Il permet au client et à l'intervenant d'établir un échéancier et d'identifier des indicateurs d'atteinte des objectifs. Il s'agit donc d'un outil très pratique, d'un contrat, en quelque sorte, qui s'élabore entre le client, le travailleur social et l'institution fréquentée. Il permet à ces trois acteurs : « (...) *de confronter leurs projets respectifs, d'ajuster leurs attentes et leurs désirs et de les confronter à la réalité de ce qu'il est possible d'atteindre* » (de Robertis, 1981 : p.153). Par ailleurs, le plan d'intervention permet la mobilisation des clients dans la résolution de leurs problèmes et de leur faire prendre conscience du chemin parcouru tout au long du processus de changement (de Robertis, 1981). En CLSC, le plan d'intervention prend toujours une forme écrite et doit se retrouver au dossier du client.

Encore une fois, il faut concevoir le plan d'intervention non pas comme un outil statique et figé qu'on se doit d'appliquer, mais plutôt comme un processus dynamique qui se trouve au cœur de l'intervention psychosociale. Il se transforme à mesure que la relation entre l'intervenant et le client se construit, que de nouvelles hypothèses sont formulées, que des changements sont verbalisés par le client. Il se module en fonction des attentes et des capacités de ce dernier et des ressources disponibles (Renaud, 2008b).

### *1.7.3. Réalisation du plan d'intervention*

Il est difficile dans la pratique de séparer la phase d'intervention des deux étapes précédentes. En effet, elle débute souvent durant l'évaluation. Mais en poursuivant l'explication des étapes de façon logique, nous pouvons comprendre la réalisation de l'intervention comme la somme des actions que le travailleur social fait consciemment et

volontairement pour accompagner le client dans l'atteinte des objectifs d'intervention (de Robertis, 1981).

Les interventions peuvent être faites directement sur la famille ou de façon indirecte. De Robertis (1981) nomme interventions directes celles qui se déroulent en relation face à face entre l'intervenant et le client, interventions où ils se retrouvent tous deux acteurs. Quant aux interventions indirectes, ce sont les actes que le travailleur social pose en l'absence du client. *«Il s'agit d'actions menées afin d'organiser son travail, de planifier des actions qui se réaliseront ensuite avec le client et aussi d'actions menées au bénéfice du client, mais en dehors de la participation active et directe de celui-ci. Le TS est alors acteur pour le client»* (De Robertis, 1981 : p.215). Par exemple, lorsque le travailleur social fait une demande pour une place prioritaire en CPE, il exerce une action indirecte pour son client.

Van de Sande et al. (2002) catégorisent également les interventions selon leur caractère direct ou indirect, mais la définition qu'ils font de ces deux catégories est différente. Une action directe est de l'ordre de la micro-intervention et comprend le travail fait auprès des individus, des familles et des petits groupes. L'action indirecte est de l'ordre de la macro-intervention et correspond à la pratique qui se fait auprès des systèmes plus grands : des organismes, des communautés ou la société en général.

Cette variété dans les définitions de ce qui caractérise l'intervention en travail social nous permet de rendre compte de la diversité du champ d'action sur le terrain. Ainsi, je considère que chacune des définitions mentionnées ci-dessus décrit le travail de l'intervenant social en CLSC, travail varié et complexe puisqu'il implique des situations qui le sont tout autant. Selon une situation donnée, le travailleur social est amené à puiser dans l'éventail des actions liées à son mandat afin d'accompagner au mieux son client. Si les actions indirectes de type macro-intervention ne font pas autant parties du quotidien que l'intervention individuelle, il ne faut pas perdre de vue qu'il est possible pour un travailleur social en CLSC de les exercer, en développant des partenariats avec certains organismes communautaires ou en participant aux tables de concertation du quartier par exemple.

La principale approche utilisée au service petite enfance est l'approche systémique. Elle permet une *« (...) meilleure compréhension des enjeux entourant la demande d'aide, une*

*vision élargie des problèmes identifiés, dégage la personne symptôme des responsabilités et des difficultés (...) » (Fontaine, 2007 : p.4). Cependant, d'autres approches sont également utilisées : approche réseau, approche écologique, approche comportementale et approche analytique. Mais peu importe l'approche préconisée, ce qui caractérise le rôle du travailleur social est sa préoccupation pour les relations et les liens entre les individus qui gravitent autour de l'enfant, son souci de miser sur les forces des clients tout au long du suivi psychosocial et l'attention qu'il porte à la famille dans son ensemble, et ce, même si l'intervention se fait au niveau individuel (Fontaine, 2007).*

#### *1.7.4. Terminaison de l'intervention*

Moment crucial du processus d'intervention, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que cette étape est peu développée dans la littérature, rarement étudiée et souvent expédiée et mal gérée dans la pratique (de Robertis, 1981; Bourgon, 2003; van de Sande et al., 2002). Or la terminaison demande beaucoup d'habiletés de la part de l'intervenant afin de consolider les progrès et les acquis du client, de renforcer sa capacité de réussir, son pouvoir d'agir. Client et intervenant s'assurent que les effets du travail seront généralisables dans la vie quotidienne (Bourgon, 2003; van de Sande et al., 2002). Comme le rappelle Renaud (2008c), l'intervention doit avoir une fin, qu'elle soit planifiée ou non, décidée d'un commun accord ou unilatéralement.

On parle le plus souvent de fin planifiée, soit « *le moment où les objectifs de changement que les partenaires s'étaient proposés sont atteints* » (de Robertis, 1981 : 292). Elle représente en quelque sorte le scénario idéal. Cette fin est préparée et projetée dès le début du processus d'intervention et, surtout, rappelée au client. Elle représente une étape positive puisqu'elle implique que le client a résolu ses difficultés et/ou a suffisamment cheminé pour se passer de nos services. La dernière entrevue avec le client permet de faire un bilan du chemin parcouru, des capacités développées, des difficultés surmontées. Cependant, travailleur social et client peuvent décider ensemble de mettre fin à l'intervention lorsqu'il n'y a plus de progression en lien avec les objectifs de départ (Renaud, 2008c).

Par ailleurs, il est très courant dans la pratique que la fin de l'intervention se fasse à l'initiative du client. Celui-ci peut arrêter directement le travail pour diverses raisons (ne



plus en ressentir le besoin, déménagement, etc.) ou encore procéder par évitement : ne pas se présenter aux rencontres, ne pas répondre à la porte lors de visites à domicile, ne pas donner suite à une première démarche. Situations parfois préoccupantes pour le travailleur social qui se voit élaborer un éventail d'hypothèses explicatives. Il peut cependant en profiter pour se pencher sur sa pratique avec ce client en particulier (de Robertis, 1981).

Une autre pratique courante au programme petite enfance est la passation de dossier. En effet, bien que l'on mise sur la stabilité, une mutation de service, un congé parental ou encore la maladie peuvent exiger un changement d'intervenant. Cela ne représente pas réellement une fin de l'intervention, mais constitue un moment clé permettant de faire un bilan avec le client du progrès accompli et de clarifier les objectifs de travail. Une préparation doit également se faire avec le nouvel intervenant pour lui présenter la situation du client, son plan d'intervention, ce qui a été fait jusqu'à présent. Idéalement, une rencontre à trois devrait être organisée par le travailleur social sortant afin que la démarche soit personnalisée et que tous puissent discuter ensemble du changement d'intervenant (de Robertis, 1981).

## **CHAPITRE II- Cadre théorique**

L'objectif de ce chapitre est d'élaborer un ensemble de notions théoriques qui permettront une meilleure compréhension de la compétence et du sentiment de compétence parentale. L'exercice permettra 1) de mieux comprendre les situations vécues par certaines familles rencontrées dans le cadre de mon stage; 2) de prendre en considération les principaux facteurs influençant la compétence et le sentiment de compétence parentale; 3) de cerner les aspects de l'intervention favorisant la compétence et le sentiment de compétence parentale. Ainsi, le chapitre est découpé en 5 sections. Je présente d'abord en quoi consiste, au point de vue théorique, l'exercice du rôle parental pour ensuite enchaîner sur la notion de compétence parentale. Je démontre en quoi celle-ci est construite socialement, de quelles façons elle est conceptualisée dans la littérature et quels en sont ses principaux déterminants. La troisième section porte sur le sentiment de compétence parentale. J'y énonce quelques définitions retrouvées dans la littérature de même que les principaux déterminants recensés. La quatrième section expose les attentes sociales quant à la maternité et en quoi ces attentes peuvent influencer le sentiment de compétence parentale des mères. Finalement, le chapitre se termine par une section sur l'intervention où je dégage les éléments dont on devrait tenir compte afin de favoriser la compétence et le sentiment de compétence parentale.

### **2.1. Exercice du rôle parental**

Comme l'expliquent Boily, St-Onge et Toutant (2006), le terme parentalité est de plus en plus employé dans la littérature. Il implique avant tout le fait d'être parent, et fait ensuite

référence aux comportements qui sont liés à l'exercice du rôle parental. Celui-ci est très valorisé et associé au passage vers le statut d'adulte, contribuant de façon notable au développement de l'individu (Mowbray, Oyserman et Ross, 1995).

L'exercice du rôle parental vise avant tout la satisfaction des besoins biopsychosociaux de l'enfant à travers les diverses activités de la vie quotidienne. S'inspirant de la pyramide des besoins de Maslow<sup>3</sup>, Boily, St-Onge et Toutant (2006) font référence à quatre catégories de besoins à combler chez l'enfant : 1) les besoins de base (manger, dormir, les soins d'hygiène, etc.); 2) les besoins affectifs (relation chaleureuse avec l'enfant, interactions positives, marques d'affection, écoute, disponibilité, sensibilité, etc.); 3) les besoins éducatifs (soutenir le développement des capacités cognitives, des habiletés personnelles et sociales) et; 4) les besoins de supervision (encadrement sécuritaire, cohérent et constant).

En somme :

l'exercice du rôle parental consiste à assurer une réponse satisfaisante aux différents besoins de l'enfant et à adopter des stratégies d'éducation qui permettent à celui-ci de développer graduellement ses habiletés afin de répondre de façon autonome et responsable à ses besoins, facilitant ainsi son intégration et sa participation à la société.<sup>4</sup>

Par ailleurs, l'enfance semble plus valorisée de nos jours, ce qui se reflète dans le statut social que l'on donne à l'enfant et l'ensemble des lois qui le protègent (Göpfert, Webster et Nelki, 2004). Au Québec, la loi sur la protection de la jeunesse garantit les droits de l'enfant par le biais des droits et des devoirs parentaux. Ce sont (Roy, Lépine et Robert, 1990) :

- Le droit et le devoir de garde;
- Le droit et le devoir surveillance;
- Le droit et le devoir d'éducation;
- Le droit de correction
- Le devoir de nourrir et d'entretenir son enfant.

---

<sup>3</sup> Selon Maslow, les besoins humains peuvent être classés, par ordre d'importance, en 5 catégories subordonnées les unes aux autres : les besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'actualisation de soi. Pour plus de détails, le lecteur peut consulter Boily, St-Onge et Toutant (2006).

<sup>4</sup> Marc Boily, Mireille St-Onge & Marie-Thérèse Toutant, *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale : Regard sur la parentalité*, Montréal, Éditions du CHU Ste-Justine, 2006, p.49.

Ainsi, l'exercice du rôle parental est partiellement encadré juridiquement, ce qui signifie que notre société s'est donnée comme mandat d'assurer aux enfants une réponse à leurs besoins via les droits et devoirs de leurs parents.

Par ailleurs, Göpfert, Webster et Nelki (2004) insistent sur le fait que la parentalité est un construit interpersonnel, puisqu'il implique deux personnes en relation, et social, puisque les normes sociales ont leur rôle à jouer dans son élaboration. Ainsi, il est impossible de définir la parentalité de manière universelle puisque l'exercice du rôle parental varie selon la culture, les circonstances de vie. C'est pourquoi ces auteurs considèrent qu'une compréhension de la parentalité comme étant l'exercice d'un rôle permet de tenir compte de ces aspects. Ainsi, un enfant a besoin de grandir et pour ce faire, une personne doit prendre soin de lui. Nous avons donc une relation réciproque. En faisant une analogie avec un script, ils expliquent que chaque acteur de la relation tente d'interpréter le script à sa manière, de façon unique. Mais le script dans son ensemble ne peut être joué qu'avec une distribution d'acteurs plus large, incluant non seulement l'enfant et son parent, mais également des membres du réseau élargi dont la présence est nécessaire au bon développement de l'enfant.

Cependant, le rôle du milieu ne se limite pas à l'entourage familial. En effet, le développement du rôle parental est influencé par l'environnement et la période au sein desquels la parentalité est vécue. Les changements sociaux qui se sont produits ces dernières années ont entraîné une multitude de structures familiales qui ont à leur tour transformé l'exercice des rôles parentaux. Ces changements sociaux peuvent parfois être si rapides que les parents doivent composer avec des rôles différents de ceux qui les ont accompagnés durant leur jeunesse et ils sont exposés à une pluralité de modèles, deux aspects les contraignant à redéfinir le rôle parental (Dubeau et Devault, 2009; Lacharité, 2006).

## **2.2. La compétence parentale**

Je présente dans cette section quelques notions de base sur le concept de compétence parentale. J'explique d'abord en quoi la compétence parentale est une représentation

construite socialement. Par la suite, j'expose différentes approches qui proposent diverses conceptualisations et définitions de la compétence parentale et je termine en tentant de circonscrire quels en sont les principaux déterminants.

Avant d'aller plus loin, il importe dans un premier temps de comprendre que compétence parentale et capacités parentales sont des concepts bien distincts. Pour Lacharité (2006), une capacité fait référence à l'habileté ou l'aptitude à faire quelque chose alors que la compétence renvoie à la reconnaissance sociale de cette capacité. Un peu dans le même sens, Roy, Lépine et Robert (1990) font la distinction entre la compétence naturelle et la compétence sociale. En effet, puisque la capacité parentale s'inscrit dans un cadre juridique, une certaine compétence parentale est antérieure à cette capacité puisque l'on présume qu'un parent est compétent à la base pour s'occuper de son enfant. Cette compétence reposerait sur le lien biologique qui l'unit à son enfant, l'humain possédant une habileté naturelle à répondre aux besoins de la survie biopsychosociale de son espèce. Bien que ces auteurs tentent d'établir une base innée à la compétence parentale, il est possible d'avancer que cette conception biologique est avant tout une représentation sociale. Quant à la compétence sociale, elle s'établit en fonction des valeurs sociales ou à travers un ensemble de normes et règles sociales. Il semble donc pertinent de comprendre la compétence parentale comme un construit de notre société.

### *2.2.1. Construction sociale de la compétence parentale*

Plusieurs auteurs ont réfléchi à l'idée que la compétence parentale est tributaire des valeurs et normes sociales d'une société donnée. Il est donc difficile de traiter de la compétence parentale en dissociant les traits individuels qui la décrivent du contexte plus large qui l'encadre (Comité de la santé mentale du Québec, 1985, cité dans Pouliot et al., 2008). À la base, notre société a une position tranchée quant à la qualité des soins qui devraient être donnés aux enfants et, par extension, sur les parents jugés incapables de répondre «adéquatement» aux besoins de leur enfant (Lapierre et al., 2008). Selon la sociologue britannique Ann Oakley (1974, cité dans Lapierre et al., 2008), peu de choses sont plus condamnables dans une société centrée sur l'enfance.

Le concept de compétence parentale implique qu'un jugement posé par un observateur externe est porté sur l'aptitude d'un parent à exercer son rôle. Cette évaluation est faite en déterminant si la performance d'un parent répond aux normes et attentes de la société (Sabatelli et Waldron, 1995). Selon Lacharité (2006), cela implique donc un jugement et, le cas échéant, une sanction quant aux actions d'un parent. En somme :

Une compétence est donc toujours une capacité reconnue et légitimée socialement. Pour être considéré compétent, il faut se soumettre avec succès aux regards des autres et, en particulier, de certains autres ayant un pouvoir de juger sur la base de leur expérience (par exemple d'autres parents de l'entourage) ou de leur statut social (par exemple, des professionnels).<sup>5</sup>

Les présupposés de la recherche dans le domaine de la parentalité reflètent eux aussi cette idée d'une construction sociale de la notion de compétence parentale : un parent doit transmettre les valeurs, les normes, les règles, les savoirs de la société (ou catégories et groupes sociaux). Être un parent compétent implique donc de déterminer ce qui est à transmettre (Stanciulescu, 1996). On attribue plus de valeurs à certaines habiletés qu'à d'autres : en tant que parent, il ne suffit pas d'être capable de faire certaines choses, il faut être en mesure de faire les bonnes (Lacharité, 2006). Cependant, étant donné l'évolution rapide de la société, les critères qui vont définir la compétence parentale ne sont pas les mêmes d'une génération à l'autre. Tel que mentionné précédemment, la parentalité se redéfinit et se construit dans un processus intergénérationnel (Stanciulescu, 1996).

Considérant que la compétence parentale est construite socialement, il importe donc en tant qu'intervenant de tenir compte des variations inter et intraethniques dans les conceptions de cette notion (Massé, 1991). Il faut également considérer l'influence du milieu : selon Ogbu (1987, cité dans Massé 1991), il est inadéquat de juger de la compétence parentale de parents issus de milieux défavorisés à partir des normes de classes plus aisées. En effet, les besoins des enfants de même que les caractéristiques du milieu dans lequel la famille évolue demandent aux parents de développer des stratégies éducatives adaptées à leur réalité

---

<sup>5</sup>Carl Lacharité, Postface de Carl Lacharité. Dans M. Boily, M. St-Onge & M-H Toutant (Aus), *Au-delà des troubles mentaux, la vie de famille : Regard sur la parentalité*, Montréal, Éditions du CHU Sainte-Justine, 2006, p.237.

(Massé, 1991). À ce sujet, Giguère (1998) nous informe que la littérature portant sur le concept de compétence parentale illustre qu'il est porteur des valeurs de la classe moyenne majoritaire et très peu d'écrits ont été produits sur cette notion pour les parents issus de milieux défavorisés.

### *2.2.2. Conceptualisation de la compétence parentale*

La notion de compétence parentale est complexe et difficile à circonscrire. Beaucoup d'auteurs utilisent ce concept dans leurs travaux, sans toutefois le définir de façon claire et précise. Et lorsqu'ils le font, ils font souvent référence aux déterminants de la compétence parentale plutôt qu'à sa nature propre (Pouliot et al., 2008).

Différents facteurs contribuent à la difficulté d'établir une définition. Tout d'abord, certains auteurs affirment que les rôles maternel et paternel amènent une contribution différente au développement de l'enfant. Ainsi, la compétence parentale maternelle n'implique pas nécessairement les mêmes éléments que la compétence parentale paternelle (Dubeau et Devault, 2009; Le Camus, 2000). Cependant, cette vision n'est pas consensuelle et d'autres auteurs démontrent plutôt que les rôles maternel et paternel ont un effet similaire sur le développement de l'enfant (Dubeau et Devault, 2009). Par ailleurs, les caractéristiques propres à l'enfant, comme son sexe ou son tempérament, vont interagir avec les caractéristiques du parent, entraînant une dynamique unique. Les pratiques parentales développées peuvent donc varier en fonction de chaque enfant, ajoutant à la difficulté de statuer sur ce que représente la compétence parentale (Trudelle et Montambault, 1994).

Bien qu'il n'existe pas de définition claire, une certaine classification des différentes conceptualisations de la notion de compétence parentale reste possible et importante à faire. En effet, la compréhension des différentes approches permet à l'intervenant de faire un choix parmi celles-ci, générant par le même fait des stratégies particulières pour l'intervention (Roy, Lépine et Robert, 1990). Ainsi, en se basant sur les travaux de Roy, Lépine et Robert (1990), Ballenski et Cook (1982) et Lemme (1999), Pouliot et al. (2008)

proposent de définir la compétence parentale selon quatre approches : 1) l'approche clinique, 2) l'approche écologique 3) l'approche juridique et 4) l'approche développementale.

*a) Approche clinique*

Globalement, cette approche se penche sur les caractéristiques personnelles et sur les attitudes parentales qui sont mobilisées dans l'exercice du rôle parental (Roy, Lépine et Robert, 1990). S'inspirant de travaux de recherche issus de la psychologie, de l'éducation et des sciences infirmières, cette approche tente d'identifier les habiletés nécessaires afin d'être qualifié de «parent compétent» ou, à l'inverse, «*sur l'analyse des pathologies et des incapacités des parents. Dans cette perspective, les incompétences parentales sont principalement attribuables à des caractéristiques individuelles, et l'accent est mis sur la relation parent-enfant*» (Pouliot et al. 2008 : p.67). Ainsi, dans la pratique, l'approche clinique est utilisée en intervention individuelle. Elle est également très pertinente pour l'évaluation des compétences parentales, souvent lorsqu'un diagnostic doit être posé sur celles-ci (e.g. dans le cadre de la protection de la jeunesse). En effet, la nature des travaux dans le domaine se prête bien à l'élaboration d'instruments de mesure permettant de guider l'évaluation des intervenants (Roy, Lépine et Robert, 1990).

La psychologie définit la compétence parentale selon les caractéristiques des parents et la qualité de la relation parent-enfant. Selon Legendre (2005), la notion de compétence fait référence à l'habileté «réelle» du parent à répondre aux besoins de l'enfant. Ceci sous-entend qu'une certaine objectivité est visée. Cependant, la nature des attitudes et comportements nécessaires pour répondre à ces besoins varie selon les auteurs. Par exemple, pour Giguère (1998) un parent compétent favorise le développement optimal de son enfant en étant chaleureux, spontané et mature envers lui. De plus, il exprime ses émotions, fait preuve de réciprocité et éprouve du plaisir ainsi que de l'intérêt à être avec lui. Pour Belksy (1984), un parent jugé compétent démontre trois habiletés fondamentales : de la patience, de la ténacité et de la responsabilité. La compétence parentale implique d'être sensible aux besoins de l'enfant et d'investir dans sa relation avec lui. Stokes (1993, cité dans Miron, 1998a) considère que les sept éléments suivants sont reliés à la compétence



parentale : 1) l'amour de l'enfant; 2) la discipline et les limites; 3) la cohérence; 4) la capacité de tirer profit de ses erreurs; 5) la communication avec l'enfant et le conjoint; 6) le temps passé avec l'enfant; et 7) le réalisme quant aux tâches et aux objectifs éducatifs.

La conception de la compétence parentale issue des travaux en sciences de l'éducation a de nombreux points en commun avec celle du champ de la psychologie. Cependant, cette discipline met davantage l'emphase sur l'impact de la compétence parentale sur l'enfant, notamment au niveau de son adaptation sociale et scolaire (Pouliot et al., 2008). De plus, une grande distinction conceptuelle existe chez plusieurs auteurs, à savoir que la compétence parentale n'est pas le savoir, mais plutôt le fait de mettre en pratique. Ainsi, un parent dit compétent a la capacité ou l'habileté à accomplir ses tâches parentales. Par le biais des méthodes disciplinaires et du style d'éducation adopté, le parent compétent place son enfant dans des conditions favorisant l'apprentissage et l'amène vers un développement optimal (Duclos et Laporte, 1995 cités dans Giguère, 1998).

D'autres auteurs dans le champ de l'éducation voient la compétence parentale comme un processus évolutif, impliquant non seulement un ensemble de caractéristiques qu'un parent possède, mais également une possibilité pour ces caractéristiques de croître et se développer (Pouliot et al., 2008). Ainsi, pour Miron (1998a : p.54), un parent compétent possède une *«aptitude à évoluer dans des situations complexes et changeantes, aptitude semblable à celle du praticien qui doit apprendre à résoudre les problèmes toujours nouveaux qui se présentent à lui.»* Ses recherches l'amènent donc à proposer une définition réflexive de la compétence parentale, qui implique de développer une capacité à tenir compte de la complexité des situations, d'adopter des moyens éducatifs correspondant aux objectifs et valeurs parentales et d'utiliser les moyens des personnes de son entourage qui peuvent être utiles. Par ailleurs, le parent compétent expérimente, observe, réfléchit et ajuste ses actions afin de tirer profit des expériences. Il comprend donc que l'apprentissage de son rôle est continu (Miron, 1998b).

Finalement, le concept de compétence parentale tel que proposé par les sciences infirmières met davantage l'emphase sur les soins donnés à l'enfant qui favorisent le développement

ainsi que sur la perception du parent de sa compétence parentale (Giguère, 1998; Mercer et Ferketich, 1994).

*b) Approche environnementale*

Globalement, l'approche environnementale se fonde sur la reconnaissance de l'influence qu'exercent les facteurs environnementaux sur l'ensemble du système social et des sous-systèmes qui le forment. Ainsi, en ce qui concerne la compétence parentale, cette approche est plus complète que l'approche clinique. En effet, on se penche ici sur les conditions environnementales nécessaires à la compétence parentale, en mettant l'accent sur les facteurs qui ont un impact sur la qualité de la relation parent-enfant (Roy, Lépine et Robert, 1990).

S'appuyant sur le modèle écologique de Bronfenbrenner<sup>6</sup>, Bouchard (1981, cité dans Roy, Lépine et Robert, 1990) a démontré comment l'approche environnementale s'applique au champ de la compétence parentale. Ainsi, en tenant compte des dimensions systémiques de l'environnement physique et social proposées par Bronfenbrenner, Bouchard met l'accent sur le contexte global dans lequel la parentalité s'exerce. Une relation parent-enfant adéquate va dépendre des conditions sociales et physiques immédiates de la famille, des différentes relations qu'entretiennent ses membres avec l'extérieur, de l'influence de ce dernier sur l'établissement et la fréquence des interactions parent-enfant, des normes et valeurs culturelles en vigueur dans la société et, finalement, de l'étape évolutive où se situe la famille dans le cycle de vie.

Au niveau de l'intervention, on cherche à comprendre les aspects interactionnels et les facteurs environnementaux (conditions sociales, économiques et culturelles) qui affectent la qualité de la relation parent-enfant. On se centre donc sur une analyse sociale des comportements des parents plutôt que sur une analyse des dysfonctionnements entourant la relation parent-enfant (Roy, Lépine et Robert, 1990).

*c) Approche juridique*

---

<sup>6</sup> Cet auteur propose un modèle systémique de l'environnement social divisé en quatre sous-systèmes : macrosystème, exosystème, mésosystème, microsystème. Pour plus de détails sur ce modèle, le lecteur peut consulter M. Jacques et M. Baillargeon (1997).

Influencée par le droit familial et la loi de la protection de la jeunesse, l'approche juridique conçoit la compétence parentale comme la capacité du parent à répondre aux besoins physiques, émotifs et d'apprentissage de l'enfant (Otis, 1996, cité dans Miron, 1998a). Par ailleurs, on présume, d'une certaine façon, de la compétence d'un parent en reconnaissant qu'il est le mieux placé pour répondre aux besoins de son enfant. Cependant, nous l'avons vu précédemment, cette autorité parentale n'est pas absolue : elle est encadrée par la loi sur la protection de la jeunesse. Ainsi, si la présomption de compétence est contestée, i.e. si le développement ou la sécurité de l'enfant sont compromis, l'État québécois a le pouvoir de se substituer au parent. Le parent est alors responsable de prouver que son enfant n'est pas en danger. Ainsi, l'approche juridique met l'emphase sur les incapacités parentales, cherchant à identifier les lacunes dans l'exercice du rôle parental, orientant l'intervention vers le contrôle social de ces incapacités plutôt que vers l'identification et le développement d'une compétence parentale (Pouliot et al., 2008; Roy, Lépine et Robert, 1990).

Les décisions relatives à la garde d'un enfant dans le cadre d'un divorce ou d'une séparation demandent également aux experts du domaine juridique de tenir compte de la compétence parentale. Pour Desjardins (1999), il faut alors tenir compte 1) de la capacité du parent à répondre aux besoins physiques, émotifs et éducatifs de son enfant; 2) de la présence éventuelle d'un syndrome d'aliénation parentale et 3) des styles parentaux pour apprécier la compétence d'un parent. Ellis (2001, cité dans Pouliot et al., 2008) suggère plutôt que l'on tienne compte des quatre caractéristiques suivantes dans l'évaluation de la compétence parentale : 1) la maturité psychologique du parent; 2) le fonctionnement cognitif; 3) la santé mentale et 4) l'estime de soi.

Ainsi, difficile de ne pas remarquer l'influence qu'a la psychologie sur la notion juridique de compétence parentale. Il semble que cette approche ne soit que très peu influencée par l'approche environnementale et tient principalement compte de variables individuelles (Pouliot et al., 2008).

#### *d) Approche développementale*

Selon l'approche développementale, le rôle parental ainsi que l'expérience particulière d'un parent doivent s'inscrire dans le contexte du développement d'un individu, d'une famille,

d'une culture ou d'une cohorte. En ce sens, le développement humain ne se limite pas à l'enfance et à l'adolescence, mais se déroule tout au long de la vie, et la parentalité en constitue un élément clé. Par ailleurs, bien que les valeurs et attitudes parentales concernant l'éducation des enfants demeurent relativement stables, les parents doivent cependant ajuster leurs pratiques éducatives en fonction de l'âge de l'enfant, de son développement. D'un point de vue développemental, la compétence parentale implique donc une adaptation des pratiques parentales en fonction des besoins et compétences de chaque âge (Pouliot et al., 2008; Belsky, 1984; Ballenski et Cook, 1982).

e) *Compétence parentale : résultat d'une interaction*

Ainsi, afin de mieux rendre compte de la complexité de la notion de compétence parentale, il importe que la considérer sous de multiples angles (Miron, 1998a). Roy, Lépine et Robert (1990 : p.32) recommandent d'ailleurs de concevoir : « (...) que le développement de la compétence parentale est le résultat d'une interaction complexe entre les caractéristiques de l'individu et de son environnement. » Plus spécifiquement, ils affirment qu'il n'est pas suffisant d'encourager et soutenir l'exercice du rôle parental au niveau de l'individu, il faut également assurer des conditions sociales et économiques garantes du développement de la compétence parentale.

Pour Lacharité (2006), la compétence parentale relève de la conjonction et coordination de trois processus, alliant également des caractéristiques parentales à la capacité d'interaction avec l'environnement, celui-ci exposant bien souvent des exigences sociales que le parent doit décoder et atteindre. Ainsi, un parent compétent doit se référer à des modèles qu'il peut observer autour de lui. Mais, tel que mentionné précédemment, la discontinuité actuelle existant entre les générations et la pluralité des modèles à disposition complexifient cet apprentissage vicariant. La compétence du parent réside donc dans la qualité du regard qu'il pose autour de lui. Par ailleurs, la compétence parentale est appréciée par la façon dont un parent est observé par les «autres» : son enfant, son conjoint, le réseau social, etc. La compétence parentale se construit donc à travers le regard de ces «autres.» Finalement, un parent compétent est capable de poser un regard sur lui-même, développant une forme de

subjectivité où il devient «sujet parental». La compétence parentale implique de se soucier de ce que l'on fait et des conséquences de ses propres actions sur l'enfant.

Donc, à la lueur de ces écrits, je crois que de considérer la compétence parentale selon une combinaison des approches clinique et environnementale est pertinent pour l'intervention auprès des parents suivis en CLSC. En effet, nous sommes en contexte volontaire et le suivi se fait fréquemment en individuel auprès de parents qui demandent souvent à être outillés pour faire face à leurs difficultés. Cependant, l'influence de l'environnement peut être facilement évacuée du contexte d'intervention et je crois qu'il importe de lui redonner sa place. D'une part, cela évite de rendre le parent entièrement responsable advenant le constat d'un manque de compétence. D'autre part, cela permet d'élargir le champ d'intervention à ce qui pourrait être fait pour renforcer les éléments de l'environnement social qui aideront la compétence parentale à se développer pleinement et être soutenue. En ce sens, nous identifierons dans la prochaine section quels sont les déterminants individuels et environnementaux de la compétence parentale.

### *2.2.3. Déterminants de la compétence parentale*

Il est difficile de déterminer précisément quels facteurs ont un effet sur le développement de la compétence parentale (Roy, Lépine et Robert, 1990). En effet, les déterminants de la compétence parentale varient selon le cadre théorique utilisé, influençant du même coup les variables utilisées dans les études. Cependant, il est possible de faire ressortir quelques déterminants de la littérature. La section qui suit présente donc quelques-uns des principaux éléments influençant le développement de la compétence parentale selon les approches individualiste et environnementale.

#### *a) Déterminants individuels*

Liée aux approches clinique et développementale, la conception individualiste part de la prémisse que la compétence parentale n'est pas innée. Il est nécessaire pour le parent d'acquérir certaines connaissances et de développer des habiletés particulières pour répondre aux besoins de son enfant. Cependant, certaines caractéristiques parentales peuvent faciliter ce processus : la maturité psychologique, le fonctionnement cognitif adulte et le fait d'avoir

des attentes réalistes par rapport au rôle parental (Julian, 1983, cité dans Giguère, 1998). Pour Léonard (1994, cité dans Pouliot et al., 2008) et Massé (1991), le temps est déterminant dans l'acquisition de la compétence parentale, car plus un parent peut se référer à ses expériences passées, plus il est susceptible de développer des moyens et de mobiliser des ressources pour exercer son rôle, l'apprentissage de ce dernier se faisant au fil des jours. Cette idée de la temporalité est également mise de l'avant par la psychologie cognitive avec la théorie des schémas parentaux (Azar, Nix et Makin-Byrd, 2005). Concrètement, ceux-ci font référence à des informations dans la mémoire qui permettent de classer les expériences passées et aident à faire face aux situations nouvelles. Les schémas parentaux problématiques seraient ceux impliquant des attentes inadaptées envers les enfants. Azar, Nix et Makin-Byrd (2005) soulignent que de nombreuses études ont démontré que les parents abusifs ou négligents ont un haut niveau d'attentes irréalistes quant aux habiletés physiques et sociocognitives de leur enfant.

Parmi les autres caractéristiques personnelles soutenant l'exercice du rôle parental et contribuant ainsi au développement de la compétence parentale, nous retrouvons l'organisation, la capacité d'introspection, l'efficacité à résoudre des problèmes et les habiletés de communications. La santé mentale du parent joue également un rôle sur l'exercice de la parentalité, mais il n'y a pas de lien direct entre celle-ci et la compétence parentale (Bouchard et al., 2003, cité dans Pouliot et al., 2008). En effet, ce sont plutôt les manifestations du trouble mental qui auront une incidence souvent temporaire sur la compétence parentale, et non sur la capacité parentale. Ainsi, une fois ces manifestations stabilisées, le parent présentant un problème de santé mentale est en mesure d'exercer son rôle (Boily, St-Onge et Toutant, 2006).

Belsky (1984) propose un modèle théorique des déterminants de la compétence parentale qui comprend les caractéristiques personnelles du parent, de l'enfant et des systèmes de soutien (dont je traite plus en détail dans la prochaine sous-section). Les caractéristiques venant du parent seraient les plus déterminantes puisqu'elles influencent l'ensemble des relations que celui-ci entretient avec son entourage (relations conjugale, amicales, professionnelles). Concernant spécifiquement la compétence parentale, considérée d'un point de vue

développemental, son principal déterminant serait la maturité psychologique du parent, qui lui permettrait de se décentrer et de pouvoir se mettre à la place de l'autre afin de faire preuve d'empathie à son égard, tout en étant présent et chaleureux. Elle déterminerait donc l'habileté du parent à être sensible aux capacités et tâches développementales de son enfant. Les caractéristiques personnelles de l'enfant déterminant la compétence parentale relèvent du tempérament de ce dernier. En effet, un tempérament dit difficile représenterait un défi pour la compétence parentale. Cependant, Belsky (1984) signale que les risques et difficultés liés à ce déterminant peuvent être facilement surmontés si les ressources personnelles des parents et le soutien social sont solides.

Il semble que l'emphase mise par les tenants de l'approche clinique sur les déterminants individuels de la compétence parentale soit intériorisée par les parents eux-mêmes. Dans une étude sur le discours populaire sur la notion de compétence parentale, Massé (1991) note que pour la grande majorité des parents interrogés, la compétence parentale relève de déterminants individuels. Un parent compétent doit posséder certains attributs (disponibilité, dévouement, respect de l'autre, etc.) et bien que la compétence parentale ne soit pas perçue comme étant innée, le parent se perçoit comme responsable de l'acquisition de sa compétence. *«Quelles qu'elles soient, les qualités individuelles mises en cause seraient toutes subordonnées à une qualité de base chez le parent : son ouverture d'esprit face à l'apprentissage»* (Massé, 1991 : p.288). Ainsi, il ressort que le discours populaire ne fait que très peu référence au modèle écologique axé sur le rôle des conditions environnementales sur la compétence parentale. Pourtant, nous verrons dans la prochaine section que les conditions environnementales jouent un rôle prépondérant comme déterminants de la compétence parentale.

#### b) *Déterminants environnementaux*

D'un point de vue écologique, la compétence parentale découle non seulement des caractéristiques du parent, mais également des conditions de soutien contextuel dont celui-ci dispose (Pouliot et al., 2008). À ce sujet, le soutien du milieu est cité par de nombreux auteurs pour le rôle indéniable qu'il joue dans le renforcement de la compétence parentale (e.g. Bouchard et al., 2003, cité dans Pouliot et al., 2008). Selon le milieu dans lequel une

famille évoluée, il ne se limite pas au réseau familial, mais inclut également le soutien des amis, et chez les familles à faible revenu, il permet au parent de s'adapter aux pressions économiques et sociales vécues alors qu'il cherche à répondre aux besoins physiques, émotionnels, moraux et intellectuels des membres de la famille (Woody et Woody, 2007). Pour Belsky (1984), le soutien social influence positivement non seulement le bien-être psychologique en général, mais aussi la santé mentale des parents. Par conséquent, ceci serait positivement lié au bon exercice du rôle parental.

Mais de quelle façon le soutien social agit-il sur la compétence parentale? Toujours selon Belsky (1984), il opère de trois façons. D'abord, en offrant du soutien émotionnel, i.e. de l'amour et un sentiment d'acceptation interpersonnelle que l'on reçoit des autres, soit de manière explicite (par les propos qu'ils ont à notre égard) ou implicite (par les attentions et la considération qu'ils nous portent). Le soutien social fournit également une assistance instrumentale, qui prend la forme de conseils, d'information ou d'aide avec les tâches domestiques et les soins à donner à l'enfant. Finalement, le soutien social permet aussi de véhiculer les attentes sociales et sert ainsi de guide sur ce qui constitue un comportement parental approprié ou non. Cependant, comme le signale l'auteur, ce dernier élément n'est pas toujours aidant pour la famille, notamment lorsque les attentes véhiculées sont inconsistantes ou opposées aux convictions du parent, d'où l'importance d'avoir un réseau social conforme à ses propres valeurs.

Par ailleurs, dans son modèle des déterminants de la compétence parentale, Belsky (1984) identifie trois autres éléments pouvant favoriser la compétence parentale : la qualité de la relation conjugale (mentionnée également par Massé, 1991), la présence d'un réseau social et le rapport à l'emploi (avoir un emploi d'une part et être satisfait avec celui-ci d'une autre). Par contre, l'auteur avance la possibilité que l'influence sur la compétence parentale se fasse de manière indirecte, ces trois éléments influençant d'abord le bien-être psychologique du parent qui influence à son tour sa capacité à mobiliser ses ressources individuelles à exercer son rôle de façon dite compétente.

D'autres auteurs évoquent des facteurs sociétaux plus larges ayant également une influence sur la compétence parentale : la pauvreté, le chômage, l'isolement social, l'absence



d'intégration à une communauté, les conditions défavorables de logement, les coupures dans les services sociaux et de santé, l'accès limité aux services en général, les mesures fiscales discriminatoires pour les familles dont l'un des parents désire rester à la maison, les difficultés d'accès à un service de garde de qualité, le manque de temps pour la vie familiale, le sexisme dans la division des tâches, la dégradation du capital social et la montée de l'individualisme et la violence dans les médias (Steinhauer, 1999; Massé, 1991; Roy, Lépine et Robert, 1990). Par conséquent, si une intervention, qu'elle soit de nature préventive ou «curative», vise le développement de la compétence parentale, il importe de tenir compte des liens entre celle-ci et les conditions environnementales (Roy, Lépine et Robert, 1990). Ceci est d'autant plus important considérant la tendance actuelle, dans les interventions pour négligence, de tenir les parents responsables de la situation plutôt que de cibler la pauvreté et les structures socioéconomiques (Trocmé, 1996, cité dans Lapierre et al., 2008).

### **2.3 Sentiment de compétence parentale**

Il est courant de constater, en intervention, une disparité entre la compétence d'un parent et son sentiment de compétence quant à son rôle parental. Puisque les deux notions ne sont pas tout à fait équivalentes et qu'il importe d'en saisir les nuances afin d'accompagner au mieux un parent, j'explique dans cette section la notion de sentiment de compétence parentale et détaille quels en sont les principaux déterminants.

#### *2.3.1. Définitions*

S'appuyant sur la prémisse que la compétence «réelle» d'une personne dans un champ précis est influencée par son sentiment de compétence dans ce même champ, certains travaux avancent que le sentiment de compétence parentale influence la compétence d'un parent (Pouliot et al., 2008; Mercer et Ferketich, 1994). Par ailleurs, étant donné le statut normatif, social et développemental associé au rôle parental, celui-ci occupe bien souvent une place centrale dans la construction de soi d'un individu. Le fait d'exercer avec succès son rôle parental permet au parent de vivre un sentiment de compétence, alors qu'à l'inverse, les échecs peuvent se révéler une source de stress et de tension contribuant au

développement d'une multitude d'images de soi négatives (Mowbray, Oyserman et Ross, 1995).

Le sentiment de compétence parentale est l'aspect subjectif de la compétence parentale. Il se définit comme la perception qu'a le parent de ses propres capacités, connaissances et facilité à assumer son rôle parental, de même que par la valeur qu'il lui accorde (Léonard et Paul, 1995). Constatant que plusieurs parents se sentent dépassés ou pas suffisamment outillés pour faire face à leur rôle, Trudelle et Montambault (1994) décrivent plutôt ce concept comme de l'estime de soi parental qui soutiendrait la compétence «réelle». En effet, l'estime de soi se construirait à partir des rôles les plus marquants de la vie d'un individu, ce qui inclut le rôle parental. Le sentiment de compétence parentale serait donc de l'estime de soi émanant du rôle de parent.

Selon Mash et Johnston (1983, cité dans Trudelle et Montambault, 1994), le sentiment de compétence parentale comporte deux dimensions : le sentiment d'efficacité et le sentiment de satisfaction. Le premier se définit par le jugement que porte un individu sur son habileté à affronter les situations à venir, en l'occurrence celles liées à l'exercice de sa parentalité. Il reflète la perception du degré de compétence, de la capacité à résoudre des problèmes de même que le degré d'aptitudes associé au rôle parental. Quant au sentiment de satisfaction, il concerne la dimension affective reliée au rôle parental, englobant le niveau de frustration, d'anxiété et de motivation d'un parent quant à son rôle (Trudelle et Montambault, 1994).

Mais de quelle manière le sentiment de compétence parentale opère-t-il? Ainsi, le fait de se sentir bien comme parent et de se percevoir comme un bon parent ferait en sorte que l'on devienne alors un parent réellement efficace (Lacharité et De Montigny, 2005; Trudelle et Montambault, 1994). En effet, Ferketich et Mercer (1994) affirment que les perceptions d'un parent face à sa compétence parentale reflètent la confiance qu'il a en son aptitude à prendre soin de son enfant, ce qui influence l'interaction qu'il a avec celui-ci. De plus, le sentiment de compétence parentale aurait une influence importante sur la qualité de l'effort consacré de même que sur la ténacité manifestée par un parent face à une difficulté (Boisvert et Trudelle, 2002; De Montigny et Lacharité, 2005; Bandura, 1982, cité dans Trudelle et Montambault, 1994). Cependant, tous les auteurs ne sont pas unanimes quant à ces

conclusions. En effet, il est difficile de déterminer le sens de la relation entre la compétence parentale et le sentiment de compétence parentale. De plus, le sentiment de compétence parentale n'indique pas nécessairement la compétence «réelle» d'une personne dans l'exercice de son rôle parental puisqu'une grande part de subjectivité entre en jeu lors de l'auto-évaluation de la compétence parentale. À ce sujet, Giguère (1998) souligne qu'un parent ayant des comportements violents ou négligents envers son enfant peut se sentir compétent dans l'exercice de son rôle et qu'à l'inverse, une personne peut faire preuve d'une grande compétence parentale sans toutefois se percevoir comme un parent compétent. Boisvert et Trudelle (2002) vont dans le même sens en affirmant qu'un parent peut posséder des compétences sans toutefois en être conscient ou encore avoir des attentes trop élevées quant à son rôle. L'incapacité à y répondre peut entraîner une démotivation et une dévalorisation de soi.

Par ailleurs, le sentiment de compétence parentale aurait un effet médiateur sur le bien-être psychologique. Par exemple, les mères ayant un sentiment de compétence parentale élevé éprouvent moins de détresse psychologique (Halpern et McLean, 1997, cité dans Lacharité et De Montigny, 2005; Gross et al., 1995, cité dans Sinclair et Naud, 2005) et sont moins susceptibles de se sentir déprimées dans les trois mois suivant la naissance (Cutrona et Troutman, 1986, cité dans Lacharité et De Montigny, 2005).

### *2.3.2. Déterminants du sentiment de compétence parentale*

Tout comme pour les déterminants de la compétence parentale, je présente les facteurs influençant le sentiment de compétence parentale selon deux catégories : les déterminants individuels, qui incluent les variables relevant du parent et de l'enfant, et les déterminants environnementaux. Par ailleurs, puisque Trudelle et Montambault (1994) font remarquer que les relations entre le sentiment de compétence parentale et différentes caractéristiques individuelles, socio-économiques et culturelles peuvent varier selon le sexe du parent, une distinction est faite le cas échéant.

#### *a) Déterminants individuels*

Le sentiment de compétence parentale serait avant tout lié à des caractéristiques individuelles du parent. Ainsi, un parent se perçoit comme compétent lorsqu'il se dit disponible, dévoué, capable de se remettre en question, capable de s'adapter. Il se dit également capable de répondre aux besoins de son enfant, d'établir une bonne communication avec lui, de le rendre heureux, de faire en sorte qu'il se développe bien et qu'il soit bien adapté à la société (Massé, 1991). Une bonne estime de soi ainsi qu'un sentiment de maîtrise seraient également déterminant du sentiment de compétence parentale (Mercer et Ferketich, 1994).

Globalement, le sexe du parent aurait une influence sur son sentiment de compétence parentale. Le père se sentirait plus à l'aise et valoriserait davantage son rôle parental que la mère durant la première année de vie de l'enfant. Ceci s'expliquerait par le fait qu'il passe moins de temps en présence du bébé, ce qui fait en sorte que l'adaptation à son nouveau rôle se fait plus progressivement. Par ailleurs, il se donnerait des normes de performances moins élevées que la mère et serait moins exigeant envers lui-même. L'entourage lui donnerait plus d'encouragement qu'à la mère lorsqu'il participe aux soins de l'enfant et il participerait plus aux activités impliquant un contact affectif intense : activités de jeux, d'éveil, d'apprentissage, et ce, à des moments correspondant à ses temps libres soit le soir, la fin de semaine ou durant les vacances (Léonard et Paul, 1996).

Il semblerait que l'âge et la scolarité aient un impact sur le sentiment de compétence parentale (Léonard et Paul, 1996; Trudelle et Montambault, 1994). Par exemple, une étude de Lebel (1991, cité dans Giguère, 1998) démontre que les mères de nouveau-nés qui sont plus âgées ou plus scolarisées se perçoivent comme moins compétentes quant à l'alimentation et le bien-être de leur bébé. L'auteure avance que cela peut s'expliquer par une accumulation exhaustive d'informations qui éloignerait le parent d'une écoute plus naturelle des besoins de son enfant. Chez les pères, la scolarité aurait le même type d'influence alors que l'âge créerait l'effet inverse, du moins quant à leur satisfaction à exercer leur rôle parental : plus ils vieillissent, plus ils se disent satisfaits face à leur rôle de parent (Trudelle et Montambault, 1994).

Le stress parental, lié aux responsabilités inhérentes au rôle de parent, est positivement associé au sentiment de compétence parentale. À mesure que ce stress augmente, le parent se sent moins en mesure de prendre soin, protéger, superviser ou interagir avec son enfant (Eanes et Fletcher, 2006).

S'inspirant des travaux de Bandura sur la construction du sentiment d'efficacité personnelle, Lacharité et De Montigny (2005) détaillent quatre déterminants du sentiment de compétence parentale. D'abord, le fait d'avoir vécu avec succès des expériences relatives aux soins et à l'éducation des enfants influence positivement le sentiment de compétence parentale.<sup>7</sup> Ensuite, les expériences vicariantes en la matière permettent à une personne de juger de ses capacités en lui offrant un point de référence, de même que la transmission de compétences via l'observation et le *modeling*. À ce sujet, les programmes d'éducation parentale auraient un impact sur la perception de compétence parentale. Troisièmement, le sentiment de compétence parentale peut se renforcer via la persuasion verbale, i.e. lorsque les membres significatifs de l'entourage croient et expriment cette confiance en les capacités du parent. Cela renvoie à l'impact psychologique que peuvent avoir le soutien social et la qualité de la relation conjugale sur le sentiment de compétence parentale. Finalement, les variations de l'état physiologique et affectif peuvent être interprétées par le parent comme des signes de vulnérabilité ou d'inefficacité. Ceci vient rejoindre les études sur le stress parental.

Des caractéristiques inhérentes à l'enfant influencent également le sentiment de compétence parentale. Tout d'abord, l'âge de l'enfant : Trudelle et Montambault (1994) ont démontré que plus l'âge de l'enfant augmente, moins les parents se sentent compétents. Ils proposent l'hypothèse que plus l'enfant grandit et approche l'âge scolaire, plus le parent relie sa compétence à la «*normalisation des apprentissages exigés par l'école*» (Trudelle et Montambault, 1994 : p.56).

La prématurité de l'enfant influence le sentiment de compétence de la mère, d'une part car celle-ci se trouve à exercer son rôle parental de manière secondaire durant le séjour du bébé

---

<sup>7</sup> Plus spécifiquement, la façon dont un parent explique ses succès et ses difficultés, i.e. en faisant référence à des facteurs internes (traits de personnalité, aptitudes) ou externes (situation sociale, chance) influencerait le sentiment de compétence parentale. Pour plus d'informations sur la théorie de l'attribution appliquée au concept de sentiment de compétence parentale, voir Boisvert et Trudelle (2002).

en néonatalogie et, d'autre part, car elle se tiendrait responsable de ne pas avoir pu mener sa grossesse à terme. Cet élément n'affecterait pas le sentiment de compétence du père qui se définit davantage par son rôle de pourvoyeur (Olshtain-Mann et Auslander, 2008; Léonard et Paul, 1996). Par ailleurs, l'état de santé de l'enfant nuirait également au sentiment de compétence parentale, notamment parce que le nombre de contacts parent-enfant peut être limité, ce qui diminue la possibilité pour le parent de participer aux soins de son enfant (Léonard et Paul, 1996).

Le nombre d'enfants dans la famille influence également le sentiment de compétence parentale. Ainsi, pour les mères, plus le nombre d'enfants est élevé, moins elles se sentent compétentes. Cependant, cette relation est inversée chez les pères (Trudelle et Montambault, 1994).

Il a été démontré que le tempérament de l'enfant a un impact sur le sentiment de compétence parentale. Ainsi, les parents qui perçoivent leur enfant comme plus difficile rapportent également un plus faible sentiment de compétence. Il semble donc que le tempérament de l'enfant peut renforcer les croyances d'un parent quant à ses habiletés ou inhabiletés (Lacharité et De Montigny, 2005; Léonard et Paul, 1996). Par ailleurs, les problèmes de comportement jugés chroniques chez l'enfant (incluant le déficit d'attention) sont liés à un niveau plus bas de sentiment de compétence parentale. Cependant, le niveau de stress parental aurait un effet médiateur sur cette relation. En effet, le trouble de comportement chez l'enfant génère souvent un niveau de stress élevé chez le parent, et celui-ci, tel que mentionné ci-dessus, est associé à un plus faible sentiment de compétence parentale (Eanes et Fletcher, 2006).

#### *b) Déterminants environnementaux*

Tel que mentionné, un parent peut démontrer les compétences nécessaires à l'exercice de son rôle sans toutefois les percevoir. Ceci ne serait pas simplement dû à un manque d'aptitudes ou d'habiletés, mais aussi à un manque de moyens, donnant au parent l'impression de perdre graduellement le contrôle de sa situation (Boisvert et Trudelle, 2002). Dans le même sens, lorsque questionnés sur ce qui fait en sorte qu'ils se sentent compétents, les répondants de l'étude de Massé (1991) ne font que très peu allusion aux conditions

environnementales, percevant peut-être, selon l'auteur, qu'ils ont moins de contrôle sur ces conditions. Cela semble surtout vrai en ce qui concerne les éléments relevant de l'environnement social plus large. Indéniablement, le fait de vivre dans un contexte de pauvreté fait en sorte qu'un parent perçoit peu de possibilités d'améliorer les conditions de vie de sa famille, ce qui s'accompagne souvent d'un sentiment de culpabilité de ne pas être en mesure de répondre aux besoins de son enfant (Hooper et al., 2007, cité dans Lapierre et al., 2008).

Mais d'autres aspects de l'environnement social plus «immédiat» favorisent le sentiment de compétence chez un parent, notamment le soutien social (Woody et Woody, 2007; Trudelle et Montambault, 1994) et l'état matrimonial (Léonard et Paul, 1996; Massé, 1991). Plus spécifiquement, la monoparentalité n'est pas en soi un facteur de risque, mais elle peut le devenir si elle s'accompagne de conditions socio-économiques précaires et d'isolement social. Quant au soutien social, il a été démontré qu'il a un effet sur la satisfaction des parents à exercer leur rôle parental de même que sur leur perception d'efficacité et de réussite dans l'exercice de ce rôle, deux aspects liés au sentiment de compétence parentale (Woody et Woody, 2007). Son influence serait telle qu'il atténuerait l'effet négatif de tous les autres facteurs. Bien qu'il n'y ait pas de consensus dans la littérature quant aux sources de soutien les plus déterminantes du sentiment de compétence parentale, il semblerait que le soutien apporté par le conjoint soit prépondérant (Léonard et Paul, 1996).

Le fonctionnement de la famille a également un impact sur la perception de compétence parentale. Le sentiment de compétence serait lié positivement à la communication familiale, à l'expression affective et à l'exercice des rôles parentaux (Léonard et Paul, 1996). De plus, une problématique familiale positive (i.e. plus une famille sent qu'elle peut compter sur le soutien de son entourage, moins elle vit de difficultés financières et de problèmes graves pouvant nuire au développement de l'enfant) favorise le sentiment de compétence parentale chez le père (Trudelle et Montambault, 1994).

Chez les mères, le fait d'exercer une position hiérarchiquement élevée diminue le sentiment de compétence parentale alors que les loisirs familiaux (notamment le nombre de semaines de vacances passées en famille) ont l'effet inverse. Chez les pères, plus la permanence de

l'emploi est grande, plus le revenu familial est élevé et plus leur emploi est hiérarchiquement élevé, moins ils se sentent compétents. Tous ces éléments renvoient à la question de la disponibilité qu'un parent a ou non envers son enfant. En effet, il semble que les parents se sentent garants du développement de leur enfant. Ils accordent donc beaucoup d'importance au temps qu'ils leur consacrent (Trudelle et Montambault, 1994).

#### **2.4. Attentes sociales face à la maternité**

Selon Minuchin (1974, cité dans Olshtain-Mann et Auslander, 2008), être parent est l'une des tâches développementales les plus difficiles à accomplir et un parent n'est jamais pleinement satisfait de la façon dont il l'assume, ce qui génère des doutes et un manque de confiance quant à l'exercice de ce rôle. Ce manque de confiance serait principalement causé par la grande responsabilité qui est attachée à ce rôle, de même qu'aux attentes sociales élevées et parfois irréalistes qui circonscrivent ce qu'est un «bon parent» (Olshtain-Mann et Auslander, 2008). Cependant, ces attentes sociales semblent plus élevées en ce qui concerne le rôle maternel.

Bien que d'un point de vue théorique/juridique, la notion d'autorité parentale présume qu'un enfant a deux parents qui se partagent sa responsabilité (Roy, Lépine et Robert, 1990), plusieurs recherches illustrent que les femmes passent davantage de temps à s'occuper des enfants que les hommes, ce à quoi s'attend la société (Dubeau et Devault, 2009; Lapierre et al., 2008; Le Camus, 2006). Une telle organisation du travail est renforcée et dépeinte comme «naturelle» et nécessaire dans le discours populaire. Certaines théories du développement de l'enfant entérinent quant à elles ce discours en mettant l'emphase sur la relation mère-enfant.

Pour approfondir en ce sens, une incursion dans le domaine de la négligence nous permettra de comprendre quelles sont les attentes sociales quant au rôle maternel et de quelles manières celles-ci peuvent influencer le sentiment de compétence parentale. Ainsi, on retrouve dans la littérature que les interventions en matière de négligence ont tendance, de façon implicite, à se centrer sur les mères, renforçant leur responsabilité envers leurs enfants



(Lapierre et al., 2008). Les statistiques le démontrent d'ailleurs : selon l'Étude canadienne sur l'incidence des mauvais traitements envers les enfants de 2003, les mères sont tenues responsables des mauvais traitements dans 83% des cas de négligence contre 36% pour les pères (Trocmé et al., 2005, cité dans Lapierre et al., 2008). Pour Scourfield (2003, cité dans Lapierre et al., 2008), les travailleurs sociaux ciblent davantage les mères par souci d'être pragmatiques et réalistes : ils identifient le membre de la famille auprès duquel ils peuvent intervenir. Et puisque le père a plutôt tendance à s'absenter de la sphère familiale, il en résulte qu'il est plus aisé d'intervenir auprès des femmes. Cependant, par cette centration de l'intervention sur la femme, on avance implicitement que les soins à apporter aux enfants sont une responsabilité maternelle, mettant en cause, pour le bien-être de l'enfant, la compétence parentale des femmes (Swift, 1995, cité dans Lapierre et al., 2008).

Ainsi, la société véhicule l'idée que de façon naturelle, une femme doit s'occuper de son enfant et les attentes quant à ce rôle sont de plus en plus élevées. «(...) *les femmes doivent performer une maternité 'intensive, c'est-à-dire centrée sur les besoins des enfants et ayant recours à des méthodes qui sont prescrites par des 'experts' et qui exigent beaucoup de travail et de ressources financières*» (Lapierre et al., 2008 : p.367). L'importance accordée à ces experts, qui sont bien souvent des hommes, génère l'idée d'une professionnalisation du maternage. La mère voit donc l'exercice de son rôle observé et analysé (Wexler, 2005). Il est presque impensable qu'une femme ne désire pas ou ne soit pas en mesure de prendre soin de son enfant, sans que soit remis en question son droit au titre de mère. Ce qui place la mère qualifiée de négligente en échec par rapport à sa maternité puisqu'elle est alors perçue comme «anormale» ou «déviante» (Lapierre et al., 2008). Par extension, cette féminisation du construit social de la négligence, et toutes les attentes et présupposés quant au rôle maternel qui en découlent, viennent teinter le discours de ce que représente la «bonne mère» et nourrir le besoin d'apparaître comme une «mère parfaite» : ne pas vivre un échec de sa maternité dans une société où les exigences en la matière sont de plus en plus élevées.

Parallèlement, certaines auteures avancent que le rôle maternel est de plus en plus dévalué dans notre société. Les mères sont d'une part idéalisées quant à l'aspect «naturel» de leur rôle, mais les habiletés, le stress et le travail nécessaires au maternage sont très peu abordés.

*«Mothers are not paid for their labor, recognized for their wide range of acquired skills, or acknowledged for the complexities of mothering in their particular social and cultural contexts»* (Wexler, 2005 : p.19). Cette dévaluation de l'image de la mère au foyer semble encore plus grande depuis l'arrivée de la mère-carriériste sur le marché du travail dans les années 1980s. Ce changement social a ouvert le débat sur la façon dont peuvent se combiner les besoins de la mère contemporaine et ceux de l'enfant, alimentant le discours populaire sur ce que représente un bon exemple de maternage. Il en résulte que les attentes sociales à l'égard des mères à répondre aux besoins (socialement démesurés) de leur enfant ont augmenté, et ce, malgré leur présence grandissante sur le marché de l'emploi. Il semble donc que d'une part on assiste à une redéfinition du statut de la femme, mais d'autre part, que la représentation dominante de la maternité reste très stéréotypée : abnégation de soi, amour inconditionnel de l'enfant, connaissance intuitive de comment en prendre soin, prendre un plaisir incontestable auprès des enfants, être aimante et toujours disponible (Wexler, 2005).

Ces attentes sociales ont contribué à créer une idéologie impossible à atteindre de «maternage intensif» et se sont incrustées dans le discours populaire sur le blâme maternel, discours internalisé par les femmes, les hommes et les enfants. Ainsi, plusieurs mères confrontées à leurs propres besoins, limites et conditions sociales difficiles se voient contraintes de vivre également avec ces attentes internalisées quant à la mère parfaite. Par exemple, une mère sur l'aide sociale a très peu d'espoir d'atteindre cet idéal, sans pour autant se voir valorisée dans un rôle de mère au foyer (Wexler, 2005). Par ailleurs, on peut penser qu'il en va de même pour une mère qui ne ressent pas l'amour inconditionnel de son enfant ou un désir de ne vivre que pour lui. Bref, l'écart entre l'idéologie véhiculée et le ressenti des mères peut facilement amener une femme à se percevoir comme une mauvaise mère. Dans une société où l'emphase sur la responsabilité individuelle est énorme, il apparaît normal de remettre en question sa propre compétence plutôt que les valeurs et attentes de la majorité.

## **2.5. Intervention**

Je traite dans cette section de l'évaluation et des éléments d'intervention favorisant la compétence et le sentiment de compétence parentale. Cependant, plutôt que de recenser l'ensemble des méthodes d'évaluation et programmes d'intervention en la matière, j'ai cherché à identifier les éléments dont un travailleur social devrait tenir compte lorsqu'il accompagne un parent dans le développement de sa compétence parentale et/ou de son sentiment de compétence parentale.

### *2.5.1. Évaluation*

Les notions de compétence et de sentiment de compétence parentale sont diversifiées et multidéterminées, ce qui pose tout un défi pour leur évaluation. Comme le soulignent Puentues-Neuman et Cournoyer (2004, cité dans Pouliot, 2008), selon la conception adoptée et le poids relatif attribué aux déterminants individuels et environnementaux, l'évaluation de ces concepts exigera différents outils et méthodologies. Malgré cette complexité qui génère plusieurs problèmes, nous ne pouvons nous soustraire, en tant qu'intervenant, à l'évaluation de la compétence parentale et du sentiment de compétence parentale. Ainsi, de nombreux instruments de mesure de la compétence parentale existent, mais certains manquent de précision au niveau conceptuel ou encore psychométrique, ce qui fait pencher plusieurs chercheurs et intervenants vers des mesures basées sur l'observation, lesquelles sont critiquées pour leur caractère subjectif (Pouliot et al., 2008; Sabatelli et Waldron, 1995). Par conséquent, toute méthode utilisée pour évaluer la notion de compétence parentale et le sentiment de compétence parentale est matière à critique. Malgré tout, certaines échelles peuvent s'avérer utiles pour l'intervenant (voir ANNEXE I).

Le jugement porté sur la compétence parentale peut être objectif (évalué par l'intervenant) ou subjectif (évalué par le parent à l'aide d'une mesure auto-rapportée) (Sabatelli et Waldron, 1995). Cependant, selon Schmidt et al. (2007, cité dans Pouliot, 2008), les mesures auto-rapportées de la compétence parentale peuvent véhiculer des distorsions quant à la perception d'un parent sur sa propre compétence, limitant la valeur des résultats. Les mesures subjectives mesurent plutôt le jugement qu'un parent porte sur son habileté à exécuter son rôle en fonction de ses propres attentes et la façon dont il prend ses

responsabilités. Elles sont donc pertinentes pour l'évaluation du sentiment de compétence parentale (Sabatelli et Waldron, 1995).

Ainsi, selon Schmidt et al. (2007, cité dans Pouliot et al., 2008), l'évaluation de la compétence parentale devrait tenir compte de l'histoire relationnelle et de la santé mentale du parent, de l'histoire de protection de l'enfant, de la qualité de la relation parent-enfant, du soutien social de la famille, de l'habileté du parent à effectuer des changements et à collaborer avec les professionnels pour y arriver. Pour ces auteurs, le jugement porté doit être objectif et mesurer le niveau de correspondance entre la performance du parent et les normes sociales. Mais comme le souligne Pouliot et al., (2008), cette objectivité est bien relative étant donné la variation des normes et attentes sociales selon la culture, la classe sociale, l'environnement et les circonstances spécifiques dans lesquels s'exerce la parentalité. Puisque les normes et attentes sociales varient en fonction du contexte et viennent teinter la construction sociale de la compétence parentale, certains auteurs jugent inapproprié, par exemple, d'évaluer la compétence parentale de parents issus de milieux défavorisés à l'aide des mêmes normes qu'en milieu aisé, remarquant au passage que la notion de compétence parentale est construite à partir des valeurs de la classe moyenne (Giguère, 1998; Massé, 1991). Ainsi, malgré les connaissances en la matière, cette absence de normes universellement acceptées et le manque de consensus au sujet d'un modèle d'évaluation font en sorte que la compétence parentale ne peut s'évaluer de façon dichotomique (Pouliot et al., 2008).

Par ailleurs, l'évaluation ponctuelle de la compétence parentale porte à croire qu'il s'agit d'un état statique où un parent est ou n'est pas compétent, alors qu'il s'agit plutôt d'une situation dynamique. Selon Miron (1998a : p.51), « (...) *la compétence parentale s'acquière, se transforme et est toujours en mouvement.* » C'est pourquoi il propose de considérer la notion selon deux pôles : le pôle statique, impliquant l'évaluation diagnostique, et le pôle dynamique, représentant l'évaluation formative des parents.

Finalement, Lacharité (2006) nous met en garde contre certains effets pervers de l'évaluation. En effet, le regard que l'on jette sur le parent peut être lourd de conséquences : le fait de juger ou de sanctionner prématurément une capacité ne mène pas au

développement d'une compétence, mais conduit plutôt au constat d'une incompétence, entraînant bien souvent un sentiment d'échec, des comportements de retrait, de désengagement et de résistance. Il importe donc de faire attention, en tant qu'intervenant, au moment où l'évaluation de la compétence parentale est faite dans le processus d'intervention, à la façon dont elle est présentée au client et de discuter avec celui-ci de son utilité, d'être transparent quant aux avantages et inconvénients qu'elle possède.

### *2.5.2. Comment favoriser la compétence et le sentiment de compétence parentale*

Bien que les notions de compétence parentale et de sentiment de compétence parentale soient différentes, elles restent intimement liées. C'est pourquoi je considère que les particularités mentionnées ci-dessous s'appliquent tant au développement de la compétence qu'au sentiment de compétence d'un parent.

Tel que mentionné dans Lacharité et Daigneault (1997), la formation parentale permet d'accroître le sentiment de compétence parentale (et la compétence parentale puisqu'il en est un des déterminants), de diminuer le stress parental et le sentiment de contrainte ressenti par l'exercice du rôle parental. Cette formation peut prendre diverses formes : 1) acquisition de connaissances sur le développement de l'enfant; 2) acquisitions de connaissances sur les pratiques parentales efficaces (e.g. développement d'une meilleure sensibilité parentale ou meilleur contrôle parental); 3) entraînement aux habiletés parentales et; 4) groupes de soutien parental, qui peuvent être de nature informative, instrumentale, sociale ou émotive. Par extension, un intervenant peut reproduire ces différentes formes d'intervention dans son travail auprès des familles. Cependant, afin de réellement susciter le développement de la compétence parentale et du sentiment de compétence parentale, certains principes d'intervention issus de l'approche réflexive devraient sous-tendre l'accompagnement proposé aux parents.

Ainsi, tel que mentionné précédemment, Miron (1998a) propose de concevoir la compétence parentale selon deux axes, ce qui permet également de classifier les types d'intervention possibles : 1) le pôle statique, regroupant le modelage des comportements, la transmission de connaissances sur le développement de l'enfant, les trucs et recettes tout faits; 2) le pôle

dynamique, impliquant la réflexion sur les attitudes et pratiques à partir des événements qui se sont produits, le développement de savoirs pragmatiques ainsi que l'appropriation de la démarche par le parent. Pour cet auteur, l'approche réflexive est au cœur de l'intervention. En effet, une approche réflexive permet le développement d'une relation parent-intervenant moins hiérarchisée, une reconnaissance de l'expertise et des ressources de la famille, éléments à la base d'un partenariat avec la famille : parent et intervenant possèdent des compétences différentes, mais complémentaires. Elle permet une co-construction du travail avec les familles, «(...) *la connaissance devient le sens attribué à l'expérience, sens négocié avec autrui dans un contexte social et culturel; l'organisation de ce sens qui structure l'expérience devient alors l'histoire et le savoir devient narration*» (Miron, 1998a : p.62).

Dans la même optique, Miron (1998b) propose également de considérer la famille comme une entité, une ressource en développement capable de résolution plutôt que comme la source du problème et un milieu à risque. Par ailleurs, l'auteur propose de considérer la famille comme productrice d'un savoir pratique et contextualisé : elle dispose des connaissances pratiques et est capable de les produire. Il s'agit pour l'intervenant de générer les conditions nécessaires à l'explicitation et à la construction de ces connaissances. À l'aide de tels fondements sous-tendant l'intervention, on donne à la famille un rôle d'acteur au sein de sa trajectoire et de son histoire, tout en la considérant comme un partenaire à part entière de l'intervention plutôt qu'un milieu ayant besoin de soutien, à éduquer ou à traiter.

Afin d'accompagner la famille dans l'explicitation et la construction des savoirs pratiques, Miron (1998b) recommande la technique des incidents critiques (Pourtois et Desmets, 1997) et la technique de la narration réflexive de cas vécus (Miron, 1999). Par ces méthodes, le parent est invité à réfléchir de façon active sur les situations qui posent problèmes et à faire l'expérience de solutions qui lui conviennent. Il ne s'agit donc pas de transmettre au parent un savoir déjà construit, mais bien d'articuler et de construire le savoir pragmatique afin de résoudre des problèmes pratiques qui se présentent à la famille, de travailler avec les ressources parentales. Ainsi, le développement de la compétence et du sentiment de compétence parentale passe par l'apprentissage d'une pratique réflexive. Une telle approche a fait l'objet d'évaluation et démontre des résultats intéressants : une meilleure pratique

éducative, amélioration du sentiment de compétence parental, réduction du stress chez l'enfant et le parent (Sinclair et Naud, 2005; Morin, 1998b).

Autre concept qui devrait sous-tendre l'intervention en matière de compétence parentale : l'empowerment,<sup>8</sup> qui fait référence à : « (...) *une démarche intentionnelle des personnes qui ne bénéficient pas d'une part équitable des ressources de la société, démarche qui vise un meilleur contrôle des ressources par la réflexion critique et la participation à des groupes (...)* » (Miron, 1998a : p.58). Plus précisément, cela implique le pouvoir, l'impuissance et l'oppression, l'objectif étant de renforcer le pouvoir et le sentiment d'efficacité personnelle, interpersonnelle ou politique des personnes ou des groupes afin d'améliorer leurs conditions. Le processus nécessite une relation de confiance, un partage du pouvoir, des petits groupes, l'acceptation de la manière dont les problèmes sont définis par les individus concernés et une construction à partir des forces de ces individus. L'empowerment mise sur un sentiment de confiance et de compétence permettant collaboration et partenariat. Par cette notion, on tente d'éviter la marginalisation et la stigmatisation inhérentes à l'intervention fondée sur l'idéologie du problème. Comparativement à l'intervention «curative» plaçant l'intervenant-expert à l'extérieur du système familial, cette approche mise sur le fait que le parent est une source de connaissance et qu'il est lui-même l'expert du développement de son enfant, ce qui est encore plus vrai si on considère les parents en tant que collectivité (Sinclair et Naud, 2005; Miron, 1998a).

Certes, la collaboration intervenant-famille est nécessaire afin d'accompagner le client dans le processus d'intervention en matière de compétence parentale selon les principes mentionnés ci-dessus. Mais il semblerait que l'entraide entre parents crée un climat particulièrement propice au développement de l'empowerment. D'ailleurs, plusieurs programmes ayant comme objectif le développement de la compétence parentale proposent des séances en groupe, ce qui permet également d'intervenir afin de briser l'isolement social. Les échanges autour de la parentalité peuvent diminuer la culpabilité d'un parent et ses appréhensions face à son rôle (Morin, 1998a). De plus, selon Miron (1998b), la participation à un groupe de parents permet également le développement du sentiment de

---

<sup>8</sup> Pour plus de détails sur la notion d'empowerment, le lecteur peut consulter L. Lemay (2009).

compétence parentale. En effet, l'expérience permet à un parent de reconnaître que d'autres parents vivent des difficultés similaires, qu'ils ont tenté de les surmonter de façon semblable et ont obtenu des résultats relativement équivalents. Le parent peut donc considérer qu'il n'est pas si mal dans l'exercice de son rôle. Mais de tels groupes devraient s'approprier les outils réflexifs qui leur permettraient davantage de développer le sentiment de compétence parentale. De plus, la participation à un groupe de parents donne le sentiment d'avoir autour de soi des personnes pouvant donner des conseils et servir de guide en cas de besoin et «(...) *la confiance engendrée par un plus grand sentiment de compétence, compétence reconnue par les autres, semble créer l'ouverture nécessaire à un partage collectif de ces compétences*» (Sinclair et Naud, 2005 : p.203).



### **CHAPITRE III – Études de cas**

Le stage réalisé dans le cadre de mes études en service social m'a permis de rencontrer plusieurs parents. Les raisons de demande d'aide étaient très variées, mais quelques situations présentaient des points en commun, impliquant notamment des enjeux relatifs à la compétence et au sentiment de compétence parentale. Pour les besoins de ce rapport d'analyse de pratiques, je détaille dans ce chapitre les situations de trois familles et j'évalue, à partir des connaissances relevées dans le deuxième chapitre, la compétence et le sentiment de compétence des parents impliqués dans le suivi. Il faut cependant noter que l'évaluation de la compétence parentale s'est faite à partir d'éléments rapportés par le parent, ce qui implique nécessairement un biais puisque je me fie uniquement à son point de vue et à ce qu'il a bien voulu raconter dans le cadre du suivi. Par ailleurs, ce chapitre me permet de décrire et critiquer l'intervention qui a été réalisée auprès de chacune des familles rencontrées. J'établis ensuite ce qui aurait pu être fait, à la lueur du cadre théorique, afin de mieux accompagner les clients. Finalement, je me penche sur l'influence qu'ont pu avoir mes présupposés sur la relation intervenant-client.

#### **3.1. La situation de Francine et de sa fille Lina**

##### *3.1.1. Profil de la famille*

Francine, jeune femme de 23 ans née au Québec, est la mère de Lina, 18 mois. Son conjoint et père de la petite, Hector, a 24 ans et est originaire de la République Dominicaine. Il vit au Québec depuis 9 ans. Le couple est ensemble depuis trois ans et a fait vie commune très peu de temps après s'être formé. Francine est actuellement sans emploi. Elle a complété une

technique en éducation à la petite enfance, mais ne veut plus travailler dans ce domaine depuis la naissance de sa fille. La famille vit donc sur le revenu du père, petit salarié, et la situation financière est précaire.

### *3.1.2. Demande d'aide et facteurs précipitant*

Francine demande un soutien professionnel en lien avec des problèmes conjugaux et son rôle de mère. À ce sujet, elle aimerait travailler sa relation avec sa fille. Elle dit ne pas s'être attachée à celle-ci depuis sa naissance, qu'elle dérange sa vie, qu'elle l'aime sans toutefois ressentir d'attachement envers elle. Elle n'a pas la relation qu'elle avait imaginée et cela la préoccupe beaucoup. Par ailleurs, Francine dit vivre beaucoup de stress en ce moment par rapport à sa situation financière et ses difficultés conjugales, ce qui se traduit par de l'insomnie et des pensées récurrentes. Elle aimerait des outils et des trucs qui l'aideraient à mieux gérer ce stress.

Bien que la relation de couple et la relation avec Lina soient problématiques depuis un certain temps, il semble que le stress généré par la situation financière précaire rende la situation encore plus difficile à vivre. Francine dit ne pouvoir quitter son conjoint malgré son envie de le faire en raison d'un manque de ressources financières. Ils se disputent fréquemment, notamment au sujet de leur vie sexuelle : Francine dit ne plus avoir de libido et Hector lui mettrait beaucoup de pression pour avoir des rapports sexuels, allant jusqu'à la menacer de la mettre à la porte. De plus, elle a subi une interruption volontaire de grossesse 6 mois plus tôt, alors qu'elle était enceinte de 19 semaines, et elle se dit très déprimée depuis.

### *3.1.3. Histoire de la situation problème et mesures prises auparavant pour la résoudre*

Bien que la première grossesse ait été planifiée et désirée, Francine souligne que les difficultés conjugales sont apparues au début de la grossesse et se sont accrues depuis la naissance de Lina. Selon elle, Hector n'était pas prêt à avoir un enfant, avait peur de s'engager. Il s'est mis à consommer de la drogue (cocaïne inhalée) et de l'alcool sur une base régulière. Francine a l'impression d'assumer seule les tâches domestiques, l'éducation et les soins de leur fille, son conjoint ne jouant qu'une heure par jour avec Lina, au retour du travail. Elle souligne que la présence de son enfant la dérange (et ce, depuis la naissance), que Lina sollicite beaucoup d'attention et aurait tendance à la provoquer. Elle dit se fâcher souvent car elle trouve son enfant difficile. Elle nomme avoir besoin de répit puisqu'elle n'a pas d'énergie ces jours-ci pour amener sa fille au parc et s'occuper d'elle «*comme il faut.*» Mais ayant trouvé une place en garderie pour Lina, Francine a pu répondre à ce besoin de répit.

#### *3.1.4. État de santé physique et mentale*

Francine se dit en bonne santé physique, mais souffrirait d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive selon son médecin de famille. Elle mentionne avoir des idées suicidaires, mais qu'elle ne pourrait pas passer à l'action en raison de sa fille. J'observe par ailleurs que Francine semble avoir une faible estime d'elle-même.

#### *3.1.5. Antécédents personnels, conjugaux et familiaux*

Francine dit avoir eu un épisode dépressif lorsqu'elle était au secondaire. Elle n'a pas consulté à ce sujet, mais a changé d'établissement scolaire, passant d'une école spécialisée en théâtre à une école régulière. Par ailleurs, la mère de Francine vit depuis 12 ans avec un homme ayant des problèmes de consommation d'alcool et de jeu compulsif. L'histoire familiale semble marquée par la dépendance.

#### *3.1.6. Réseau social significatif*

Francine se dit très proche de sa mère. Elle dit également avoir des amis sur qui elle peut compter, dont une fille de son âge qui a également un enfant. Cependant, elle se compare souvent à cette copine. Selon Francine, elle serait plus compétente comme mère, plus patiente, motivée et démontrerait un réel attachement envers son enfant.

### *3.1.7. Attentes et motivation envers la démarche*

Francine mentionne vouloir parler de sa relation avec Lina, de pouvoir ventiler par rapport à ce sujet, exprimer librement ses émotions et sentiments sans être jugée. Elle dit avoir besoin de conseils et d'opinions professionnelles ainsi que d'un soutien dans son rôle de mère. Elle désire «sauver» sa relation avec sa fille et sa motivation envers la démarche semble élevée.

### *3.1.8. Éléments favorisant et nuisant à la résolution du problème/Facteurs de risques*

Francine se dit courageuse. Elle démontre également une très bonne capacité d'introspection et bénéficie d'un bon soutien social. Cependant, les difficultés financières la préoccupent énormément, ce qui a des répercussions sur son bien-être psychologique et la maintient dans une ambivalence quant à sa situation conjugale difficile. Elle n'a que très peu de soutien de la part du conjoint. Sa faible estime d'elle-même semble l'amener à utiliser des stratégies d'évitement afin de se protéger. Par exemple, lors de la première rencontre, elle dit être en démarches pour l'obtention d'un éventuel emploi de chauffeur d'autobus. Elle dit que cela fait un moment qu'elle veut faire cela, mais affirme avoir peu de motivation à étudier pour l'examen d'entrée, ce qui soulève l'hypothèse qu'un échec au test serait mis sur le compte d'un manque d'étude plutôt que sur un manque de compétence de sa part. Sinon, Francine craint beaucoup de se retrouver seule face à ses responsabilités parentales et vit une grande culpabilité face à son manque d'attachement envers Lina, bien qu'elle semble adéquate avec elle.

### *3.1.9. Évaluation de la compétence parentale*

D'un point de vue clinique, Francine répond adéquatement aux besoins de base, éducatifs et d'encadrement de sa fille et elle est généralement réaliste quant aux tâches et objectifs éducatifs de son enfant. Cependant, la réponse aux besoins affectifs semble poser problème. Francine dit aimer sa fille, mais prétend aussi manquer de chaleur et de réciprocité envers elle, ne pas éprouver de plaisir et d'intérêt à être avec Lina. Par exemple, Lina aime que sa mère construise des châteaux de cartes qu'elle détruit avec joie et pourrait passer beaucoup de temps à jouer ainsi avec sa mère. Mais Francine avoue qu'après 2-3 châteaux, elle met souvent fin au jeu, blasée et incapable de continuer pour le plaisir de Lina. Par ailleurs, depuis que Lina a intégré la garderie, Francine passe très peu de temps avec elle, et ce temps consiste bien souvent à répondre à ses besoins de base. Francine en est consciente, mais se dit incapable de lui accorder davantage de temps actuellement.

Cependant, Francine désire s'investir dans sa relation avec sa fille et démontre, au fil de l'intervention, une aptitude à évoluer parmi les situations complexes et changeantes qui se sont présentées à elle dans le cadre du suivi. Elle a été en mesure d'expérimenter, de réfléchir et d'ajuster ses actions afin de mieux répondre aux besoins affectifs de Lina. Elle a su mettre en pratique de nouveaux comportements parentaux issus de la réflexion. Ainsi, d'un point de vue réflexif, Francine est une mère compétente.

D'un point de vue environnemental, la précarité financière de la famille et les difficultés conjugales semblent préoccuper Francine au point où il peut être difficile pour elle de répondre à l'ensemble des besoins de Lina. Ayant des pensées récurrentes et souffrant d'insomnie quant à ces deux aspects, cela peut diminuer sa disponibilité envers sa fille et influencer sa capacité à répondre aux besoins affectifs de Lina.

Parmi les déterminants individuels de la compétence parentale pouvant nuire à la situation de Francine, nous retrouvons d'abord un manque d'attentes réalistes par rapport au rôle parental. En effet, Francine croit en un attachement et un amour inconditionnel de l'enfant, deux sentiments qui devraient être présents, selon elle, dès la naissance du bébé et qu'elle dit ne pas avoir ressentis. De plus, Lina aurait, selon Francine, un tempérament difficile.

Finalement, la maturité psychologique de Francine serait à développer. En effet, elle rapporte avoir de la difficulté à faire passer Lina avant elle. Par exemple, il lui arrive d'avoir du ressentiment envers sa fille lorsque celle-ci lui refuse un câlin ou qu'elle ne peut aller fumer sur le balcon parce que Lina est à la maison et qu'elle n'a pas envie de l'habiller pour l'amener avec elle. Aussi, Francine dit prendre plaisir à donner le bain à Lina, mais est incapable de la faire sur une base régulière puisqu'elle manquerait ses émissions de télévision. Cependant, Francine possède beaucoup d'aptitudes favorisant le développement de la compétence parentale : bon fonctionnement cognitif, excellente capacité d'introspection, une efficacité à résoudre les problèmes et une ouverture face à l'apprentissage.

Quant aux déterminants environnementaux de la compétence parentale, Francine possède un bon soutien social, notamment de la part de sa mère. Celle-ci s'avère un bon soutien émotionnel, mais surtout instrumental : elle lui donne des conseils, s'occupe de Lina lorsque Francine se sent dépassée par la situation et lui offre l'appartement supérieur de son duplex pour un loyer modique. Cependant, certains éléments de l'environnement peuvent nuire au développement de la compétence parentale de Francine, soit sa relation conjugale difficile, la précarité financière et le fait qu'elle n'ait pas d'emploi malgré son désir d'en avoir un pour se sortir de sa situation difficile.

En somme, je considère que Francine possède une bonne compétence parentale. Bien que la réponse aux besoins affectifs de sa fille soit à améliorer, elle possède des forces au plan individuel et environnemental pour développer sa compétence parentale à ce niveau.

### *3.1.10. Évaluation du sentiment de compétence parentale*

Au début du suivi, bien que je lui cible ses forces et nomme qu'elle s'occupe somme toute bien de sa fille, Francine ne se perçoit pas comme une mère compétente. Étant donné la disparité entre ses attentes face au sentiment d'attachement qu'elle devrait ressentir envers sa fille et le fait qu'elle dise ne rien ressentir de la sorte, elle semble vivre une grande dévalorisation de soi quant à son rôle parental. Son sentiment d'efficacité parental semble élevé quant à certaines tâches parentales, notamment celles en lien avec la réponse aux

besoins de base de Lina. Cependant, son sentiment de satisfaction quant à son rôle parental est plutôt bas. Elle manifeste ouvertement sa frustration et son anxiété quant à l'exercice de son rôle, mais reste motivée à devenir «une meilleure mère.»

En outre, Francine possède certains éléments qui favorisent le sentiment de compétence parentale. Elle se dit capable de se remettre en question et apte à répondre aux besoins de base de son enfant. Ayant travaillé comme éducatrice en garderie, elle a vécu avec succès des expériences en lien avec les soins et l'éducation aux enfants et a pu observer différentes techniques d'éducation. Cependant, le fait qu'elle se soit occupée de sa fille à temps plein durant la petite enfance, qu'elle perçoive Lina comme une enfant difficile, que son stress parental soit élevé et qu'elle semble vivre actuellement avec les manifestations d'un trouble dépressif sont des éléments qui peuvent nuire à son sentiment de compétence parentale.

Quant aux facteurs environnementaux qui pourraient soutenir le sentiment de compétence parentale, ils semblent peu présents. En effet, si Francine peut compter sur un bon soutien de la part de sa mère et de ses amis, ce soutien semble plutôt nuire à la situation. D'abord, Francine peut compter sur sa mère pour venir prendre la relève lorsqu'elle vit des difficultés auprès de Lina. Cependant, si cela soulage, cela lui fait également vivre un échec au niveau de son rôle parental. Par exemple, Francine relate une situation où sa mère l'a accompagnée pour faire l'achat de bottes pour Lina. Généralement, Francine apprécie aller faire des courses avec Lina : celle-ci reste assise dans sa poussette, calme et les gens la complimentent beaucoup sur la beauté et la gentillesse de sa fille. Elle se sent donc valorisée dans son rôle parental. Cependant, lors de l'achat de bottes, Lina ne coopérait pas et a fait une crise à laquelle Francine a réagi en quittant le département de chaussures, laissant Lina aux soins de sa grand-mère qui aurait réglé la situation plutôt facilement. Ainsi, il lui semble pénible de dépendre de sa mère pour éduquer sa fille et de la voir réussir où elle-même perd patience et échoue. Par ailleurs, bien que Francine dise pouvoir compter sur sa copine qui a aussi un enfant, elle ne peut s'empêcher de se comparer à elle et d'idéaliser l'attachement qu'elle vivrait avec son enfant, ce qui nuit à son sentiment de compétence parentale.

Sinon, au fil du suivi, Francine a su impliquer davantage son conjoint dans les soins à apporter à Lina et a pu donc compter un peu plus sur lui. Mais la relation conjugale reste tendue et empreinte d'un manque de communication, deux aspects qui nuisent au sentiment de compétence parentale. Finalement, la précarité financière fait vivre à Francine une certaine culpabilité à ne pas être en mesure de répondre à l'ensemble des besoins de sa fille. Par exemple, elle aurait aimé acheter plus de cadeaux pour Lina dans le temps des fêtes, mais a dû se limiter.

On remarque que les attentes sociales quant au rôle maternel semblent bien intériorisées et difficilement remises en question par Francine : une mère doit être attachée à son enfant, l'aimer au premier regard, être constamment heureuse de passer du temps auprès de lui, être aimante et toujours disponible. L'écart que Francine ressent entre cette idéologie véhiculée et qu'elle dit constatée chez son amie l'amène à se percevoir comme une mauvaise mère et à remettre en question sa propre compétence parentale.

Ainsi, nous pouvons penser que les faiblesses au niveau de la compétence parentale découlent d'un manque de sentiment de compétence parentale. Considérant également la faiblesse de son estime d'elle-même qui interfère avec sa confiance à aller de l'avant avec ses projets et les solutions qu'elles proposent pour améliorer sa situation financière (et par extension conjugale), une intervention sur le sentiment de compétence parentale serait des plus appropriées.

### *3.1.11. Intervention auprès de cette famille*

Dans sa démarche visant à accroître son sentiment d'attachement envers Lina, Francine a tenté d'identifier les causes faisant obstacles à son lien d'attachement et de développer une perception plus positive de son rôle de mère. Cela s'est fait par le biais d'activités mère-fille et un retour sur le vécu émotif ressenti lors des séances au CLSC. Francine a été en mesure de trouver des activités où elle vit un moment positif avec sa fille. Par exemple, elle aime donner le bain à sa fille, mais ne le faisait pas car elle préférait regarder ses émissions de télévision. Elle a donc décidé de les enregistrer et de profiter de ce moment mère-fille. Par la suite, elle a décidé de prendre son bain avec elle 3-4 fois par semaine. Lorsque Lina est



prête à sortir du bain, Hector vient la prendre pour poursuivre la routine et Francine peut profiter d'un moment de détente en soirée, ce qui favorise partiellement son sommeil. Elle trouve ces moments très agréables et dit se sentir près de sa fille. Elle se dit fière d'avoir pensé à cette idée. La mise en place d'autres activités similaires lui a permis de se décrire comme étant plus à l'écoute des besoins affectifs de Lina et d'être capable d'y répondre avant les siens, de la faire «*passer en premier.*»

Nous l'avons vu, le sentiment de compétence parentale reflète la confiance du parent en son aptitude à prendre soin de son enfant, influence la qualité de l'effort consacré et la ténacité à faire face à une difficulté. Si Francine a vécu des réussites auprès de sa fille en cours d'intervention, elle a également vécu des échecs. En effet, parallèlement au suivi en CLSC, Francine faisait des démarches pour devenir chauffeur d'autobus et a obtenu un emploi à la STM qu'elle a débuté 3 mois après notre première rencontre. Nous avons beaucoup discuté de ce que lui faisait vivre cette démarche, de la peur de l'échec liée à celle-ci, des stratégies d'évitement que Francine mettait en place pour se protéger (e.g. ne pas étudier pour l'examen théorique). Tout ce travail traduisait une faible estime d'elle-même, mais elle a su mettre en place des moyens pour développer sa confiance en elle. Une fois l'emploi débuté, Francine a acquis l'autonomie financière qui lui a permis de rompre avec son conjoint, reprenant du contrôle sur sa vie. Cependant, son appréhension à exercer seule son rôle parental est restée, et en raison de son horaire de travail atypique Hector a obtenu la garde de Lina, Francine la voyant très peu : mercredi et jeudi soir ainsi qu'une fin de semaine sur deux. Selon Francine, depuis ce nouvel arrangement, elle est revenue à la case départ avec Lina. Par exemple, elle espérait, pour leur première soirée mère-fille, que Lina lui sauterait au cou, désire rester collée à elle en regardant la télévision (attentes irréalistes). Mais Lina s'est plutôt montrée évitante, s'est mise à toucher à tout (Francine avait réaménagé l'appartement), a fait une crise. Francine trouve donc la situation difficile et avoue avoir comme réaction très peu envie de voir Lina. Ceci démontre la faiblesse de son sentiment de compétence parentale, couplé à une faible estime d'elle-même. Il lui est difficile de voir que ses attentes envers les «*retrouvailles*» sont élevées, que Lina réagit probablement à la nouvelle situation conjugale, au fait qu'elle n'a pas vu sa mère depuis une semaine et qu'elle

teste un peu les limites, qu'elle désire explorer le nouvel environnement. Ainsi, malgré les réussites précédentes, Francine ne semble pas avoir intériorisé une confiance en sa capacité à répondre aux besoins affectifs de sa fille, ce qui influence sa ténacité à faire face à cette nouvelle situation difficile. En effet, ce revirement de situation a eu lieu lors de notre dernière rencontre, Francine ne s'étant pas présenté au rendez-vous suivant et n'ayant pas retourné mes appels. Ainsi, on peut avancer l'hypothèse que Francine s'engage d'abord dans un changement visant à améliorer sa relation avec Lina, mais abdique devant les difficultés, préférant protéger son d'estime d'elle-même déjà fragilisée en ne mettant pas trop d'efforts plutôt que de vivre ce qu'elle considère un échec de sa maternité.

### *3.1.12. Critique de l'intervention auprès de cette famille*

Les objectifs d'intervention établis avec Francine visaient à identifier les causes faisant obstacle à son lien d'attachement avec Lina, lui permettre de développer une perception plus positive de son rôle de mère et l'aider à arriver à mieux gérer son stress et ses pensées récurrentes en lien avec sa situation financière précaire. Je crois que l'intervention lui a permis de développer indirectement un meilleur sentiment de compétence parentale sans toutefois que ce changement se cristallise dans le temps, amenant Francine à mettre fin au suivi. A-t-elle senti qu'elle avait les outils pour cheminer par elle-même? J'en doute. A-t-elle abdiqué et évite de se voir comme faisant partie de la solution afin de se protéger? Est-ce une façon pour elle d'avoir un certain contrôle sur la situation?

Comment expliquer que l'intervention auprès de cette famille se soit centrée uniquement sur la première demande, soit de travailler la relation mère-fille? En fait, je crois que l'inexpérience y est certainement pour beaucoup. La demande explicite de Francine était formulée de façon tellement claire et en des termes si cliniques qu'il m'apparaissait justifié d'axer la démarche sur cet objectif. Avec le recul, je me rends compte que je n'ai pas été en mesure de cerner la demande implicite, soit de l'accompagner afin qu'elle développe un meilleur sentiment de compétence parentale. Par ailleurs, la construction du cadre théorique lié à ce travail m'a permis d'acquérir de nouvelles connaissances que je n'avais pas au moment du stage, et surtout de les structurer de façon à ce qu'elles puissent être utilisées en intervention, pour comprendre une situation donnée. Ainsi, plusieurs constats se sont faits à

travers l'analyse qui vient d'être réalisée, à savoir que l'environnement a pratiquement été évacué du processus d'intervention, malgré le fait que des liens importants auraient dû être faits entre celui-ci et le sentiment de compétence parentale. Finalement, le fait d'avoir centré l'intervention sur la relation mère-fille laisse certainement transparaître ma formation en psychologie. J'avais aussi probablement intégré certains présupposés de l'intervention psychosociale en CLSC, i.e. que malgré le fait qu'on y prône une approche axée sur la famille, l'intervention se fait bien souvent en individuel.

### *3.1.13. Ce qui aurait pu être fait pour mieux accompagner cette famille*

À la lueur de l'analyse qui vient d'être faite, je réalise qu'il aurait été aidant de mieux cerner les enjeux autour du manque de sentiment de compétence parentale. En effet, nous avons rarement discuté ouvertement de cet aspect, nous centrant sur la demande explicite de Francine : développer un sentiment d'attachement envers Lina. En fait, c'est un peu comme si l'intervention s'était faite en surface du vrai problème : on a travaillé la relation mère-fille en essayant de développer des activités permettant aux deux individus de prendre plaisir à être ensemble. Mais je crois qu'une réflexion amenant Francine à comprendre quelles sont ses attentes quant à son rôle parental, d'où viennent-elles, en quoi certaines d'entre elles peuvent être remises en question, quels éléments dans sa vie nuisent à son sentiment de compétence parentale et qu'est-ce qui peut être fait pour leur pallier aurait été plus appropriée. En fait, si les principes de base d'intervention que j'ai tenté d'appliquer auprès de Francine s'inspiraient de l'approche réflexive, j'ai l'impression qu'en travaillant des objectifs d'intervention si spécifiques, nous sommes restées au niveau du pôle statique : transmission de connaissance, essayer de trouver des trucs pour aider Francine dans son rôle parental, sans qu'une réflexion plus approfondie vienne sous-tendre les changements de pratiques. En fait, la construction du cadre théorique m'a fait prendre conscience que je ne maîtrise pas complètement les notions nécessaires pour intervenir de manière réflexive. En fait, j'ai lu il y a quelques années l'ouvrage de Daniel Schön *Le praticien réflexif*, mais de manière plutôt détachée, sans avoir eu à l'époque l'opportunité d'en actualiser le contenu. Il

serait plus que pertinent de relire sur cette pratique avant d'amorcer ma carrière puisque je me rends compte que cette approche me permettrait certainement d'amener les personnes en relation d'aide à prendre conscience de ce qui sous-tend leurs difficultés et des ressources qu'elles ont en elles pour les surmonter.

Par ailleurs, l'intervention s'est centrée uniquement sur Francine, mais il aurait été intéressant d'inclure la grand-mère maternelle afin d'amener les deux femmes à comprendre comment la dynamique qui s'est instaurée (grand-mère qui prend la relève lorsque Francine n'en peut plus) est aidante à très court terme, mais nuisible à long terme, tout en cherchant à établir une façon pour Francine de se sentir compétente tout en pouvant compter sur le soutien de sa mère. Des rencontres incluant Hector auraient pu être organisées, ce qui aurait pu les aider à clarifier leur relation, quitte à les soutenir dans le processus de séparation. Finalement, des séances incluant Lina auraient pu être faites afin de permettre une évaluation plus «objective» de la compétence parentale, d'amener Francine à réfléchir en «temps réel» sur ce que les interactions avec Lina lui font vivre, percevoir ses forces, ses faiblesses et les améliorations ressenties.

#### *3.1.14. Influence des présupposés sur la relation intervenante-client*

Étant moi-même mère d'une petite fille qui avait 16 mois au moment de ma première rencontre avec Francine, il est pertinent que je me questionne sur l'impact qu'a pu avoir mon rôle de mère sur notre relation. Une de mes grandes préoccupations par rapport à mon propre rôle maternel est qu'il ne devienne pas l'unique rôle qui me définit. Si avoir un enfant a amené beaucoup de changements dans ma vie, une nouvelle hiérarchisation de mes priorités, nouvelle organisation de mon temps, j'ai toujours fait attention à ce que mon enfant ne prenne pas toute la place, mobilise mes conversations ou m'empêche de continuer à m'actualiser dans d'autres domaines qui me sont chers. En fait, je conçois plutôt qu'avoir un enfant est un événement «naturel» qui s'insère dans une histoire de vie et que le rôle parental s'ajoute aux autres rôles. On ne vit pas pour son enfant, mais avec lui. Je crois aussi qu'il est possible de ne pas «tomber amoureux» de son enfant au premier regard, et que cela n'implique pas nécessairement qu'on l'aime moins ou qu'il est voué à développer un

attachement insécure envers sa mère : l'amour maternel peut tout simplement se vivre différemment d'une femme à l'autre. Par ailleurs, si je considère qu'il est normal et non exceptionnel d'avoir un enfant, cela ne signifie pas que le rôle parental s'exerce facilement et dans le bonheur constant. Je crois qu'il est normal et sain de vivre de la frustration, de la fatigue, de l'exaspération envers son enfant et qu'un parent ne doit pas se sentir coupable de vivre de telles émotions ou de les exprimer, mais ce dernier aspect est souvent jugé inacceptable dans plusieurs milieux. Cependant, il faut avouer que mes attentes envers mon rôle maternel m'apparaissent réalistes dans la mesure où je peux compter sur mon conjoint (dont les attentes envers la parentalité sont construites passablement dans le même sens), son soutien et sa participation au sein du couple parental nous permettant à tous deux de nous actualiser comme individu. Nous refusons en quelque sorte de ne vivre que pour notre fille, nous préoccupant tout deux de l'effet pervers que peut avoir une telle attitude éducative sur un enfant, i.e. développement du syndrome de l'enfant-roi.

En quoi mes propres attentes face à la maternité ont-elles influencé ma relation avec Francine? Je crois qu'elles ont favorisé l'établissement d'un bon lien thérapeutique entre elle et moi. Elle a répété souvent en cours de suivi apprécier le fait de pouvoir ventiler quant à son rôle de mère, de ne pas se sentir juger, même lorsqu'elle affirmait que Lina la dérange, qu'elle voudrait parfois qu'elle disparaisse. Elle m'a souvent dit qu'elle pouvait avec moi affirmer des choses que personne d'autre dans son entourage ne pourrait entendre. Mais pourquoi n'ai-je pas été en mesure de lui faire prendre conscience du poids des attentes sociales sur sa maternité? En fait, tout ce que j'arrivais à formuler, c'est : *«Il y a beaucoup de pression sur la maternité,»* jugeant que ce n'était pas ma place d'aller plus loin sous prétexte de vouloir préserver une neutralité thérapeutique. J'étais probablement encore une fois influencée par ma formation en psychologie, où cette neutralité est prônée. De plus, il est vrai que si je pressentais ces pressions sociales, je n'avais pas fait le travail à l'époque de les identifier clairement comme je l'ai fait dans le cadre de ce travail.

### **3.2. La situation de Marion, Alain et de leur fille Nelly**

#### *3.2.1. Profil de la famille*

Marion et Alain, tous deux âgés de 38 ans, sont les parents de Nelly, qui a 2 ½ ans. Marion est née au Québec alors qu'Alain a émigré de la Tunisie en 2001. Le couple est marié depuis 2000. Tous deux ont complété des études universitaires, mais Marion est actuellement sans emploi tandis qu'Alain travaille à la ville de Montréal comme arpenteur-géomètre. La famille vit sur le revenu d'Alain et la situation financière est plutôt difficile. Nelly fréquente le CPE, mais celui-ci est situé dans un autre quartier ce qui nécessite des déplacements en transport en commun en empruntant deux lignes d'autobus.

#### *3.2.2. Demande d'aide et facteurs précipitant*

Marion se présente à l'accueil psychosocial en premier lieu parce que sa fille ferait des crises importantes au coucher et que la situation est devenue ingérable. Cependant, il ressort que Marion et son conjoint ont des visions différentes sur les moyens à prendre afin de faire face à la situation. Elle dit que le couple a de plus en plus de difficulté à se mettre d'accord quant à l'éducation de Nelly, ce qui serait une source importante de conflits. Ainsi, Marion désire qu'ils consultent ensemble afin de recevoir de l'aide pour se mettre d'accord sur l'éducation de leur fille. Elle veut qu'ils en arrivent à partager son éducation, de même qu'à ajuster et améliorer leurs méthodes éducatives.

### *3.2.3. Histoire de la situation problème et mesures prises auparavant pour la résoudre*

Il semble que dès la grossesse, le couple ait eu des divergences concernant l'hygiène de vie de Marion (e.g. consommation de tabac). Selon celle-ci, leurs différents points de vue sur la parentalité sont dus aux différences culturelles, mais selon Alain, elles sont attribuables au problème de santé mentale de Marion (trouble bipolaire) qui l'empêcherait de prendre de «bonnes» décisions concernant Nelly.

Le couple a déjà suivi une thérapie conjugale il y a quelques années, mais y a mis fin en raison du coût élevé de la démarche et de l'absence de résultats. Marion a également contacté «Éducation Coup de Fil» qui lui aurait donné de bons conseils pour gérer les crises au coucher. Cependant, si cette aide semble les avoir aidés ponctuellement, cela ne semble pas suffisant et le couple désire consulter en petite enfance. Les parents veulent surmonter leurs différences quant à l'éducation de Nelly qui sont actuellement sources de conflits et en arriver à se mettre d'accord par rapport à l'éducation de leur fille.

### *3.2.4. État de santé physique et mentale*

Marion a reçu un diagnostic de trouble bipolaire à l'âge de 18 ans pour lequel elle prend une médication. Elle est suivie par un nouveau psychiatre depuis sa dernière hospitalisation, qui s'est terminée 3 semaines avant le début formel de la démarche du couple. Elle a aussi un suivi avec une travailleuse sociale du département de psychiatrie de l'hôpital.

### *3.2.5. Antécédents personnels, conjugaux et familiaux*

Depuis la formation du couple, Marion a vécu quelques épisodes de manie (dont un durant sa grossesse) et a récemment été hospitalisée pour cette raison. Lors de ces épisodes, Marion devient très volubile, dort très peu, entreprend de nombreux projets (e.g. cours de théâtre, projets cinématographiques) sur lesquels elle concentre toute son énergie et dépense beaucoup d'argent dans le but de les réaliser. Par conséquent, Alain semble avoir de la difficulté à lui faire confiance et à la valider dans son rôle de mère, se disant inquiet quant aux répercussions de sa maladie sur sa capacité à prendre des décisions éclairées concernant

Nelly. Ses craintes tournent beaucoup autour de la maladie : peur que Nelly tombe malade si Marion n'insiste pas pour qu'elle mette ses mitaines ou si Marion n'arrive pas à la convaincre de manger une certaine quantité de nourriture. Il craint aussi pour la sécurité de sa fille car Marion ne traverserait pas toujours la rue aux intersections. Ainsi, pour lui, la maladie de Marion semble prendre toute la place. Lorsque Marion se comporte d'une façon qu'il juge inadéquate, il relie le comportement au trouble bipolaire. L'histoire conjugale l'a poussé à lire énormément sur ce trouble, ce qui a réifié en quelque sorte son rapport à Marion. Il ne semble plus voir la personne sous la maladie. Par ailleurs, cette propension à voir sa femme comme incompétente en raison de son trouble mental justifie à ses yeux le fait qu'il prenne l'ensemble des décisions concernant Nelly, que ses solutions soient toujours les meilleures, que ses pratiques parentales devraient être reprises telles quelles et appliquées à la lettre par Marion. Il semble détenir l'ensemble du pouvoir lié au rôle parental. Par exemple, lorsque Marion donne le bain à Nelly, elle la sèche et l'habille par la suite dans la salle de bain, ce qui est inadéquat aux yeux d'Alain puisque la table à langer est dans la chambre de la petite, qu'il y fait beaucoup plus chaud que dans la salle de bain et qu'il est important de respecter la routine de Nelly. Il affirme qu'en agissant de la sorte, Marion manque de jugement quant au bien-être de Nelly. En fait, il semble que l'excuse de la maladie lui permette de garder ce pouvoir au sein du couple parental, pouvoir qu'il a beaucoup de difficulté à céder malgré le fait qu'il affirme avoir besoin de le faire. Par exemple, lors d'une rencontre, Alain se plaint qu'au retour de la garderie et du travail, il est souvent très fatigué de sa journée et aimerait que Marion s'occupe de Nelly, notamment de lui faire enlever son manteau et ses bottes. Cette idée est approuvée par Marion, qui affirme que c'est une bonne façon de s'impliquer et de passer ensuite du temps avec Nelly. À la séance suivante, Alain s'empresse de manifester son indignation face au déroulement du déshabillage : Marion ne respecte pas la façon qu'il avait instaurée dans le but que Nelly acquière de l'autonomie. Il considère qu'en agissant de la sorte, sa femme nuit au développement de leur fille. L'enjeu en soit n'est pas très grave, mais il permet de constater le jeu de pouvoir qui a lieu entre les parents, comment Alain utilise l'excuse du développement (acquisition de l'autonomie) pour refuser à Marion le partage du pouvoir.



Sinon, le couple s'est laissé l'an dernier, mais Alain a décidé de revenir avec Marion car il se disait inquiet pour Nelly. Actuellement, le couple conjugal semble presque inexistant, situation que déplore Marion. Elle dit que depuis la naissance de Nelly, ils ne vivent qu'en fonction d'elle. Elle relie cela d'une part au manque de ressources financières : peu d'argent peut être consacré aux loisirs, à une gardienne. Mais d'autre part, elle affirme qu'Alain refuse souvent les activités à faire en couple. Par exemple, si Marion veut louer un film, il trouve que le club vidéo où elle veut aller est trop loin. Ou encore, le soir au coucher de Nelly, Marion aimerait qu'ils utilisent ce moment pour discuter et penser à eux, mais Alain juge qu'il est important de garder l'appartement le plus silencieux possible afin de garantir le sommeil de Nelly. En réponse à cette insatisfaction de Marion, Alain affirme qu'ils en sont à un moment de leur vie où leur énergie doit se consacrer à leur rôle de parent. Il trouve secondaire ces activités de couple, Nelly est encore petite et a besoin d'eux, et que : « (...) *tout cela viendra plus tard.* » Le couple conjugal s'est-il éteint aux yeux d'Alain ou son refus d'y participer est-il lié ici aussi à un besoin de garder le pouvoir sur la relation de couple? On peut d'ailleurs penser qu'une possession du pouvoir sur le couple conjugal facilite le maintien du contrôle sur le couple parental et vice-versa.

### *3.2.6. Réseau social significatif*

La famille d'Alain vit toujours en Tunisie et celle de Marion à Québec. Ils disent avoir très peu de connaissances à Montréal. La mère de Marion est venue s'occuper de Nelly lors de la dernière hospitalisation et semble donc pouvoir offrir un certain soutien.

### *3.2.7. Attentes et motivation envers la démarche*

Marion aimerait que l'intervention les amène à en venir à partager l'éducation de Nelly, qu'ils arrivent à se mettre d'accord par rapport à leur rôle parental respectif. Elle semble très motivée par la démarche, cherchant à prendre plus de place auprès de Nelly. Alain est d'accord avec l'intervention, mais semble très préoccupé par le trouble bipolaire, de son impact sur le rôle parental de sa femme. Il se dit d'accord avec les attentes de Marion, se dit prêt à s'engager dans la démarche, mais dans les faits, nous le verrons, il remet difficilement

ses comportements en question. De plus, s'il accepte verbalement une entente prise avec Marion, il ne la met pas nécessairement en pratique. Par exemple, il avait accepté, à la demande de Marion, de participer à quelques séances d'un groupe de soutien pour proches de personnes bipolaires, mais ne s'est jamais présenté aux rencontres en question. Ainsi, je crois que sa motivation envers la demande explicite exprimée par Marion, demande qui ne concerne que le couple conjugal, est questionnable.

### 3.2.8. *Éléments favorisant et nuisant à la résolution du problème/Facteurs de risques*

Le fait que le couple consulte ensemble et semble vouloir trouver un terrain d'entente envoie, *a priori*, un message clair à Nelly : ses parents se préoccupent d'elle et veulent s'allier pour son bien. Cependant, Marion et Alain ont beaucoup de difficulté à communiquer ensemble et se disputent énormément, et ce même durant les séances qui se déroulent en présence de Nelly. De plus, leur capacité d'introspection semble plutôt faible. Par exemple, lorsque j'ai voulu faire un retour, lors de la séance suivante, sur la situation de la barre de chocolat (voir section suivante), Marion et Alain ont d'abord commencé par me dire qu'ils ne voyaient pas de quoi je parlais. Ensuite, il leur a été difficile, surtout pour Alain, de nommer ce que leur comportement respectif envoyait comme message à l'autre conjoint et ce que l'incohérence véhiculée a envoyé comme message à Nelly. Aussi, le récent épisode de manie de Marion a laissé son état de santé mental relativement instable et sa forte médication (qui doit être réajustée selon elle) fait en sorte qu'elle a beaucoup de difficulté à se lever le matin pour s'occuper de Nelly et l'amener à la garderie (Alain commence très tôt et ne peut s'occuper de cela).

Par ailleurs, la famille est isolée socialement et l'état financier peut être un facteur de stress important pour le couple. Lorsqu'elle est en manie, Marion dépense énormément d'argent ce qui a récemment alourdi la situation financière.

### 3.2.9. *Évaluation de la compétence parentale*

Bien que le couple consulte ensemble, il ressort très vite qu'Alain remet la compétence parentale de Marion en question, utilisant comme excuse son trouble bipolaire pour invalider les tentatives de sa femme à prendre du contrôle quant à son rôle parental. Alain impose sa façon de faire, Marion agit à sa manière, Alain lui reproche alors son manque de jugement, le fait qu'elle n'applique pas la routine de Nelly à la lettre ou invalide la pratique parentale suggérée par Marion soit verbalement, soit par une pratique opposée. Par exemple, lors d'une rencontre, Nelly a mordu sa mère à la joue. Marion s'est empressée de la punir en lui donnant une tape sur la main et en l'envoyant au «coin,» où elle est restée 2 minutes en pleurant. Par la suite, Nelly s'est précipitée dans les bras de son père, qui l'a pris à part dans la cuisine, d'où elle est revenue avec du chocolat. Cette dynamique, en plus d'invalider Marion, envoie à Nelly des messages contradictoires. Mais Marion désire prendre sa place comme mère, place qu'elle a besoin de négocier auprès d'Alain en démontrant qu'elle a la capacité et la volonté de prendre soin de sa fille. Je propose donc d'évaluer la compétence parentale des deux parents et ensuite de démontrer ce qui, dans l'environnement, peut soutenir ou nuire à cette compétence.

Lorsque son état de santé mentale est stable, Marion est en mesure, selon moi, de répondre à l'ensemble des besoins de sa fille. Cependant, au niveau de l'encadrement, elle semble manquer d'outils et répond à tous comportements jugés négatifs de la même manière, soit par une tape sur la main. Elle est consciente de cette situation et se montre intéressée à développer de nouvelles techniques éducatives. Sinon, d'un point de vue clinique, elle possède de nombreuses caractéristiques liées à la compétence parentale : elle est chaleureuse, éprouve du plaisir à être avec sa fille et désire passer plus de temps avec elle, fait preuve de réciprocité. Si Alain lui reproche de manquer de sensibilité face aux besoins de Nelly, je crois qu'il faut nuancer et préciser que cela est surtout vrai lorsque Marion fait une rechute vers la manie et qu'elle est par la suite fortement médicamentée, ce qu'elle reconnaît. Par ailleurs, d'un point de vue réflexif, bien que Marion semble avoir de la difficulté à faire preuve d'introspection, elle démontre une certaine aptitude à évoluer dans les situations, à remettre en question ses pratiques parentales et à en adopter de nouvelles.

Par exemple, suite à une discussion sur différentes méthodes disciplinaires, elle s'est montrée très intéressée par la méthode des conséquences naturelles et logiques et l'utilisation d'un coin *time-out*, qu'elle a mis en pratique et même démontrée lors d'une séance. De plus, sa maturité psychologique lui permet de se mettre à la place de Nelly et de prendre conscience de l'effet qu'ont les disputes conjugales sur elle : Nelly se met à crier, attire l'attention par tous les moyens ce qui a souvent pour effet de faire dévier la tension entre ses parents vers elle. Marion est également capable d'ajuster ses pratiques et attentes en fonction de l'âge de Nelly. Par exemple, elle dit avoir hâte que Nelly ait 3 ans puisque c'est un âge avec lequel elle est plus à l'aise, notamment parce qu'elle connaît et maîtrise davantage les activités qu'un enfant de ce stade développemental aime et peut faire.

Alain présente lui aussi plusieurs caractéristiques liées à la compétence parentale : il se montre chaleureux, sensible aux besoins de Nelly, éprouve du plaisir et de l'intérêt à être avec elle, il se préoccupe beaucoup de son développement. Cependant, d'un point de vue réflexif, s'il a la capacité d'accomplir ses tâches parentales, il a de la difficulté à tenir compte de la complexité des situations et à évoluer en fonction de celles-ci. Il se montre donc rigide lorsque des changements sont suggérés. Un certain manque de maturité psychologique l'empêche de voir comment l'incohérence qu'il véhicule en invalidant les pratiques parentales de Marion a un effet sur néfaste sur Nelly. Tel que mentionné précédemment, il lui est difficile de faire un retour sur ce genre de situation et de prendre conscience du rôle qu'il a à jouer, suggérant soit une faible capacité d'introspection ou une façon qu'il a développée pour éviter de se remettre en question et maintenir son contrôle sur la sphère parentale.

D'un point de vue écologique, la situation financière précaire peut clairement ici affecter la compétence parentale des deux parents, d'une part par le stress qu'elle engendre, d'autre part parce qu'elle nécessite de faire passer l'emploi avant le bien-être individuel et familial. Par exemple, selon Marion, le dernier épisode de manie ayant mené à l'hospitalisation aurait pu être prévenu. En effet, les premiers signes d'un épisode maniaque chez Marion sont une modification des habitudes de sommeil, ce qu'elle avait remarqué. Ses réveils fréquents pendant la nuit ont vite dégénéré en insomnie et engendré un dérèglement de l'humeur.

Marion dit qu'au moment de ces premiers signes, elle aurait du se rendre au centre de crise qu'elle a l'habitude de fréquenter lorsqu'elle a besoin de se stabiliser, mais que cela était impossible à ce moment puisqu'Alain travaillait de nuit dans un entrepôt et que la famille avait désespérément besoin de son salaire pour arriver. Par ailleurs, la relation conjugale difficile ainsi que les problèmes de communication entre les parents peuvent également nuire à leur compétence parentale. Finalement, bien que la famille puisse compter sur le soutien de la grand-mère maternelle en cas de besoin, notamment lors d'une rechute de Marion, elle reste tout de même isolée socialement.

En somme, lorsque son état de santé mentale est stable, je ne considère pas que la compétence parentale de Marion soit à remettre en question. Cependant, étant donné que les moments de rechutes sont une réalité avec laquelle elle doit vivre, je crois qu'il est important d'établir avec cette famille un plan des mesures à prendre pour veiller au bien-être de Nelly lors d'un tel événement. Quant à Alain, il possède également des forces au niveau de sa compétence parentale qui lui permettent de répondre aux besoins de sa fille, mais certains éléments rendent difficile la négociation à l'intérieur du couple parental. En fait, le problème semble se situer à ce niveau : c'est la dynamique d'interaction qui s'est installée entre les deux parents qui nuit partiellement à leur compétence parentale respective, et peut-être éventuellement à leur sentiment de compétence parentale.

### *3.2.10. Évaluation du sentiment de compétence parentale*

Si Marion démontre que sa compétence parentale n'est pas remettre en question, la tendance d'Alain à invalider ses initiatives pour reprendre du pouvoir dans le couple parental peut nuire à son sentiment de compétence parentale. Malgré le fait que son conjoint remette en question sa capacité à prendre soin de leur fille, Marion semble tout de même croire en sa propre compétence parentale. Elle juge légitime de prendre plus de place dans l'éducation de Nelly, percevant qu'elle a les capacités et connaissances pour le faire. Elle se trouve apte à affronter ses tâches parentales, valorise les solutions qu'elle propose aux différentes difficultés. Lorsqu'elle est stable psychologiquement, elle dit avoir de la facilité à assumer son rôle de mère. Ainsi, son sentiment d'efficacité et sa satisfaction face à son rôle parental

sont élevés. Cependant, elle arrive difficilement à prendre cette place qu'elle voudrait tant, car Alain invalide la plupart de ses tentatives visant à se réappropriier du pouvoir parental. Malgré tout, Marion fait preuve de ténacité dans sa démarche.

Sur le plan individuel, Marion possède plusieurs déterminants du sentiment de compétence parentale. Elle se dit en mesure de répondre aux besoins de Nelly, disponible, motivée, a envie de faire des activités avec elle. Ayant travaillé auprès d'enfants atteints d'autisme, elle a vécu avec succès des expériences relatives aux soins et à l'éducation des enfants, et ce auprès d'une clientèle plutôt difficile. Si elle doit vivre avec des variations de son état psychologique, elle fait une distinction nette entre son «soi» et les manifestations de son trouble mental. Ainsi, les difficultés au plan parental sont clairement liées pour elle à ces manifestations, et celles-ci ne sont pas permanentes et/ou inhérentes à sa personne. Elle répète souvent : *«Je n'ai pas 'trouble bipolaire' écrit dans le front.»* Cette prise de conscience semble préserver son sentiment de compétence parentale et surtout la protéger des allégations d'Alain quant à sa supposée incapacité parentale.

Alain semble également posséder un bon sentiment de compétence parentale. Son sentiment d'efficacité est très élevé, il se perçoit comme étant apte à prendre soin de Nelly et il se dit satisfait de son rôle de père. Son entourage (belle-mère lorsqu'elle vient donner un coup de main, sa propre mère lorsqu'il lui téléphone pour des conseils) lui reflèterait d'ailleurs qu'il est un bon père, ce qui contribue à maintenir son sentiment de compétence élevée.

Si les deux parents possèdent un ensemble de caractéristiques personnelles maintenant un bon sentiment de compétence parentale, les déterminants environnementaux en présence devraient plutôt affaiblir ce sentiment : relation conjugale difficile impliquant une absence de soutien et de la manipulation de la part du conjoint pour Marion, des difficultés de communication entre les deux conjoints, un soutien social faible, une dynamique familiale difficile.

Par ailleurs, Marion doit faire face à trois types de pressions sociales : celles liées au rôle maternel, celles liées au fait de vivre avec un trouble de santé mentale et celles liées à une combinaison de ces deux aspects, soit être une mère avec un trouble bipolaire. Si son discours ne laisse pas transparaître d'inquiétudes face à ces différentes attentes sociales,

celui de son conjoint véhicule clairement un ensemble de préjugés lié à l'exercice du rôle parental d'une femme ayant un trouble bipolaire. Les a-t-il véritablement intégrés ou lui servent-ils plutôt à maintenir son pouvoir dans la sphère parentale?

### *3.2.11. Intervention auprès de cette famille*

Si les deux parents démontrent une bonne compétence parentale et semblent avoir un bon sentiment de compétence parentale, la difficulté est d'actualiser cette compétence au sein de la dynamique familiale, et, pour Marion, de négocier et d'obtenir plus de pouvoir au sein du couple parental. Est-ce que la démarche entreprise a su intervenir indirectement sur ces enjeux?

La demande explicite de cette famille était qu'Alain et Marion arrivent à se mettre d'accord quant aux attitudes éducatives à adopter avec Nelly, qu'ils en arrivent à partager son éducation tout en se respectant dans leur rôle parental respectif. Ainsi, par des moyens spécifiques, Marion tentait de prendre davantage sa place de mère auprès de Nelly : mettre en place un moment d'activité avec sa fille au retour de la garderie, établir un horaire pour qu'elle et Alain fassent le souper à tour de rôle afin de libérer l'autre parent pour qu'il joue avec Nelly, utiliser d'autres moyens disciplinaires que la tape sur la main. Ces moyens étaient discutés par le couple en séance et je prenais le rôle du médiateur entre les deux conjoints pour qu'ils en arrivent à négocier une entente. Les discussions étaient au début très tendues, mais le couple est parvenu à communiquer en ma présence de façon plus posée, sur un ton moins accusateur. Il a aussi travaillé à améliorer sa communication et à prendre conscience de ce que leurs disputes faisaient vivre à Nelly. Finalement, nous avons élaboré ensemble un plan des mesures à prendre advenant une rechute de Marion vers la manie.

### *3.2.12. Critique de l'intervention auprès de cette famille*

La négociation du pouvoir parental a été très difficile. D'abord, si en séance Alain acceptait verbalement la négociation, il ressortait souvent à la rencontre suivante que l'entente avait échoué pour des raisons qu'il liait au manque de jugement de Marion. Ensuite, le fait d'inciter Marion à utiliser des moyens spécifiques, à instaurer des changements précis dans

la routine familiale dans le but d'acquérir plus de responsabilités parentales n'a pas eu comme résultat de lui donner du pouvoir au sein du couple parental. En effet, ce type d'intervention est resté en «surface» du vrai problème, soit l'emprise d'Alain sur l'ensemble des responsabilités parentales. Je considère que je n'ai pas été en mesure d'amener le couple à prendre conscience de ce jeu de pouvoir, élément qui aurait peut-être été essentiel pour une réelle négociation. Ainsi, si le couple a pu acquérir des connaissances sur de nouvelles pratiques parentales, il faut avouer que l'intervention s'est faite de manière statique plutôt que dynamique, ce qui aurait permis la réflexion sur les attitudes de chacun. Cependant, je considère que l'élaboration du plan des mesures à prendre advenant une rechute de Marion a permis, d'une part, d'assurer le bien-être de Nelly lors d'une prochaine crise, mais aussi de redonner du pouvoir à Marion sur sa maladie et d'éventuellement limiter l'usage qu'Alain peut en faire pour invalider sa conjointe. En effet, Marion a identifié dans ce plan des signes précurseurs de manie qui sont facilement observables pour elle, soit des modifications au niveau du sommeil et de l'alimentation. Lorsqu'elle remarque ces signes, il est établi qu'elle se rend dans un centre de crise ou à l'hôpital de jour pour assurer une stabilisation de son humeur. Implicitement, on comprend qu'en l'absence de ces manifestations précoces, il est inapproprié de juger Marion inapte à assumer son rôle parental puisque son état est alors stable. Certes, un travail est à poursuivre pour en arriver là, mais Marion a maintenant en sa possession des arguments «objectifs» pour démontrer que son état psychologique est stable et peut les utiliser pour se négocier du pouvoir sur le plan parental. À l'inverse, elle peut reconnaître elle-même son instabilité et mettre en application les moyens qu'elle a choisis. À mon départ, le couple a décidé de poursuivre la démarche auprès d'une autre intervenante, il est donc possible d'espérer que la situation continue de changer.

### *3.2.13. Ce qui aurait pu être fait pour mieux accompagner cette famille*

Afin de susciter la prise de conscience concernant le pouvoir d'Alain sur la dynamique parentale et permettre une meilleure négociation du pouvoir entre les deux parents, l'intervention aurait dû miser davantage sur une approche réflexive, ce qui vient renforcer l'importance d'approfondir ma maîtrise de cette approche. En effet, ce qui a été proposé à



cette famille n'a pas réellement répondu à la demande initiale puisque Marion n'a pas pu se négocier la place qu'elle espérait au sein du couple parental. En fait, il aurait fallu amener Alain à «réhumaniser» Marion, à la percevoir comme une personne plutôt que comme un trouble. Mais les quelques tentatives en ce sens ont échoué (e.g. participer à un groupe de soutien pour proches de personnes bipolaires), ce qui suppose l'avantage perçu par Alain de maintenir le *statu quo* sur la situation familiale. En fait, c'est l'ensemble de la réflexion sur le jeu de pouvoir qui s'est établi au sein du couple qu'il aurait fallu mettre à jour, en le liant aux répercussions qu'il peut avoir pour Nelly. Quel avantage y a-t-il pour Alain de voir Marion comme une mère malade et incompétente? À quel point cette dynamique se retrouve dans le couple conjugal, à partir de quand s'est-elle instaurée? À quoi ressemblait la dynamique familiale dans leur famille d'origine respectivement, y a-t-il des ressemblances que l'on peut faire ressortir? Ces différents éléments renvoient à la question de la demande explicite et à la manière d'y répondre. Le couple exprime une demande très précise, liée uniquement au couple parental. Mais l'analyse fait ressortir l'importance d'élargir le portrait et de considérer qu'implicitement, c'est sur l'ensemble du système familial qu'il faut intervenir. Ainsi, le plan d'intervention aurait dû contenir des objectifs concernant le couple conjugal ou du moins, j'aurais dû comme intervenante leur signaler l'importance de tenir compte de ce sous-système pour éventuellement les amener à considérer la possibilité de l'inclure dans la démarche.

Sinon, je crois aussi que comme intervenant, j'aurais pu me positionner plus catégoriquement quant à la compétence parentale de Marion, notamment en proposant une évaluation «objective,» standardisée de cette compétence. En effet, Alain semblait accorder beaucoup de valeur au rôle d'expert et j'aurais pu user de ce point pour faire valoir davantage les forces de Marion. Mais à la lueur de ces réflexions, je constate qu'Alain exerçait probablement un certain pouvoir sur l'intervention puisqu'il était difficile de le contredire ou de l'amener à réfléchir sur certains de ses comportements et attitudes. Il aurait été intéressant de soulever ce point avec le couple. Pour ma part, je crois que j'ai à réfléchir sur ma confiance en moi comme intervenante, comment l'utiliser pour me positionner et «tenir tête» en quelque sorte à un client qui exerce une emprise de la sorte sur l'intervention,

question de ne pas me laisser «happer» par la dynamique familiale. J'aurais pu également identifier cet aspect, leur en parler, constater leur réaction et voir en quoi cette nouvelle information aurait modifié la dynamique d'intervention.

#### *3.2.14. Influences des présupposés sur la relation intervenante-client*

Je crois qu'il importe, dans le cadre de cette situation, que je me questionne sur mes présupposés quant à l'exercice de la parentalité d'une personne ayant un trouble de santé mentale. Je dois avouer qu'*a priori*, lorsque j'ai appris à la première rencontre que Marion avait un diagnostic de trouble bipolaire, la première pensée qui m'est venue en tête est : «*Mais qu'est-ce que je fais ici? C'est trop gros pour moi, trop lourd!*» J'en comprends donc que pour moi, un problème de santé mentale impliquait nécessairement d'avoir des connaissances particulières non seulement sur la symptomatologie, mais sur l'impact du trouble dans la vie quotidienne de la personne et surtout, sur la façon d'intervenir. Si ma formation en psychologie m'a bien renseigné sur la symptomatologie et les critères diagnostiques, mes connaissances s'arrêtaient là. De plus, dans la construction des services en CLSC, il existe un programme spécifique en santé mentale. Je ne voyais donc pas en quoi je devais m'occuper du suivi de cette famille. À mes yeux, «santé mentale» se retrouvait dans une case à part. Puis je suis revenue à leur demande et au fait qu'ils venaient consulter sur la base de leur statut de parent. Une mère bipolaire peut-elle s'occuper adéquatement de son enfant? Les exemples «invalidants» d'Alain me démontraient que oui, cela était possible. Je dirais donc que c'est au contact de Marion et par diverses activités de formation (j'ai notamment assisté à la conférence d'une psychiatre portant sur le trouble bipolaire, mais dédiée aux personnes diagnostiquées qui parlaient énormément de leur vécu) que j'ai pu déconstruire l'image de la personne constamment en manie et fonctionnant difficilement au quotidien. Marion m'a permis de mieux comprendre ce que représentait le fait de vivre avec le poids d'une étiquette, et que sous le diagnostic, il y a une personne, avec une personnalité propre, des aspirations et surtout des capacités à s'actualiser dans le rôle parental. Donc, je crois que cette modification de mes présupposés a peut-être indirectement aidé Marion à garder sa motivation envers la démarche, malgré les embûches posées par

Alain. En séance, je la valorisais pour ses idées, ses projets (notamment de retour aux études), l'incitais à réessayer si une de ces initiatives avait échoué, et cela venait spontanément. En fait, je crois en ses capacités et considère maintenant que sa bipolarité est un aspect avec lequel il lui faut vivre, mais de façon épisodique.

Quels présupposés m'ont empêché de «tenir tête» à Alain, de me positionner plus catégoriquement en faveur de la compétence parentale de Marion? Je me questionne sur ma relation au pouvoir et à la hiérarchie. En fait, mes valeurs familiales m'ont longtemps fait respecter inconditionnellement toute forme de pouvoir et de hiérarchie, notamment la place du père, ce que je commence lentement à remettre en question et à défier. On peut également y voir un lien avec la confiance en soi : à mesure que j'en acquiers, je me sens plus apte à remettre en question les structures établies, les figures de pouvoir. Dans ce cas-ci, je crois que de me retrouver en tant que débutante confrontée à une situation que 1) je jugeais difficile (intervenir en couple) et 2) où la figure paternelle se retrouvait en position de pouvoir m'insécurisait et me ramenait vers mes faiblesses, d'où il m'était difficile d'émerger. Sachant cela, et continuant de faire ce travail de rupture avec certaines valeurs familiales tout en développant ma confiance en moi au fil de l'intervention, je crois que je serai en mesure de faire en sorte qu'une future relation thérapeutique ne soit pas si influencée par ces présupposés.

### **3.3. La situation d'Édith et de sa fille Léa**

#### *3.3.1. Profil de la famille*

Édith, 35 ans, est née au Québec et est la mère de Léa, qui a 6 mois au moment de notre première rencontre. Elle est mariée depuis 6 ans à Marc, 33 ans, qui a émigré de France 7 ans plus tôt. Tous deux ont complété des études universitaires. Édith est intervenante dans un Carrefour Jeunesse Emploi, mais elle est actuellement en congé parental. Comme elle n'est pas satisfaite du climat de travail, elle prévoit se trouver un nouvel emploi à la fin de son congé. Son mari est enseignant dans une école secondaire. Leur situation économique est excellente.

### 3.3.2. *Demande d'aide et facteurs précipitant*

Édith est référée au service petite enfance par son infirmière de suivi en allaitement. Depuis deux mois, elle souffre d'insomnie et est déprimée. Elle a reçu un diagnostic de dépression post-partum de la part de son médecin traitant et prend des antidépresseurs depuis un mois. L'infirmière lui recommande nos services afin qu'elle obtienne un soutien psychosocial pour surmonter sa dépression.

Suite aux rencontres d'évaluation, Édith affirme vouloir développer une meilleure assurance dans son rôle de mère et augmenter sa confiance en elle. Elle dit constamment solliciter l'opinion des autres lorsqu'elle doit prendre une décision par rapport à sa fille et aimerait plutôt se fier à son propre jugement. Elle affirme vouloir être une mère «parfaite» pour Léa, tout en étant consciente que ses attentes sont trop élevées.

### 3.3.3. *Histoire de la situation problème et mesures prises auparavant pour la résoudre*

Édith est nouvellement mère d'un premier enfant. Les trois premiers mois suivant l'accouchement, tout allait bien selon elle. Elle dit avoir vécu une lune de miel avec son bébé. Autour du quatrième mois post-partum, Édith dit avoir eu de la difficulté avec l'allaitement : Léa n'avait pas un gain de poids suffisant et elle a dû augmenter le nombre de tétées. Cette période l'aurait beaucoup épuisée. Par ailleurs, c'est pendant cette période qu'elle aurait commencé à se comparer aux autres mères et qu'elle serait devenue plus exigeante envers elle-même. Édith se décrit comme une anxieuse et c'est depuis cette période qu'elle dit souffrir d'insomnie. Elle avoue avoir peu confiance en elle et avoir besoin du regard des autres pour se convaincre qu'elle est une bonne mère. Mais que cela va aussi dans le sens opposé : elle perçoit souvent que les autres désapprouvent ou critiquent ce qu'elle fait.

Édith prend ses antidépresseurs, mais elle ne croit pas que cela l'aide énormément. Elle a pensé à l'hypnose, sans toutefois l'avoir essayé. Elle a lu quelques ouvrages de croissance personnelle. *Arrosez les fleurs, pas les mauvaises herbes*, de Peacock (2007) semble lui avoir redonné un peu d'espoir quant à sa situation. Elle est actuellement suivie par une

psychologue qu'elle apprécie beaucoup. De plus, elle reçoit l'aide d'une auxiliaire familiale du CLSC les mercredis matin. Elle en profite alors pour prendre du temps pour elle et préconise une activité sportive.

#### *3.3.4. État de santé physique et mentale*

Édith est en bonne santé physique, mais a reçu récemment un diagnostic de dépression post-partum.

#### *3.3.5. Antécédents personnels, conjugaux et familiaux*

Édith dit avoir vécu une enfance difficile, auprès d'un père alcoolique qui l'aurait beaucoup dénigré. C'est d'ailleurs à cela qu'elle relie son manque de confiance en elle. Elle a le souci de faire ressentir à Léa qu'elle l'aime, qu'elle est désirée, ce qui lui a beaucoup manqué durant son enfance.

Édith a fait trois autres dépressions dans le passé et a été hospitalisée deux semaines pour l'une d'entre elles. Elle dit qu'à chaque fois, cela correspondait à des périodes où elle était exigeante envers elle-même, poussait ses limites. Mis à part son suivi actuel en psychologie, elle a consulté deux autres psychologues, ce qui lui a permis de faire des liens avec son histoire familiale. Elle sent qu'aujourd'hui, il ne lui sert plus d'aller «*fouiller son passé.*» Par ailleurs, son conjoint consulte actuellement en psychologie. Il aurait eu des difficultés relationnelles avec sa mère durant son enfance.

#### *3.3.6. Réseau social significatif*

Édith a un bon réseau social. Son conjoint serait très soutenant et elle dit vivre une belle relation auprès de lui. Elle peut également compter sur le soutien de sa mère et de ses amis. Elle a d'ailleurs une copine qui vient garder Léa une fois par semaine.

### 3.3.7. *Attentes et motivation envers la démarche*

Édith s'attend à ce que la démarche l'amène à être bien avec son rôle de mère, lui apprenne à se fier à son propre jugement plutôt qu'à celui des autres. Elle se dit donc motivée.

### 3.3.8. *Éléments favorisant et nuisant à la résolution du problème/Facteurs de risques*

Édith a une bonne capacité d'introspection et elle est très sensible aux besoins de sa fille. Cependant, elle se compare beaucoup aux autres, nomme avoir besoin de *feedback* positif de leur part car elle a de la difficulté à s'en donner par elle-même. Ce manque de confiance en soi peut rendre la démarche plus difficile.

### 3.3.9. *Évaluation de la compétence parentale*

Selon moi, la compétence parentale d'Édith n'est pas à remettre en question. La majorité de nos rencontres s'étant faites en présence de Léa, j'ai pu constater qu'Édith est chaleureuse, spontanée, éprouve du plaisir et de l'intérêt à être avec sa fille, qu'elle est sensible à ses besoins et répond adéquatement à ceux-ci. Sa capacité d'introspection, sa maturité psychologique et son sens de l'organisation sont les principaux déterminants individuels qui semblent soutenir sa compétence parentale. Cependant, Édith vit avec les manifestations d'un trouble dépressif. Ainsi, lors de nos premières rencontres, Édith était médicamentée depuis un mois. Son humeur était donc stabilisée, ce qui m'a permis d'évaluer une bonne compétence parentale chez cette mère. Par contre, lors de la troisième séance, elle m'a annoncé qu'elle décidait d'arrêter complètement sa médication, ce qui s'est traduit par un retour de l'affect dépressif un mois plus tard. Édith pleure alors beaucoup durant les séances, a des idées suicidaires, se dit incapable de prendre soin de Léa, ne prend aucun plaisir à être avec elle, se sent extrêmement exaspérée par ses pleurs. Selon Édith, c'est alors son conjoint qui s'occupe entièrement de Léa puisqu'elle s'en sent incapable : il fournit les soins de base, va la reconduire et chercher à la garderie, joue avec elle au retour et en soirée, la met au lit. On constate donc que ce sont les manifestations du trouble dépressif qui ont un impact sur la compétence parentale d'Édith.

Par ailleurs, Édith exerce sa parentalité dans des conditions quasi optimales : revenu familial élevé, bon soutien social, tant émotionnel qu'instrumental. Associés à une humeur stable, ces conditions permettent de soutenir la compétence parentale d'Édith. Cependant, si elle dit vivre une bonne relation avec son conjoint, je dois admettre que la dynamique conjugale n'a pas été explorée en profondeur durant la démarche.

### *3.3.10. Évaluation du sentiment de compétence parentale*

Si Édith possède une bonne compétence parentale, elle ne semble pas le reconnaître complètement ou croire en ses capacités. Ainsi, dans les premiers mois suivant la naissance de Léa, son sentiment d'efficacité et sa satisfaction envers son nouveau rôle sont élevés. Mais les difficultés liées à l'allaitement se sont vraisemblablement transformées en sentiment d'échec face à sa capacité à prendre soin de sa fille. Ayant des attentes très élevées quant à son rôle de mère, son incapacité à y faire face a entraîné une grande dévalorisation de soi.

Bien que possédant des déterminants individuels du sentiment de compétence parentale (e.g. Édith se dit dévouée, disponible, capable de se remettre en question), je crois que son histoire personnelle (père très dénigrant envers elle; mère qui n'aurait jamais pris sa défense) a grandement affecté sa confiance en elle en général. Elle aurait donc tendance à pousser les limites de ses capacités afin de prouver aux «autres» plus qu'à elle-même qu'elle est à la hauteur de la situation. Se retrouvant actuellement à exercer un rôle parental où elle désire être «parfaite» par opposition à ses modèles parentaux, elle a fortement intégré les attentes sociales face au rôle maternel pour définir le modèle parental auquel elle veut adhérer. Cependant, après quatre mois où tout va bien, i.e. où elle est en mesure de répondre à ses attentes personnelles, elle est confrontée à des difficultés avec l'allaitement qui, je crois, sont venues heurter son sentiment d'être une mère parfaite. S'en est suivi une perte de confiance en soi quant au rôle maternel, de l'anxiété, un besoin de pousser une fois de plus ses limites et finalement un retour des manifestations dépressives.

Parallèlement, afin de se sentir valider dans son rôle de mère, Édith a besoin du regard des «autres.» Il semble donc y avoir une imbrication de deux mondes : d'une part, elle veut rompre avec le passé familial lourd et difficile, mais d'autre part, son estime de soi très diminué se rattache à cet ancien modèle pour tenter de se reconstruire à partir du nouveau. Par exemple, lors de notre première rencontre, une de ses attentes était que je lui reflète qu'elle est adéquate et bonne avec Léa, que mon rôle d'expert lui confirme qu'elle est une bonne mère. Lorsque confrontée à une situation avec sa fille ou lorsqu'elle doit prendre une décision la concernant, elle dit avoir besoin de savoir ce que les autres mères font pour se sentir adéquate et dans la norme. Elle participe donc à de nombreuses activités mère-enfant, où les «autres» lui permettent de prendre ses décisions ou valider ses choix. Cependant, il arrive que le regard des «autres» soit vécu négativement par Édith. Elle rapporte qu'elle a souvent l'impression de se faire juger dans son rôle de mère. Par exemple, si Léa pleure en public et qu'elle n'arrive pas à la calmer rapidement, elle perçoit qu'on la trouve incompetente. Les pleurs de sa fille sont généralement difficiles à gérer pour Édith : elle les associe généralement à son incapacité à répondre aux besoins de Léa. On comprend implicitement que pour Édith, une mère doit savoir intuitivement et en tout temps comment répondre aux besoins de son enfant.

Il ressort donc que l'intervention auprès d'Édith doit viser à renforcer le sentiment de compétence parentale tout en déconstruisant les attentes sociales qu'elle a intégrées quant à son rôle maternel.

### *3.3.11. Intervention auprès de cette famille*

L'intervention auprès d'Édith visait à ce qu'elle développe une meilleure assurance dans son rôle de mère, qu'elle augmente sa confiance en soi et qu'elle arrive à prendre ses propres décisions quant à sa fille, en se fiant à son propre jugement. Par ailleurs, la démarche visait à l'aider à redéfinir son rôle de mère afin de rompre avec l'idéal d'être une mère «parfaite». Indirectement, l'intervention cherchait à favoriser le sentiment de compétence parentale. Ces différents objectifs se sont travaillés en faisant un retour en séance sur certains événements vécus par Édith. Elle partageait alors ce que l'événement lui avait fait vivre



émotionnellement et nous recadrions les cognitions erronées le cas échéant. Par exemple, lors d'une séance, elle a changé la couche de Léa et jeté celle souillée contenant une selle dans la poubelle de mon bureau. Une fois le geste posé, elle s'est exclamée : « *Ah mon dieu! Qu'est-ce que tu dois penser de moi!* » Je l'ai donc amenée à verbaliser tout ce qu'elle pensait que je pensais d'elle, pour qu'elle réalise finalement que son geste était tout à fait adapté à la situation et que je n'avais aucune raison de lui porter un jugement. Le but ultime était qu'elle en arrive à recadrer par elle-même toutes les pensées négatives qu'elle croyait spontanément que les «autres» avaient par rapport à elle. Nous avons également travaillé son rapport aux «autres» par le même genre d'exercice, mais aussi en tentant de déterminer que tous les «autres» et leur opinion ne sont pas équivalents. En effet, Édith accorde autant d'importance à ce que peuvent penser d'elle sa meilleure amie et une pure étrangère sur la rue. Nous avons également amorcé un travail sur l'importance qu'elle accorde à ce regard et aux opinions des «autres» pour se sentir compétente comme mère, mais que paradoxalement il lui fait vivre aussi de l'angoisse et un sentiment d'échec si elle perçoit une disparité entre elle et les «autres.» Nous avons brièvement fait le lien entre ces sentiments et sa relation avec son père, mais il était difficile pour Édith d'aller approfondir en ce sens. Elle m'a même dit d'emblée : «*J'ai assez fouillé mon passé, je veux me concentrer sur le présent.*» J'en ai donc compris que si cette piste n'était pas fermée, Édith n'était pas prête à aller l'explorer. Par ailleurs, Édith sachant que j'avais moi-même une petite fille, elle cherchait souvent à avoir mon avis sur différentes questions, et à chaque fois je la renvoyais à son propre jugement, question qu'elle rompe avec sa façon de faire actuelle. Cela lui a permis de faire la différence entre une demande d'information (e.g. quelle est la recommandation des nutritionnistes pour l'introduction du lait de vache) et l'opinion d'une autre personne (e.g. ce que je pense des services de garde en milieu familial). Nous avons aussi amorcé une réflexion sur son désir d'être une mère «parfaite,» de la signification pour elle de cette idée, du lien entre ce désir et les attentes sociales véhiculées par rapport à la maternité et de quelle façon elle pourrait transformer ses exigences élevées quant à son rôle parental en attentes de mère «suffisamment bonne.»

### 3.3.12. Critique de l'intervention auprès de cette famille

Est-ce que l'intervention a été en mesure de répondre aux attentes d'Édith et de renforcer son sentiment de compétence parentale? Il faut comprendre que la démarche entreprise par Édith est en quelque sorte sectionnée en deux temps. On se rappelle que lors de l'évaluation, Édith prenait des antidépresseurs depuis un mois, ce qui avait grandement stabilisé son humeur. En effet, ce type de médication met entre 2 et 4 semaines pour atteindre son effet complet sur la symptomatologie, et le même temps pour que cet effet s'estompe advenant qu'on en arrête brusquement la prise. Or, lors de la troisième rencontre, Édith m'a annoncé qu'elle avait complètement arrêté sa médication, et ce sans l'avis du médecin. Je lui ai donc recommandé qu'elle le consulte d'abord, qu'il valait mieux diminuer graduellement la dose du médicament plutôt que de l'arrêter subitement. Elle a refusé et nous avons alors établi un contrat ensemble : si elle ressentait une réapparition des symptômes dépressifs (plus spécifiquement un retour de ce qu'elle appelait ses crises d'angoisse), elle contacterait sa mère et éventuellement son médecin. Suite à cette rencontre, nous avons pu continuer à travailler dans le sens des objectifs fixés pendant environ un mois, suite à quoi les symptômes dépressifs sont réapparus : insomnie, pleurs fréquents, aucune motivation pour quoi que ce soit, grande perte de plaisir pour tout, notamment l'exercice de son rôle parental, idées suicidaires. Édith se disait mal, vouloir arrêter de souffrir et tentait plusieurs solutions en même temps : régulation de l'humeur par le sport, livre de croissance personnelle, suivi en psychologie, suivi au CLSC. Je l'ai même reçu un jour alors qu'elle était en crise, séance où elle a pleuré pendant une heure se disant exténuée de son mal de vivre. Suite à cela, je l'ai invité à considérer sa médication non pas comme un échec dans sa vie, mais comme un des multiples moyens qu'elle met en place pour aller mieux, que les antidépresseurs lui donneraient le petit coup de pouce nécessaire pour continuer à s'outiller dans son rôle parental. Elle a décidé de la reprendre, mais mon stage s'est terminé avant une restabilisation de son humeur. Cependant, elle a accepté de poursuivre son suivi auprès d'une autre intervenante.

Si je considère que la première partie de l'intervention était pertinente pour favoriser le sentiment de compétence parentale d'Édith, elle fut beaucoup trop courte. Je crois donc que

je dois me questionner sur ce qui aurait pu être fait pour éviter un tel débalancement de l'humeur qui a stoppé Édith dans son cheminement et surtout contribué à créer un malaise intense chez elle.

### *3.3.13. Ce qui aurait pu être fait pour mieux accompagner cette famille*

Une façon d'éviter le retour des symptômes dépressifs aurait été de me positionner plus catégoriquement sur l'importance de la médication et sur la façon appropriée de l'arrêter, i.e. en diminuant progressivement la dose. Mais d'une part, nous en étions au début du suivi, le lien entre Édith et moi n'était donc pas très fort et ma prise de position n'aurait peut-être pas eu l'impact espéré. D'autre part, Édith voulant en arriver à prendre ses propres décisions, je me voyais mal lui dire quoi faire. Cependant, j'aurais dû identifier ce malaise face à la médication et nous aurions pu prendre un plus long moment pour approfondir en ce sens : qu'est-ce que la médication représente pour elle? De quelle autre manière peut-elle la percevoir? De l'amener à comprendre que pour son bien-être, celui de Léa, il est important de ne pas brûler les étapes. En fait, la réflexion approfondie que nous avons eue ensemble lors de la séance où elle était en crise, nous aurions l'avoir au moment où elle m'a annoncé qu'elle arrêta ses antidépresseurs.

Par ailleurs, je crois que nous aurions pu approfondir l'hypothèse que le regard des autres est en fait l'intériorisation du regard du père, regard dont elle veut s'affranchir, mais dont elle a besoin pour se sentir validée. Il aurait aussi été intéressant de la confronter sur ses multiples démarches : psychologue, livres de croissance personnelle, atelier mère-enfant, atelier de confiance en soi, vouloir tenter l'hypnose, la «thérapie» par le sport...En passant de si nombreux moments à vouloir «s'en sortir,» n'était-elle pas toujours en train de vivre le problème? Ou encore de le fuir en s'investissant partiellement dans de multiples démarches?

De plus, tel que mentionné précédemment, Édith dit vivre une relation harmonieuse avec son conjoint, mais la dynamique conjugale n'a pas été explorée en profondeur. À quel point Marc s'implique-t-il auprès de Léa? Prend-il uniquement la relève lorsqu'Édith est complètement épuisée, voire dépressive? Quelles sont les attentes d'Édith quant à la place

de l'homme dans le couple parental? Ces questionnements s'appliquent également au soutien fourni par les amis et la grand-mère maternelle : est-il présent sur une base régulière ou bien seulement lors des moments de crise? Et comment le recours à ces diverses formes de soutien est-il vécu par Édith? Le lie-t-elle à un échec au niveau de son rôle maternel? Bref, il aurait fallu soulever ces points avec Édith afin de mieux comprendre sa situation et l'amener à porter un regard différent sur ses attentes face à son rôle parental.

#### *3.3.14. Influence des présupposés sur la relation intervenante-client*

Au début du suivi, il était très important pour Édith de savoir que j'avais moi-même un enfant. En fait, elle ne voulait entreprendre une démarche qu'auprès d'une intervenante mère, supposant qu'une telle personne serait plus apte à comprendre sa situation. Je crois que cette situation a été nuisible en début d'intervention puisqu'elle maintenait Édith dans les *patterns* qu'elle tentait de briser. D'une part, elle ne cessait de comparer sa situation à la mienne. Par exemple, le fait que je sois mère et étudiante lui a fait dire : « (...) *toi t'es plus forte que moi, tu peux assumer plusieurs choses en même temps,* » comme si je représentais un idéal qu'elle n'arrivait pas à atteindre à ce moment. Il lui était difficile de recadrer ce genre d'idée, de souligner le caractère unique de sa situation, le fait que son passé et son histoire n'étaient pas les miens, ni ceux de toutes les mères auxquelles elle se comparait. D'autre part, elle cherchait sans cesse mon avis et elle trouvait difficile que je la renvoie à son propre jugement, allant une fois jusqu'à se fâcher. Cependant, on peut penser aussi que le fait de s'identifier à moi en tant que mère ou de recréer avec moi la dynamique qui lui posait problème dans la vie de tous les jours m'ont permis d'intervenir directement sur ces deux aspects. Par ailleurs, je crois que mes propres présupposés quant à la maternité (voir section 3.1.14) m'ont permis de faire prendre conscience à Édith que ses attentes envers son rôle parental étaient très élevées et qu'il lui était permis de les remettre en question sans que cela porte atteinte à sa compétence parentale ou lui fasse vivre un échec de sa maternité. Concernant mes présupposés sur le fait d'exercer son rôle maternel tout en vivant une dépression, ils avaient déjà été influencés par ma rencontre avec Marion (voir section

3.2.14). Ainsi, j'arrivais à voir qu'Édith, lorsque son humeur était stable, était une mère très compétente, de le lui souligner et d'essayer de l'amener à constater cette compétence par elle-même. Je crois donc que cet aspect a pu l'aider à départager entre ce qu'elle est comme personne et les manifestations de son trouble dépressif.

## **CHAPITRE IV – Analyse de l'intervention**

Ce chapitre vise à faire le lien entre le cadre théorique et les études de cas. J'y examine donc en quoi les éléments relevés dans la littérature concernant l'exercice du rôle parental, la compétence parentale et le sentiment de compétence parentale trouvent un appui dans les données cliniques. Par la suite, j'évalue de quelle manière l'intervention préconisée dans le cadre théorique a été mise en pratique et j'avance quelques hypothèses concernant les raisons qui ont fait en sorte que certains aspects ont été plus difficiles à appliquer. Finalement, j'identifie des éléments relevant de la formation offerte en service social qui auraient pu contribuer à faciliter le processus d'intervention sur la compétence et le sentiment de compétence parentale.

### **4.1. Exercice du rôle parental**

Les parents identifiés dans les études de cas sont tous en mesure d'exercer leur rôle parental adéquatement. En effet, ils répondent en général bien aux quatre types de besoins de leur enfant. On remarque cependant que pour deux mères, la réponse à certains besoins était plus difficile en début de suivi, notamment au niveau des besoins affectifs pour Francine et de supervision pour Marion, mais qu'elles ont été en mesure d'ajuster leur pratique parentale pour améliorer cette réponse. Par ailleurs, on note une limite au niveau de l'encadrement fourni par Alain. Il est en mesure de mettre des limites à sa fille, mais a tendance aussi à lui envoyer des messages contradictoires lorsqu'il agit de manière opposée à sa femme, aspect qui ne s'est pas entièrement modifié au fil de l'intervention.

## 4.2. Compétence parentale

D'un point de vue clinique, les parents rencontrés possèdent tous une bonne compétence parentale. À l'exception de Francine, ils sont tous chaleureux et éprouvent du plaisir et de l'intérêt à être avec leur enfant. Quant à Francine, elle a le désir et la capacité de s'investir en ce sens auprès de sa fille, ce qu'elle a démontré au fil de l'intervention. Sinon, tous sont sensibles aux besoins de leur enfant, ont des connaissances quant au développement de l'enfant et sont en mesure d'ajuster leur pratique parentale en fonction de l'âge de leur enfant. Par ailleurs, trois des parents rencontrés se sont montrés compétents d'un point de vue réflexif, ce qui leur a permis, à partir de leur expérience et d'une réflexion sur celle-ci, d'ajuster leurs attitudes et leurs comportements.

### 4.2.1. Déterminants individuels

Parmi les déterminants individuels soutenant la compétence parentale, on remarque que deux parents ont la maturité psychologique leur permettant de se décentrer et de se mettre à la place de leur enfant, mais que cet élément est à développer pour les deux autres parents. L'un d'entre eux, Francine, possède cependant une bonne capacité d'introspection, tandis que l'autre, soit Alain, présente une capacité d'introspection plutôt limitée, ce qui pourrait expliquer sa difficulté à actualiser sa compétence parentale d'un point de vue réflexif. À l'inverse, bien que possédant elle aussi une capacité d'introspection plutôt faible, Marion semble pouvoir compter sur sa maturité psychologique pour réfléchir sur ses pratiques parentales. Il semble donc que des limites au niveau de la maturité psychologique ET de la capacité d'introspection rendent difficile l'utilisation de l'approche réflexive pour permettre l'ajustement des pratiques parentales. Par ailleurs, trois parents présentent une bonne ouverture face à l'apprentissage, mais chez Alain, cette ouverture est plus limitée, ce que l'on pourrait lier à la difficulté d'être réflexif quant à sa compétence parentale.

Propre du service 0-5 ans, tous les parents rencontrés ont des enfants en bas âge, soit entre 6 mois et 2 ½ ans. De plus, ils sont tous parents de leur premier enfant, ce qui fait qu'ils ne peuvent se référer à leurs expériences passées pour trouver des solutions à leurs difficultés

et ajuster les moyens qu'ils ont déjà mis en place. Par ailleurs, deux parents ont des attentes irréalistes quant à leur rôle parental. Finalement, si tous les parents rencontrés présentent un bon fonctionnement cognitif, trois d'entre eux doivent vivre avec les manifestations d'un trouble de santé mentale. Ceci peut limiter temporairement, lors de situations de crise, leur compétence parentale.

En ce qui concerne les enfants des familles suivies, aucun d'entre eux ne présente un tempérament difficile, ce qui aurait pu influencer la compétence parentale des personnes rencontrées.

#### *4.2.2. Déterminants environnementaux liés au microsystème*

Deux des familles rencontrées bénéficient d'un bon soutien social, tandis que ce soutien s'avère partiel (i.e. lors d'une situation de crise) pour la troisième. On comprend donc que cette famille vit une certaine détérioration de sa situation avant de recevoir une aide. Dans toutes les familles, c'est la grand-mère maternelle qui représente la principale source de soutien et celui-ci est le plus souvent instrumental : conseils, aide avec les tâches, soins de l'enfant, aide monétaire. Dans deux familles, la relation conjugale est difficile. Des problèmes de communication engendrent des disputes qui créent une tension sur le climat familial. En outre, dans l'une des familles, le conjoint présente un problème de consommation de drogue et d'alcool, tandis que dans l'autre, il semble exercer beaucoup de contrôle sur la mère. Malheureusement, la situation conjugale de la troisième famille n'a pas été évaluée en profondeur.

Quant au rapport à l'emploi, deux des parents sont sans emploi au début du suivi et se disent insatisfaits de cette situation. Parmi ceux sur le marché du travail, un parent se dit mécontent de son poste et désire changer d'emploi à la fin de son congé parental. L'autre vient tout juste de commencer un nouvel emploi dont il se dit très satisfait, mais les mois précédents ce changement ont été empreints de précarité financière, de mécontentement et d'horaires de travail atypiques.

#### *4.2.3. Déterminants environnementaux liés au macrosystème*

Deux des familles rencontrées vivent une situation financière difficile, voire précaire pour l'une d'entre elle, et le stress que cela engendre peut nuire à l'actualisation de la

compétence parentale. Par ailleurs, une des familles est isolément socialement. De plus, on observe que les trois familles ont eu des difficultés d'accès à un service de garde : Francine a mis 18 mois avant d'avoir une place en milieu familial, ce qui a pu contribuer à un certain épuisement parental puisqu'elle s'occupait alors de sa fille à temps plein; Marion et Alain ont une place en CPE, mais celui-ci est très éloigné de leur domicile; Édith avait une place en milieu familial, mais a changé pour une garderie privée car elle n'arrivait pas à faire confiance à la responsable. Ces difficultés peuvent nuire à la compétence parentale, mais aussi au sentiment de compétence parentale.

### **4.3. Sentiment de compétence parentale**

Ainsi, malgré de légères limites, tous les parents rencontrés peuvent être définis comme des parents compétents. Cependant, deux d'entre eux, Francine et Édith ne se perçoivent pas comme tels. Leur sentiment d'efficacité parentale et la satisfaction qu'ils éprouvent envers leur rôle varient selon les tâches ou les situations en cause, alors que ces deux aspects sont élevés et restent stables pour les deux autres parents. De plus, il est intéressant d'observer leur ténacité face aux difficultés, aspect qui est normalement positivement lié au sentiment de compétence parentale : toutes deux mettent un grand effort pour tenter de résoudre leurs problèmes, mais Francine abandonne face aux difficultés tandis qu'Édith persévère jusqu'à s'épuiser. Par ailleurs, elles ont toutes deux de grandes attentes face à leur rôle parental et l'incapacité à y répondre est liée à une dévalorisation de soi.

#### *4.3.1. Déterminants individuels*

Les mères rapportent généralement un moins bon sentiment de compétence parentale que les pères et cette tendance est observable chez les parents rencontrés : deux des mères ne se perçoivent pas comme compétentes, tandis que le père ne doute pas de sa compétence parentale. Celui-ci est également le seul parent qui rapporte que son entourage lui reflète qu'il est un bon parent. Tel que mentionné dans le cadre théorique, l'âge et l'éducation sont négativement liés au sentiment de compétence parentale. Trois des parents rencontrés sont âgés de plus de 35 ans et ont fait des études universitaires, mais ces deux éléments nuisent au sentiment de compétence parentale d'un seul d'entre eux. On remarque par



ailleurs que les deux mères ayant un sentiment de compétence parentale faible vivent un stress parental élevé, notamment en lien avec leurs attentes élevées face à leur rôle parental. Ce stress est aussi lié à des difficultés financières pour l'une d'entre elles. Ces deux mères rapportent également s'être occupée à temps plein de leur enfant durant sa première année de vie, ce qui suppose que l'ajustement au nouveau rôle parental s'est fait plus intensément, aspect qui nuirait au sentiment de compétence parentale. Trois des parents rencontrés vivent avec des variations de leur état affectif (en lien avec un trouble de santé mentale), ce qui est lié à un plus faible sentiment de compétence parentale pour deux d'entre eux. Finalement, deux parents ont vécu avec succès des expériences relatives aux soins et à l'éducation des enfants, ce qui est positivement lié au sentiment de compétence parentale pour l'un d'entre eux.

Concernant les perceptions des parents sur leurs habiletés, tous les parents rencontrés se disent capables de répondre aux besoins de leur enfant. Deux d'entre eux se perçoivent comme étant disponibles envers leur enfant. Deux parents affirment être capables de se remettre en question, sans que cela ne soit toutefois positivement lié à leur sentiment de compétence parentale. Par ailleurs, les deux parents possédant un bon sentiment de compétence parentale sont également les deux seuls ayant une bonne confiance en eux.

Parmi les déterminants individuels liés à l'enfant, il est mentionné dans la littérature que la perception d'un tempérament difficile chez l'enfant nuit au sentiment de compétence parentale. Parmi les parents rencontrés, un seul *perçoit* que son enfant a un tempérament difficile, et cette perception est effectivement liée ici à un faible sentiment de compétence parentale. Les autres déterminants recensés dans la littérature n'ont pas été observés chez les familles rencontrées.

#### *4.3.2. Déterminants environnementaux liés au microsystème*

Bien qu'une description exhaustive des déterminants environnementaux ait été faite dans la section 4.2.1., il importe de constater l'impact qu'ils peuvent avoir sur le sentiment de compétence parentale. Tel que décrit précédemment, trois parents vivent une relation conjugale conflictuelle, impliquant des difficultés de communication, des tensions

familiales et surtout, un manque de soutien de la part du conjoint pour deux d'entre eux. Ces aspects sont liés à un faible sentiment de compétence parentale pour l'un de ces parents.

Paradoxalement, les deux parents ayant un faible sentiment de compétence parentale sont ceux bénéficiant d'un bon soutien social. Pour l'un de ces parents, le fait de compter sur ce soutien est clairement lié à un sentiment d'échec, ce qui vient nuire au sentiment de compétence parentale. Ce sentiment d'échec semble renvoyer, chez cette mère, à l'internalisation de certaines attentes sociales concernant la maternité : une mère doit savoir prendre soin de son enfant et être disponible pour répondre à ses besoins, et ce, en tout temps. D'ailleurs, plusieurs attentes sociales quant à la maternité semblent avoir été internalisées chez ces deux mères ayant un faible sentiment de compétence parentale. Par exemple, au début de leur suivi respectif, ce sont elles qui s'occupent à temps plein de leur enfant. Pour l'une d'entre elles, le père s'implique lorsqu'il en a envie, et le plus souvent pour jouer avec sa fille. De plus, dans les deux situations, l'intervention se centre sur les mères puisque ce sont elles qui viennent consulter, même si, dans l'un des cas, la situation problématique implique également le conjoint. On peut donc penser à une internalisation de la croyance sociale stipulant qu'il revient à la mère de s'occuper de son enfant.

#### *4.3.3. Déterminants environnementaux liés au macrosystème*

Selon la littérature, le principal déterminant macroscopique du sentiment de compétence parental est la situation économique du parent. Ainsi, le fait de sentir que l'on manque de moyens pour répondre aux besoins de son enfant nuirait au sentiment de compétence. Bien que deux des familles rencontrées vivent des contraintes budgétaires, un seul parent rapporte manquer de moyens pour subvenir aux besoins de son enfant, aspect qui est lié dans ce cas-ci à un faible sentiment de compétence parentale.

Les deux mères rencontrées dont le sentiment de compétence parentale est faible semblent avoir intégré une représentation stéréotypée de la maternité. Ainsi, toutes deux croient qu'une mère doit être aimante et toujours disponible. L'une croit par ailleurs qu'une mère doit avoir un amour inconditionnel de son enfant et prendre un plaisir incontestable auprès

de lui, tandis que l'autre estime qu'une mère doit avoir une connaissance intuitive des besoins de son enfant. Ainsi, la disparité qu'elles perçoivent entre ces représentations et leur propre vécu semble affecter leur sentiment de compétence parentale. Cependant, je considère que pour l'une de ces mères (Édith), une évaluation plus en profondeur aurait certainement permis de mieux cerner les attentes sociales qui participent à sa représentation de la maternité. En effet, on comprend qu'elle accorde une grande importance au regard des autres pour la valider et encadrer son rôle, mais une exploration plus poussée aurait permis d'identifier quelles attentes sociales précises ont été internalisées.

Finalement, toutes deux accordent de l'importance au rôle d'expert de l'intervenante sociale : une pour l'aider à trouver des solutions, l'autre pour la valider dans son rôle de mère. Il ressort donc que plutôt que de remettre en question ces attentes sociales quant à la maternité, on se tourne vers « l'expert » pour réduire l'écart perçu entre ces attentes et le vécu parental, écart qui leur fait vivre un sentiment d'échec quant à la maternité.

#### **4.4. Intervention**

##### *4.4.1. Évaluation*

Puisque le cadre théorique sur la compétence parentale et le sentiment de compétence parentale a été élaboré *a posteriori*, i.e. une fois le stage terminé (voir section 4.6.), il en va de même pour l'évaluation qui a été faite de ces concepts dans le cadre de ce rapport. Ainsi, leur évaluation s'est faite rétrospectivement, à partir du contenu des rencontres réalisées auprès des les parents et elle fournit un portrait plutôt statique des situations.

Si je n'ai pu tenir compte de certains éléments de l'évaluation *a priori* (e.g. utilisation de mesures standardisées), l'analyse réalisée prend tout de même en considération des enjeux relevés dans le cadre théorique : santé mentale du parent, histoire de protection de l'enfant, qualité de la relation parent-enfant, soutien social de la famille, habileté du parent à effectuer des changements et à collaborer avec les professionnels pour y arriver. Quant à l'histoire relationnelle, il aurait fallu en tenir compte davantage, notamment pour mieux comprendre la situation d'Édith et de Léa.

Par ailleurs, je considère qu'un effort a été fait pour rendre compte du caractère multidimensionnel (notamment clinique, réflexif et environnemental) des concepts analysés, impliquant qu'on ne peut se fier qu'à un seul ensemble de normes pour définir la compétence parentale et qu'il n'est pas pertinent de chercher à l'évaluer de façon dichotomique. En effet, pour reprendre la mise en garde de Lacharité (2006), cela reviendrait à constater l'incompétence sans permettre le développement de la compétence et nuirait éventuellement au sentiment de compétence parentale.

#### *4.4.2. Intervention sur la compétence parentale et le sentiment de compétence parentale*

Tel que mentionné dans le cadre théorique, l'intervention sur la compétence parentale et le sentiment de compétence parentale peut se faire de deux façons. D'abord, par de la formation parentale, qui peut prendre des formes variées : acquisition de connaissances sur le développement de l'enfant, sur les pratiques parentales efficaces, entraînement aux habiletés parentales, soutien au parent. De façon générale, je crois que cela a été fait, notamment parce qu'il est facile pour le travailleur social d'intervenir en ce sens. En effet, ces types d'intervention semblent répondre aux attentes des parents qui viennent consulter : un «expert» de la petite enfance les aide, de façon pragmatique, à surmonter leurs difficultés. Cependant, il faut demeurer vigilant : ces interventions que Miron (1998b) qualifierait de statiques peuvent conduire à une prise en charge des familles et nuire à leur sentiment de contrôle et de pouvoir sur la situation. On s'éloigne alors de l'autre type d'intervention préconisé, soit une intervention réflexive.

L'analyse des trois études de cas fait ressortir qu'il a été difficile d'utiliser l'approche réflexive dans sa totalité avec les parents rencontrés. D'une part, mes interventions tendaient vers ce type d'approche. J'essayais d'établir une relation le moins hiérarchique possible avec les parents, de reconnaître leur expertise et leurs ressources, de viser un partenariat. Cependant, si je reconnaissais que les familles ont des connaissances pratiques, qu'elles sont également capables d'en produire et qu'il revient à l'intervenant de créer les conditions nécessaires à cette construction de connaissances, c'est «l'exécution» de ces

principes d'intervention qui a posé problème. En effet, je réalise qu'il est difficile d'amener un parent à réfléchir sur ses pratiques, à ce qu'il développe ses propres savoirs pragmatiques, en partie en raison de ses attentes face à l'intervention. Par exemple, en tentant la technique de l'incident critique auprès d'Alain et Marion, je me suis heurtée à beaucoup de perplexité de leur part. Ils désiraient des solutions concrètes et moi j'essayais de les amener à se pencher sur leurs pratiques et d'en trouver de nouvelles, à deux. Leurs attentes à ce moment envers mon rôle «d'expert» étaient visibles et je crois que de nombreux clients ont les mêmes : ils vivent des situations difficiles au point de les amener à consulter et s'attendent à ce que «l'expert» trouve des solutions. En outre, le contexte du CLSC contribue certainement à véhiculer ces attentes de type «biomédical» : au même endroit, on peut consulter un expert pour des difficultés psychosociales et un autre expert pour des problèmes de santé.

De plus, je crois que l'utilisation de l'approche réflexive demande un bon investissement de temps. Bien que le service petite enfance du CLCS des Faubourgs ne limite pas le nombre de rencontres auquel a droit une famille, on ressent tout de même que les clients veulent avoir des résultats rapidement pour remédier à leurs difficultés, ce qui est en soi légitime, personne n'appréciant de vivre une souffrance. On peut donc penser qu'un bon accompagnement des familles implique une intervention qui combine les deux approches. Cela permet, d'une part, la création du lien thérapeutique tout en fournissant des solutions concrètes aux parents, et d'autre part, on peut penser qu'un allègement des difficultés vécues facilite l'utilisation de l'approche réflexive dans le contexte d'intervention.

Également mentionné dans le cadre théorique, l'intervention en matière de compétence parentale et de sentiment de compétence parentale devrait se fonder sur le principe d'empowerment afin de renforcer le pouvoir d'agir et le sentiment d'efficacité personnelle d'un parent. Je considère que cela a été partiellement fait, notamment auprès de deux mères rencontrées : Francine a su mettre en place des activités mère-fille qu'elle trouvait agréables et ainsi passer de beaux moments avec son enfant; Marion a pu retrouver du pouvoir sur la gestion de sa santé mentale en élaborant un plan des mesures à prendre pour sa fille en cas de rechute. Cependant, cette reprise de pouvoir sur la situation n'a pas été

consolidée dans le temps pour Francine puisqu'une fois confrontée à une nouvelle difficulté avec sa fille, cette mère est revenue à ses anciens comportements d'évitement. Quant à Marion, elle n'a pas obtenu le pouvoir qu'elle revendiquait au niveau de son rôle parental. Puisque le principe d'empowerment est intimement lié à l'approche réflexive, cet échec peut encore une fois s'expliquer par le fait que l'intervention était plutôt «curative,» s'appuyant peut-être un peu trop sur le rôle d'expert de l'intervenante.

L'expérience de stage ne permet pas de se prononcer sur les bénéfices qu'aurait pu avoir, pour les parents rencontrés, une participation à un groupe de soutien. Cependant, on peut penser qu'une telle participation aurait pu normaliser leur expérience, briser l'isolement social de Marion et Alain, diminuer la culpabilité de Francine, aider Édith à remettre en question ses attentes face à son rôle parental. Le fait d'avoir d'autres parents qui donnent des conseils aurait pu favoriser le sentiment de compétence et permis une meilleure égalité intervenant-client. En effet, le rôle «d'expert» aurait été délégué au groupe de parents. Il aurait peut-être été plus facile, dans un tel contexte, d'intervenir selon l'approche réflexive.

#### **4.5. Perspectives critiques sur la formation en service social**

Certains aspects liés à la formation en service social auraient pu contribuer à faciliter l'intervention sur la compétence et le sentiment de compétence parentale. J'examine plus spécifiquement dans cette section la question de l'élaboration du cadre théorique, de la formation à l'approche réflexive et de l'intervention auprès des hommes.

##### *4.5.1. Construction du cadre théorique : une aide qui vient a posteriori*

Étant donné que le sujet du présent rapport d'analyse de pratiques a été déterminé une fois le stage terminé, la construction du cadre théorique s'est donc faite *a posteriori*. Je considère que ce cadre théorique est très pertinent et qu'il se serait avéré très aidant pour structurer mes interventions. Mais surtout, les parents rencontrés en auraient réellement bénéficier puisque ce cadre théorique m'aurait également permis de mieux me préparer, de mieux comprendre leur situation et surtout de cerner les enjeux sous-jacents à leurs

difficultés comme des enjeux touchant à la compétence ou au sentiment de compétence parentale. Par ailleurs, si j'avais su à l'avance la pertinence que revêt l'approche réflexive pour l'intervention en matière de compétence et de sentiment de compétence parentale, j'aurais pu me préparer en conséquence, i.e. en relisant certains ouvrages, dont *Le praticien réflexif* de Daniel Schön, ou en orientant certains des travaux de mes cours sur le sujet. Cependant, étant donné que les changements apportés au nouveau programme de maîtrise professionnelle en service social répondent à cette principale critique, je crois que l'arrimage entre théorie et pratique permettra aux nouvelles cohortes d'étudiants d'éviter cette difficulté tout en faisant bénéficier les clients d'une meilleure intervention.

#### 4.5.2. *L'approche réflexive*

Concernant plus spécifiquement l'approche réflexive, je crois qu'une plus grande place devrait lui être accordée dans notre formation. Cela serait bénéfique pour l'étudiant, qui approfondirait d'une part sa réflexion sur sa propre pratique, et d'autre part apprendrait à intervenir de la sorte auprès de la clientèle. Cela permettrait également d'anticiper les difficultés inhérentes à cette façon d'intervenir (e.g. la question du temps nécessaire, de la disparité entre les attentes des clients face à l'intervention et cette approche). Des jeux de rôles pourraient être faits, ce qui permettrait à l'étudiant d'expérimenter cette approche, de mettre en pratique certaines de ses techniques (e.g. l'incident critique), le tout dans un contexte sécurisant.

#### 4.5.3. *Intervention auprès des hommes*

Parmi tous les clients côtoyés durant mon stage au service petite enfance, un seul d'entre eux était un homme. Malgré la plus grande place qu'ils prennent au sein de la famille (Dubeau et Devault, 2009), il semble que les pères soient rarement impliqués en intervention, et ce, même s'ils sont souvent inclus dans l'explication du problème. Cependant, si le père fait partie du problème, il doit nécessairement faire partie de sa solution. C'est un peu comme si, en tant qu'intervenant, on véhicule ici les attentes

sociales envers la maternité : la mère est disponible, c'est elle qui fait la demande d'aide, donc c'est avec elle que nous intervenons. Cette réalité reflète également les attentes des mères qui viennent consulter, celles-ci n'incluant pas d'emblée les pères à la démarche, par exemple en évoquant que le suivi est leur moment privilégié, «*mon moment à moi*» pour reprendre les paroles de l'une d'entre elles. Mais de quelles façons notre formation pourrait mieux nous outiller pour inclure davantage le père à la démarche, faire réaliser aux mères qu'il a une part de responsabilité dans la situation problème et sa résolution? On constate qu'une telle piste remet en question les présupposés sociaux sur le rôle des mères dans l'éducation des enfants tout en les déculpabilisant pour les difficultés vécues.

Cependant, je constate aussi qu'en tant que femme, il n'est pas facile d'intervenir auprès des hommes, notamment dans les situations où le contrôle est en jeu. Encore une fois, de quelles façons notre formation pourrait nous outiller? Y a-t-il des enjeux concernant l'intervention auprès des hommes qui mériteraient d'être couverts par le cursus du programme? Je crois qu'à tout le moins, notre formation devrait nous permettre d'identifier nos propres présupposés quant aux relations hommes-femmes, au patriarcat et surtout de déconstruire ceux qui pourraient nuire à l'intervention.



## **CONCLUSION**

L'expérience de stage a été l'une des plus intéressantes et pertinentes de l'ensemble de mon parcours académique. En plus de m'avoir familiarisé avec l'intervention, elle m'a aussi permis d'amorcer une réflexion entre la théorie et la pratique, plus particulièrement en ce qui concerne les notions de compétence et de sentiment de compétence parentale. Au contact des parents, j'ai pu réaliser que l'intervention en la matière doit tenir compte de certaines spécificités afin d'amener les clients à actualiser leur compétence parentale ou développer leur sentiment de compétence parentale.

Le rapport d'analyse de pratiques a présenté dans un premier temps le milieu de stage, soit le service petite enfance du CLSC des Faubourgs (CSSS Jeanne-Mance). Cette présentation permet de mieux comprendre quelle clientèle est visée par ce service, de quelle façon celui-ci est organisé et quelles principales approches encadrent l'intervention psychosociale qui est proposée aux clients. Le deuxième chapitre a permis de structurer les connaissances relatives aux notions de compétence et de sentiment de compétence parentale. Il a notamment démontré que ces concepts sont multidéterminés et teintés des attentes sociales dans lesquelles ils sont construits. Ce chapitre a également identifié des principes facilitant l'intervention en matière de compétence et de sentiment de compétence parentale. Le troisième chapitre a relaté les situations de trois familles dont les difficultés vécues pouvaient être liées à des enjeux touchant aux notions de compétence et de sentiment de compétence parentale. Leur situation et l'intervention proposée ont été évaluées à la lueur des connaissances relevées dans le cadre théorique. Finalement, le dernier chapitre a permis de faire une analyse transversale des trois études de cas et

d'identifier les éléments du cadre théorique qui ressortaient le plus des données cliniques. Par ailleurs, ce chapitre a cherché à expliquer les disparités remarquées entre l'intervention préconisée par le cadre théorique et celle offerte aux parents rencontrés.

Bien que quelques critiques aient été soulevées dans le dernier chapitre, j'aimerais en conclusion présenter quelques pistes de réflexion qui me sont venues lors de la rédaction de ce rapport. Tout d'abord, nous l'avons vu, les connaissances théoriques entourant les notions de compétence et de sentiment de compétence parentale sont nombreuses, multidisciplinaires et leurs déterminants agissent sur plusieurs niveaux : individuel, microsystémique et macrosystémique. D'une part, je crois qu'il peut être difficile pour un intervenant de s'y retrouver parmi cet ensemble de connaissances, d'où l'importance de les organiser de façon à 1) évaluer adéquatement les concepts de compétence et de sentiment de compétence parentale et 2) de pouvoir intervenir sur les déterminants qui sont pertinents à la situation spécifique d'un parent. Je considère qu'une telle organisation du savoir a été possible par le biais de ce rapport d'analyse et je crois que le cadre théorique qui en résulte s'avèrera un outil pertinent pour ma future pratique. C'est le principal objectif que je m'étais établi en début de rédaction et je suis contente d'avoir pu l'atteindre.

Mais l'importance du cadre théorique va au-delà des connaissances acquises dans le contexte de la présente démarche. En fait, c'est tout le processus de construction de ce cadre qui est selon moi intéressant et pertinent. Après tout, comme l'a si bien dit Confucius : «*Quand un homme a faim, mieux vaut lui apprendre à pêcher que de lui donner un poisson.* » Le véritable outil devient donc le fait de savoir qu'éventuellement dans ma future carrière, devant une difficulté ou une nouvelle problématique, je serai en mesure d'aller chercher l'information nécessaire et de la structurer de façon à tenir compte des différents systèmes impliqués.

Toujours en lien avec cette dernière habileté développée, j'aimerais terminer en abordant la question de l'arrimage théorie/pratique. En fait, je mentionne dans le chapitre quatre que le cursus du programme de maîtrise en service social devrait nous former davantage à certaines approches, notamment l'approche réflexive, et soulever les enjeux entourant l'intervention auprès des hommes. En fait, c'est un peu comme si le stage et ensuite la

rédaction nous permettaient, en tant qu'étudiant, de prendre le recul nécessaire au constat de certaines «lacunes», mais que nous retrouvant souvent alors en toute fin de formation, il est trop tard (pour notre propre personne du moins) pour remédier à ces lacunes. Mais est-il réellement trop tard? Cela me ramène aux attentes que j'avais envers ma formation au tout début de ma scolarité, i.e. d'être formée pour faire face à *toutes* les situations possibles impliquant une travailleuse sociale. Je réalise qu'en tant qu'étudiant, on ressent le besoin d'obtenir un maximum de notre formation, mais dans les faits, malgré toute la théorie du monde, je suis convaincue que le stage soulèverait de toute façon des questionnements qu'on aurait aimé avoir vu d'un point de vue théorique au préalable, afin de se préparer toujours davantage et mieux à l'intervention, question de se sécuriser. Mais de revenir à la théorie après le stage nous permet de la considérer d'un nouveau point de vue. La lecture de certains ouvrages clés, en ayant en tête des situations concrètes, nous permet d'anticiper celles à venir. Je constate donc que le programme de maîtrise en service social m'a surtout formée à m'adapter, ce qui est une énorme force dans un monde si complexe et si mouvant. Par ailleurs, la rédaction de ce rapport d'analyse m'a permis d'appliquer sur moi-même l'approche réflexive et de constater à quel point elle contribue et contribuera à la construction de mon rôle de travailleuse sociale. Je me sens donc formée à m'arrêter, me questionner, trouver l'information nécessaire, le tout dans le but ultime de mieux accompagner l'autre.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Ballenski, C.B. & Cook, A.S. (1982). Mothers' perceptions of their competence in managing selected parenting tasks. *Family relations*, 31(4), p.489-494.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting : A process model. *Child development*, 55, p. 83-96.
- Boily, M., St-Onge, M. & Toutant, M-H. (2006). *Au-delà des troubles mentaux, la vie de famille : Regard sur la parentalité*. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Bourgon, M. (2003). L'intervention individuelle en travail social. In J-P Deslauriers & Y. Hurtubise (Eds). *Introduction au travail social*. Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université Laval.
- CLSC des Faubourgs (2003). *Portrait des Faubourgs*.
- CSSS Jeanne-Mance (2009a). *Là où l'on entend battre le cœur de la ville*.
- CSSS Jeanne-Mance (2009b). *Les principaux enjeux et mission*.
- CSSS Jeanne-Mance (2009c). *Les services de la direction Famille-Enfance-Jeunesse 0-5 ans offerts au CSSS Jeanne-Mance*.
- CSSS Jeanne-Mance (2008a). *Bienvenue au CSSS Jeanne-Mance*. Présentation Powerpoint destinée aux nouveaux stagiaire.
- CSSS Jeanne-Mance (2008b). *Un stage au Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance – Centre affilié universitaire : Guide du stagiaire de niveau collégial et universitaire*.
- Corporation d'Habitations Jeanne-Mance. <http://www.chjm.ca> Dernier accès 14 décembre 2009.

- De Robertis, C. (1981). *Méthodologie de l'intervention en travail social: l'aide à la personne*. Paris : Le Centurion.
- Desjardins, L. (1999). Compétence parentale et modalités de garde. *Journal du barreau*, 31(9), [www.barreau.qc.ca/publications/journal/vol31/no9/competenceparentale.html](http://www.barreau.qc.ca/publications/journal/vol31/no9/competenceparentale.html).
- Dubeau, D. & Devault, A. (2009). La mère et le père, du parent au couple parental. In C. Lacharité & J-P Gagné (Eds), *Comprendre les familles pour intervenir mieux : Repères conceptuels et stratégies d'action*. Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Eanes, A.Y. & Fletcher, A.C. (2006). Factors associated with perceived parenting competence among special needs adoptive mothers. *Family in society: The journal of contemporary social services*, 87(2), p.249-258.
- Fontaine, C. (2007). *Champs de pratique, historique et pratique sociale*. Document non-publié.
- Giguère, V. (1998). *Les représentations de la compétence parentale de parents de nourrissons vivant en situation de grande pauvreté*. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal.
- Göpfert, M., Webster, J. & Nelki, J. (2004). The constructing of parenting and its context. In M. Göpfert, J. Webster & M.V. Seeman (Eds), *Parental psychiatric disorder : Distressed parents and their families*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Jacques, M. & Baillargeon, M. (1997). Point de vue écologique sur les services préscolaires en milieux défavorisés. In F.V. Tochon (Ed), *Éduquer avant l'école : L'intervention préscolaire en milieux défavorisés et pluriethniques*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lacharité, C. (2006). Postface de Carl Lacharité. In M. Boily, M. St-Onge & M-H Toutant (Aus), *Au-delà des troubles mentaux, la vie de famille : Regard sur la parentalité*. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Lacharité, C. & De Montigny, F. (2005). Perceived parental efficacy: Concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 49(4), p.387-396
- Lapierre, S., Krane, J., Damant, D. & Thibault, J. (2008). Négligence à l'endroit des enfants et maternité : Un regard féministe. In C. Parent, S. Drapeau, M. Brousseau & E.

- Pouliot (Eds), *Visages multiples de la parentalité*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Le Camus, J. (2000). *Le vrai rôle du père*. Paris : Odile Jacob.
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal : Guérin.
- Lemay, L. (2009). Le pouvoir et le développement du pouvoir d'agir (empowerment) : Un cadre d'intervention auprès des familles en situation de vulnérabilité. In C. Lacharité & J-P Gagné (Eds), *Comprendre les familles pour intervenir mieux : Repères conceptuels et stratégies d'action*. Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Léonard, N. & Paul, D. (1996). Devenir parents : Les facteurs liés au sentiment de compétence. *L'infirmière du Québec*, 4, p.38-46.
- Léonard, N. & Paul, D. (1995). Vie de couple et sentiment de compétence parentale. *L'infirmière canadienne*, 91(9), p.42-45.
- Massé, R. (1991). La conception populaire de la compétence parentale. *Apprentissage et socialisation*, 14(4), p.279-290.
- Mercer, R.T. & Ferketich, S.L. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. *Nursing research*, 43(1), p.38-43.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2004). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/49207>.  
Dernier accès 11 décembre 2009.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2009). *Centres de santé et de services sociaux – RLS*. <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/index.php> Dernier accès 9 décembre 2009.
- Miron, J.-M. (1999). La narration réflexive de cas vécus en formation parentale. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 3(1-2), p.111-123.
- Miron, J.-M. (1998a). La compétence parentale: Un concept à redéfinir. *Perspectives documentaires en éducation*, 44, p.49-69.
- Miron, J.-M. (1998b). La compétence parentale: Une pratique réflexive. *Journal of educational thought*, 32(1), p.21-42.

- Mowbray, C.T., Oyserman, D. & Ross, S. (1995). Parenting and the significance of children for women with a serious mental illness. *Journal of mental health administration*, 22(2), p. 189-200.
- Olshtain-Mann, O. & Auslander, G.K. (2008). Parents of preterm infants two months after discharge from the hospital: Are they still at (parental) risk? *Health & social work*, 33(4), p.299-308
- Peacock, F. (2007). *Arrosez les fleurs, pas les mauvaises herbes : Une stratégie qui révolutionne les relations professionnelles, amoureuses, familiales*. Montréal : Éditions de l'homme.
- Pouliot, E., Turcotte, D., Bouchard, C., Monette, M-L. (2008). La compétence parentale : Une notion aux visages multiples. In C. Parent, S. Drapeau, M. Brousseau & E. Pouliot (Eds), *Visages multiples de la parentalité*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Pourtois, J.-P. & Desmets, H. (1997). Les relations famille-école : Un point de vue partenarial. In F.V. Tochon (Ed), *Éduquer avant l'école : L'intervention préscolaire en milieux défavorisés et pluriethniques*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Renaud, G. (2008a). *La collecte de données et l'évaluation*. Notes de cours SVS 6004 – Méthodologie de l'intervention I : Automne 2008.
- Renaud, G. (2008b). *Le plan ou le contrat d'intervention*. Notes de cours SVS 6004 – Méthodologie de l'intervention I : Automne 2008.
- Roy, J., Lépine, R. & Robert, L. (1990). *État et famille : Des politiques sociales en mutation*. Québec : Centre de recherche sur les services communautaires.
- Sabatelli, R.M. & Waldron, R.J. (1995). Measurement issues in the assessment of the experiences of parenthood. *Journal of marriage and the family*, 57(4), p.969-980
- Schön, D.A. (1994). Le praticien réflexif: à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Montréal : Éditions Logiques
- Sinclair, F. & Naud, J. (2005). Soutien social et émergence du sentiment d'efficacité parentale : Une étude pilote de la contribution du programme ÉcoFamille. *Santé mentale au Québec*, 2, 193-208.

- Stanciulescu, E. (1996). Tel enfant, tels parents: De la redefinition et de la construction de l'enfance et de la parentalité. In R.B. Dandurand, R. Hurtubise & C. Le Bourdais (Eds), *Enfances : Perspectives sociales et pluriculturelles*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Steinberg, L. & al. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65(3), 754-770.
- Steinhauer, P.D. (1999). Être parent dans la société d'aujourd'hui. *Prisme*, 29, p.8-23.
- Trudelle, D. & Montambault, E. (1994). Le sentiment de compétence parentale chez des parents d'enfants d'âge préscolaire. *Service social*, 43(2), p. 47-62.
- Van de Sande, A., Beauvolsk, M-A, Renault, G. (2002). *Le travail social : Théories et pratiques*. Boucherville, Québec : Gaétan Morin.
- Wexler, S. A. (2005). *Dangerous connections : maternal ambivalence in psychotherapy between women*. Thèse de doctorat en service social, Université McGill.
- Woody, D. & Woody, D.J. (2007). The significance of social support on parenting among a group of single, low-income, African American mothers. *Journal of human behaviour in the social environment*, 15(2/3), p.183-198.



**ANNEXE I – Principales échelles d'évaluation de la compétence parentale et du sentiment de compétence parentale (tiré de Pouliot & al., 2002)**

**a) Compétence parentale**

Titre	Auteurs/Année	Description
Guide d'évaluation des capacités parentales	Bouchard et al., 2003 (Adaptation de Steinhauer, 1983)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation de la somme des attitudes et des comportements parentaux favorisant le développement normal de l'enfant</li> <li>- Évaluation faite à partir des conduites actuelles du parent envers son enfant</li> <li>- S'adresse aux parents d'enfants entre 0 et 5 ans</li> <li>- Outil utilisé par le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire</li> <li>- Permet de structurer les observations cliniques en conservant une certaine objectivité, selon 8 catégories : contexte sociofamilial, développement de l'enfant, compétences parentales, contrôle des impulsions, reconnaissance de la responsabilité, facteurs personnels affectant les compétences parentales, réseau social et histoire des services cliniques</li> <li>- La catégorie «compétences parentales» se divisent en 2 types de compétences : compétences générales, essentielles à toutes les</li> </ul>

		<p>étapes du développement de l'enfant, et les compétences particulières, associées à des étapes précises du développement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les compétences générales regroupent : la réponse aux besoins de base, l'engagement affectif, attitude positive envers l'enfant, considérer et traiter son enfant comme une entité distincte, exercice du rôle parental avec pertinence, établissement d'un cadre de vie, favorisation de la socialisation de l'enfant, réponse aux besoins intellectuels et éducatifs de l'enfant.</li> </ul>
--	--	--

#### b) Sentiment de compétence parentale

Titre	Auteurs/Année	Description
Comfort with parenting performance	Ballenski et Cook, 1982	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation des perceptions des mères quant à leur niveau de facilité à assumer leur rôle maternel</li> <li>- Tient compte des défis liés aux diverses tâches développementales de l'enfant</li> <li>- 5 versions tenant compte des différents enjeux liés à une étape du développement de l'enfant : nourrissons, trottineur, âge préscolaire, âge scolaire, adolescence</li> <li>- Chaque version compte entre 8 et 14 items</li> </ul>

Parenting sense of competence scale	Gibaud-Wallston et Wanderman (1978)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesure du sentiment de compétence parentale à l'aide de deux sous-échelles : la satisfaction parentale (9 items) et le sentiment d'efficacité parentale (8 items)</li> <li>- Version française traduite et adaptée par Terrisse et Trudelle (1988)</li> </ul>
Parental locus of control scale	Campis, Lyman et Prentice-Dunn (1986)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprend 5 sous-échelles : efficacité parentale, responsabilité parentale, contrôle de l'enfant, destin ou chance, contrôle parentale</li> <li>- Le sentiment de compétence parentale est dérivé de la sous-échelle «efficacité parentale»</li> <li>- 47 items au total</li> </ul>