



Université de Montréal

La relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières dans les SIPPE : une  
analyse sensible au genre

par

Madeline Pierre

Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales  
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)  
en sciences infirmières  
option experte-conseil

Décembre, 2015

© Madeline Pierre, 2015

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :  
La relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières dans les SIPPE: une  
analyse sensible au genre

Présenté par :  
Madeline Pierre

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Bilkis Vissandjée  
Présidente-rapporteur

Sylvie Gendron  
Directrice de recherche

Geneviève Turcotte  
Membre du jury

## Résumé

La pratique infirmière en contexte de parentalité précoce et de vulnérabilité sociale auprès de mères âgées de moins de 20 ans et leurs bébés comporte des défis pour les infirmières qui éprouvent des difficultés à établir des liens avec les jeunes pères. Leur pratique d'accompagnement est orientée principalement vers la dyade mère-enfant, tandis qu'elles se sentent peu outillées pour accompagner les jeunes pères dans leur rôle paternel. Des études récentes suggèrent de considérer le genre dans la compréhension de l'espace relationnel entre des pères et des infirmières, notamment dans des services de première ligne. Cette étude a pour but de décrire, selon une perspective sensible au genre, les représentations identitaires qui configurent la relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières dans le cadre des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)*. Partant d'une recherche évaluative multicentrique du *Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)* des SIPPE, cette recherche qualitative interprétative présente une analyse secondaire de 34 entretiens semi-dirigés complétés auprès de jeunes pères et d'infirmières. L'analyse croisée du discours des participants et la modélisation systémique ont permis de représenter des conceptions identitaires et des dynamiques contextuelles qui composent la relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières dans le PSJP/SIPPE. Cette relation prend principalement forme autour de l'échange d'informations axées sur les soins de l'enfant. De plus, elle est marquée par des représentations différenciées de l'identité parentale du jeune père (père présent et soignant vs père peu compétent), de son engagement dans les responsabilités afférentes à son rôle et par une dynamique de vigie-surveillance exercée par les infirmières. Cette relation peut se transformer à travers le temps, où le père conçu responsable et protecteur devient un allié pour l'infirmière, tout en demeurant sous surveillance. Parmi les contributions de cette recherche, nous signalons l'importance du soutien émotionnel en plus du soutien informationnel pour les pères qu'il importe de considérer à part entière dans l'accompagnement auprès de familles vivant en situation de vulnérabilité sociale. Enfin, cette recherche souligne la pertinence d'une perspective sensible au genre pour concevoir l'espace relationnel du soin et développer la pratique infirmière d'accompagnement.

**Mots-clés :** Relation d'accompagnement, pratique infirmière, jeunes pères, perspective sensible au genre, modélisation systémique, vulnérabilité sociale

## Abstract

Nursing practice in early childhood interventions with teen mothers aged less than 20 years and their babies involves many challenges for nurses who experience difficulties in establishing relationships with young fathers in these socially vulnerable conditions. Nursing interventions are mainly directed to the mother-child dyad, whilst nurses tend to feel less prepared to assist young fathers in their paternal role. Recent studies have suggested that further research explore how gender shapes nurse-father relationships, particularly in primary care services. This qualitative study describes, from a gender-sensitive perspective, the interplay of identity and role in young father-nurse relationships within an early childhood intervention programme in Québec, Canada (SIPPE – *Services intégrés en périnatalité et en petite enfance*). A secondary analysis of 34 semi-structured interview data collected from young fathers and nurses within a larger multi-centre evaluative research of a *Young Parents Programme (YPP)*, a component of SIPPE, was conducted. Qualitative and comparative content analyses of both young fathers' and nurses' discourse, followed by systemic modelling, highlight how identity conceptions and contextual dynamics intersect in the YPP nurse-father relationship. Their relationship is primarily focussed on the exchange of information about child care. Differential representations of paternal identity (caring and engaged vs. incompetent), perceived reliability and capabilities as fathers, partners and young men, and nurses' supervisory role also shape the relationship. When young fathers are perceived as responsible and protective of both young mothers and their child, they tend to become nurse allies, over time, although they remain under supervision. Other contributions of this study suggest that nurses ought to go beyond informational support, to include emotional support in their interventions with young fathers who, in turn, must be more fully considered in programs and services dedicated to vulnerable families. Finally, this research highlights the relevance of a gender-sensitive perspective to capture the relational dynamics of nursing care and to develop nursing practice.

**Keywords:** Nursing practice, early childhood interventions, young fathers, gender-sensitive perspective, systemic modelling, social vulnerability.

## Table des matières

<b>Résumé.....</b>	<b>iii</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>iv</b>
<b>Liste des tableaux.....</b>	<b>viii</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>ix</b>
<b>Liste des abréviations et des acronymes .....</b>	<b>x</b>
<b>Dédicaces.....</b>	<b>xi</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>xii</b>
<b>Chapitre 1: Contexte et problématique de recherche .....</b>	<b>1</b>
Contexte de l'étude .....	2
Problématique de recherche .....	5
But de l'étude .....	10
<b>Chapitre 2: Repère théorique de la recherche.....</b>	<b>11</b>
Le concept de genre .....	12
Les rôles liés au genre.....	12
Les identités liées au genre .....	13
La dimension relationnelle du concept de genre .....	14
Questions de recherche .....	15
<b>Chapitre 3: Recension des écrits.....</b>	<b>17</b>
Méthode de recension des écrits .....	18
La recherche auprès des jeunes pères .....	19
La trajectoire de vie des jeunes pères .....	19
Portrait de la paternité chez les jeunes pères .....	23
La recherche sur les pratiques professionnelles auprès des pères.....	28

Point de vue de jeunes pères au regard des pratiques professionnelles.....	28
Point de vue des pères au sujet des pratiques professionnelles à leur endroit.....	31
Perceptions des infirmières de leur pratique auprès des pères.....	32
<b>Chapitre 4: Considérations méthodologiques et éthiques.....</b>	<b>36</b>
Devis de recherche : analyse secondaire de données qualitatives .....	37
Une étude qualitative selon un paradigme interprétativiste.....	37
L'analyse secondaire de données qualitatives .....	37
Sélection des données pour le mémoire.....	39
Autres sources de données utilisées pour l'analyse .....	41
L'analyse qualitative des données .....	41
Premier niveau d'analyse : l'analyse thématique de contenu.....	43
Deuxième niveau d'analyse : l'analyse du discours .....	44
Troisième niveau d'analyse : la modélisation systémique.....	45
Portrait des participants des entretiens retenus pour l'analyse secondaire .....	45
Les jeunes pères .....	45
Les infirmières .....	46
Critères de qualité .....	46
Imputabilité procédurale.....	47
La crédibilité.....	47
La fiabilité.....	48
La transférabilité.....	49
Considérations éthiques .....	49
<b>Chapitre 5: Présentation des résultats .....</b>	<b>50</b>
Représentations de jeunes pères et d'infirmières quant à l'identité et au rôle paternel .....	51
Représentations des jeunes pères quant à l'identité et au rôle paternel .....	51
Représentations des infirmières quant à l'identité et au rôle paternel de jeunes pères.....	56
Représentations de jeunes pères et d'infirmières quant à l'identité et au rôle de l'infirmière .....	60

Représentations des jeunes pères quant à l'identité et au rôle de l'infirmière.....	60
Représentations des infirmières quant à leur identité et à leur rôle professionnel.....	62
La relation d'accompagnement entre les infirmières et les jeunes pères.....	65
Les dimensions contextuelle et temporelle de la relation d'accompagnement.....	66
Trois processus qui marquent la relation d'accompagnement.....	67
Des attributs identitaires qui configurent la relation d'accompagnement .....	71
<b>Chapitre 6: Discussion des résultats.....</b>	<b>74</b>
L'apport d'une perspective sensible au genre à l'analyse des représentations identitaires et de rôle des jeunes pères et des infirmières .....	75
La modélisation de la relation d'accompagnement « jeune père-infirmière ».....	79
Originalité et portée de l'étude .....	85
L'originalité de l'étude .....	85
Les forces et les limites de l'étude.....	86
Contributions de l'étude pour les sciences infirmières et les services de première ligne en périnatalité et en petite enfance.....	88
Pistes pour la recherche future.....	91
<b>Conclusion .....</b>	<b>93</b>
<b>Références.....</b>	<b>96</b>
<b>Appendice A: Présentation de la recherche primaire.....</b>	<b>108</b>
Appendice A.1: Guide d'entretiens – Jeunes pères (version prénatal .....	118
Appendice A.2: Guide d'entretiens – Intervenantes (version prénatale).....	133
Appendice A.3: Profil des répondants — Intervenant.....	141
Appendice A.4: Formulaire de consentement des participants .....	144
<b>Appendice B: Première liste de thèmes.....</b>	<b>159</b>
<b>Appendice C: Exemple de travail de thématisation.....</b>	<b>166</b>
<b>Appendice D: Exemple d'exercices de modélisation.....</b>	<b>168</b>
<b>Appendice E: Caractéristiques détaillées des jeunes pères.....</b>	<b>170</b>
<b>Appendice F: Exemples de certificats d'éthique de la recherche initiale .....</b>	<b>173</b>



## Liste des tableaux

Tableau 1 : <i>Échantillon des entretiens de 8 jeunes pères et 17 infirmières sélectionnés pour l'analyse</i> .....	41
Tableau 2 : <i>Portrait des infirmières : expérience professionnelle</i> .....	46
Tableau 3 : <i>Expérience de l'intervention d'accompagnement PSJP. Nombre de jeunes femmes et leurs partenaires ayant participé aux entretiens semi-dirigés, aux différents temps de collecte</i> .....	113
Tableau 4 : <i>Expérience de l'intervention d'accompagnement PSJP. Nombre d'intervenantes ayant participé aux entretiens semi-dirigés, aux différents temps de collecte</i> .....	114

## Liste des figures

Figure 1 : Modélisation des dimensions retenues pour l'exploration de la relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières, selon une perspective sensible au genre.....	16
Figure 2 : . Configuration de la relation infirmière-jeune père.....	65

## Liste des abréviations et des acronymes

Abréviations	Significations
AF	Accompagnement des familles
CEF	Création d'environnements favorables
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
EFJ	Enfance-Famille-Jeunesse
INF	Infirmière
IP	Intervenante privilégiée
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
JP	Jeune père
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PSJP	Programme de Soutien aux jeunes parents des SIPPE
RLS	Réseau local de services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention de familles vivant en contexte de vulnérabilité

*À tous les papas engagés,  
en reconnaissance de votre contribution essentielle dans la vie de vos enfants.*

*À Jude,  
un modèle de père exemplaire et une source d'inspiration pour notre fille.*

## Remerciements

Ma trajectoire au deuxième cycle a été marquée par des expériences d'apprentissages enrichissantes, de moments heureux, mais également de quelques défis. Tout au long de ce parcours, j'ai été accompagnée et soutenue par des personnes extraordinaires. Je veux les remercier pour leur contribution à l'achèvement de ce projet qui me tenait tant à cœur.

J'aimerais tout d'abord remercier une femme exceptionnelle, une professeure rigoureuse et passionnée par son travail, une personne en qui j'ai la plus grande des reconnaissances pour son accompagnement, son écoute, sa patience et soutien exceptionnel au cours de mes études de premier et deuxième cycles à la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal. Elle m'a pris sous ses ailes à ma dernière année du baccalauréat et n'a jamais cessé de m'encourager et de me soutenir dans mes études, particulièrement durant les moments les plus difficiles. Elle m'a aidé à me dépasser et à tendre vers la perfection dans toutes les étapes de ce mémoire. Dre Sylvie Gendron, la réalisation de ce projet ne serait pas possible sans vous. Je n'oublierai jamais votre travail acharné et les innombrables heures consacrées d'accompagnement, pour enfin compléter ce mémoire. Vous avez été une source d'inspiration pour moi et les mots ne suffisent pas pour exprimer toute ma reconnaissance. Merci d'avoir cru en mes capacités à réaliser un projet d'une telle envergure. Merci d'avoir développé mes capacités réflexives. Ce fut un honneur et un privilège de travailler à vos côtés.

Des remerciements chaleureux s'adressent aux membres du Jury qui ont évalué ce mémoire : madame Geneviève Turcotte, chercheure au Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire et Dre Bilkis Vissandjée, professeure titulaire à la FSI de l'Université de Montréal. Vos commentaires constructifs et réflexions ont contribué à la qualité de ce mémoire.

J'aimerais également remercier les membres de l'*Équipe d'évaluation du PSJP*, plus particulièrement Michelle Laramée pour avoir facilité mon intégration dans ce projet. Vous avez été présentes dès le début de cette belle aventure. Ce fut un plaisir de vous côtoyer et de travailler avec vous.

Ma reconnaissance s'adresse aussi aux organismes suivants : la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada (FIIC), la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal, le Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants (GRAVES) ainsi que le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), pour leur soutien financier durant mes études de deuxième cycle.

Je veux prendre le temps de remercier des collègues de travail au CSSS Sud — Ouest-Verdun, notamment les filles du CLSC de Saint-Henri. Vous avez toutes, à votre façon, contribué à l'accomplissement de ce projet. Merci de votre compréhension envers moi. Des remerciements particuliers à Jacynthe Lebeuf et à Kim Héroux qui n'ont jamais cessé de m'encourager. Je suis tellement heureuse de vous côtoyer!

Je remercie toutes les personnes rencontrées durant mon parcours à la maîtrise. J'ai apprécié chacun de nos moments d'échanges, de discussions et de réflexions. Marie-Hélène Lavallée, tu as été une source de motivation personnelle. Je suis contente de t'avoir rencontré dès le début de mon parcours à la maîtrise. Merci pour ton amitié.

Ma gratitude s'adresse aussi à mon réseau d'amis « *Entre-nous* ». Vous avez tous contribué à la réalisation de ce projet. Merci de faire partie de ma vie et d'être présents durant cette étape si importante pour moi. Je ne peux passer sous silence le soutien exceptionnel de ma très chère amie, Phoebe Joseph. Tu as été une amie formidable dans les moments les plus critiques de la rédaction. Merci d'être la sœur que je souhaitais avoir.

En dernier lieu, je dois remercier mes deux amours. Jude, tu m'as toujours soutenu durant les moments difficiles de ce parcours, notamment en assumant davantage de responsabilités envers notre fille. Je suis heureuse de passer à travers cette étape avec toi à mes côtés. Je sais qu'ensemble, nous accomplirons de grandes choses. Djumaël, j'aimerais que tu saches que tu es ma source d'inspiration et tu es la raison pour laquelle j'ai voulu me dépasser afin d'être un exemple pour toi. Maman, t'aime fort et est fière de toi.

**Chapitre 1**  
**Contexte et problématique de recherche**

## Contexte de l'étude

La présente étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche évaluative multicentrique du *Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention de familles vivant en contexte de vulnérabilité* (Gendron, Dupuis, Moreau, Clavier, Dupuis et Lachance-Fiola, 2014a). Suivant la finalité poursuivie de cette recherche, il s'agit de contribuer au développement de connaissances permettant de soutenir l'intervention de première ligne en contexte de parentalité précoce.

La parentalité précoce est une préoccupation tant pour les instances gouvernementales que pour les scientifiques puisqu'elle peut engendrer des conséquences à long terme pour les jeunes parents et leurs enfants (Bunting et McAuley, 2004; Harden et al., 2006 ; MSSS, 2008a). Le jeune âge des parents ainsi que leurs situations de vie sont généralement considérés comme des conditions défavorables au développement et à la santé de l'enfant (MSSS, 2004). En 2000, suite au *Sommet du Québec et de la jeunesse*, le gouvernement du Québec a reconnu l'importance de mettre en place des ressources spécifiquement destinées à cette population et à leurs familles (MSSS, 2004). S'inscrivant dans la continuité du programme *Naître égaux – Grandir en santé*<sup>1</sup>(NÉ-GS), le PSJP a été implanté en 2004-2005 à travers toutes les équipes Enfance-Famille-Jeunesse (EFJ) des CLSC des CSSS du Québec<sup>2</sup>.

Tel que décrit dans le *Cadre de référence* des SIPPE, le PSJP s'adresse aux familles dont la femme enceinte ou la mère est âgée de moins de vingt ans à la naissance de l'enfant (MSSS, 2004). Les services offerts ont pour but de maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères, des pères et des enfants afin de prévenir la transmission intergénérationnelle de

---

<sup>1</sup> Ce programme s'adressait aux femmes enceintes et mères vivant sous le seuil de revenu et ne détenant pas de diplôme d'études secondaire (DES) ou professionnel (DEP) (MSSS, 2004).

<sup>2</sup> Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015, la Loi 10 portant sur la réforme du réseau de santé et des services sociaux a été adoptée. Ainsi, les territoires de CSSS ont été redéfinis pour constituer des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS). Dans cette étude, il sera, par ailleurs, question de CSSS pour refléter le moment de la réalisation de la collecte de données.



problèmes sociaux et de santé, dont l'abus et la négligence envers les enfants (MSSS, 2004 : 14). Le développement optimal des enfants et la réduction des conditions de vulnérabilité sociale<sup>3</sup> de leurs familles sont au cœur des actions préventives et de promotion de la santé des SIPPE. Pour y parvenir, deux axes d'intervention sont privilégiés: l'*Accompagnement des familles (AF)* et la *Création d'environnements favorables (CEF)*<sup>4</sup>. Il a été démontré que de tels programmes ont une influence favorable sur la trajectoire de vie de ces familles et le bien-être des enfants (Institut national de santé publique, 2010).

Notre projet de mémoire s'inscrit dans la composante *AF* du PSJP, laquelle met en action des principes de précocité, d'intensité et de continuité. Ainsi, les services sont offerts selon une fréquence régulière, dès la période prénatale, et leur déploiement est prévu jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 5 ans<sup>5</sup>. Un accompagnement individualisé, volontaire et adapté aux besoins de chaque famille est assuré par une intervenante privilégiée (IP)<sup>6</sup>. Il s'agit d'une intervenante de l'équipe interprofessionnelle — composée le plus souvent d'infirmières, de travailleuses sociales, de nutritionnistes, de psychoéducatrices et d'orthophonistes — qui développe un lien de confiance avec les parents et qui est généralement responsable du suivi familial à long terme (Gendron et al., 2014a). Cet accompagnement peut prendre plusieurs formes telles que des visites au domicile des parents, des contacts téléphoniques, des

---

<sup>3</sup>Dans le cadre de ce mémoire, nous alignons notre définition du concept de vulnérabilité sociale à celle retenue par Gendron et al. (2014a). La vulnérabilité sociale renvoie à la fois à un état situationnel et relationnel qu'un processus issu de la confluence de « dimensions individuelles, sociales et environnementales, potentiellement fragilisantes, qui se conjuguent à travers un espace temporel » (p.90). Par exemple, des caractéristiques propres aux jeunes parents, tel leur jeune âge, de même que la précarité de leurs conditions de vie associée à de faibles niveaux de revenu et scolarité ou un faible soutien social sont des dimensions qui peuvent inscrire ces parents et leurs enfants dans une trajectoire de vulnérabilité sociale.

<sup>4</sup> Par la mise en place de réseaux d'acteurs du RLS, la composante *CEF* des SIPPE vise à favoriser l'accessibilité des parents et leurs enfants aux ressources dans leurs communautés ou milieux de vie afin d'améliorer leurs conditions de vie (MSSS, 2004).

<sup>5</sup> Le *Cadre de référence* des SIPPE propose une fréquence de visites à domicile en fonction du stade de la grossesse et l'âge de l'enfant. Par exemple, en période prénatale et entre la septième semaine de vie du bébé jusqu'à 12 mois, il est prévu que les rencontres aient lieu aux deux semaines. En postpartum immédiat, des rencontres hebdomadaires sont prescrites. Dès l'âge de 12 mois et jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 5 ans, des rencontres mensuelles sont prévues auxquelles devraient s'ajouter des activités de groupe (MSSS, 2004 : 32). Dans les faits, plus de 60 % n'ont plus de contacts avec l'équipe PSJP/SIPPE lorsque l'enfant est âgé de 2 mois (Gendron et al., 2014aa).

<sup>6</sup>Le genre féminin est ici utilisé puisque les intervenantes œuvrant dans ce programme ou en périnatalité/petite enfance sont presque exclusivement des femmes.

rencontres au CSSS, de l'intervention de groupe ou de l'accompagnement dans des ressources communautaires.

Dans ce programme, les infirmières sont appelées, au premier rang, à être des intervenantes privilégiées. Elles sont en contact avec la quasi-totalité des familles, particulièrement au cours de la période prénatale et durant les deux premières années de vie de l'enfant (Gendron et al., 2014a). Outre d'assurer le suivi de santé de la femme enceinte et du bébé, elles accompagnent les pères et les mères dans l'exercice de leur rôle parental, la réalisation de leurs projets socioprofessionnels, l'adoption de saines habitudes de vie et leur mise en relation avec des ressources communautaires (MSSS, 2004).

L'*Évaluation du PSJP* a permis de documenter certaines dimensions de la pratique infirmière auprès des familles, notamment : l'espace relationnel qu'elles construisent à travers le processus d'accompagnement auprès des jeunes mères; leurs besoins de supervision clinique et de formation à travers leur confrontation quotidienne à la vulnérabilité sociale des familles; ainsi que leurs modes de collaboration au sein des équipes interprofessionnelles (Gendron et al., 2014a). Toutefois, lorsqu'il est question de la relation d'accompagnement, les données relatives aux jeunes pères sont absentes dans les premiers rapports de cette recherche évaluative (Gendron et al., 2014a, b). Ceci est à l'image d'autres recherches portant sur des programmes similaires au PSJP, où l'attention est principalement centrée sur la dyade mère-enfant (Drummond, Weir et Kysela, 2002; Institut national de santé publique, 2010).

Dès 2011, l'étudiante-chercheure a pu s'intégrer aux activités de l'*Équipe d'évaluation du PSJP*<sup>7</sup>. Ceci a permis de comprendre les contextes diversifiés dans lesquels se déroule la pratique infirmière au sein de ce programme, en plus de cerner le matériel de recherche disponible au sujet de la relation d'accompagnement auprès de jeunes pères. Il est clairement apparu qu'une recherche portant sur ce sujet s'avérait pertinente pour contribuer au développement de savoirs sur la pratique infirmière auprès de ces pères.

De manière générale, que ce soit dans les recherches en sciences infirmières ou en sciences sociales, les « jeunes pères » sont ceux dont la mère de leur enfant a moins de 20 ans

---

<sup>7</sup> La directrice de recherche de l'étudiante-chercheure était chercheure principale de cette équipe. Une description détaillée de la recherche évaluative du PSJP est présentée à l'appendice A de ce mémoire.

au moment de l'accouchement et qui sont âgés de 25 ans et moins à la naissance du premier enfant (Cronick, 2007; Dallas, Wilson et Salgado, 2000; Deslauriers, 2010; Lemay et al., 2010; Negura et Deslauriers, 2010; Wilkes, Mannix et Jackson, 2011). Néanmoins, bien que le critère d'âge pour la jeune mère soit généralement maintenu dans les études recensées, il existe certaines variations ayant trait à la limite d'âge retenu pour le père. Ceci varie en fonction des normes socioculturelles du milieu de l'étude (Lehti et al., 2012; Martinez, Chandra, Abma, Jones, & Mosher, 2006). Dans cette recherche, on s'en tient aux jeunes pères ayant 25 ans ou moins au moment de la grossesse/naissance de l'enfant.

### **Problématique de recherche**

Sachant que la presque-totalité des recherches sur la pratique infirmière dans les programmes destinés aux jeunes familles vivant en situation de vulnérabilité concerne surtout les mères et leurs enfants, cette recherche prend donc le parti de s'intéresser aux pères d'autant plus que le contexte social actuel y est propice.

En effet, au cours des dernières décennies, divers changements sociaux et familiaux ont participé à l'émergence de nouvelles représentations sociales de la paternité et, par conséquent, à des transformations dans la manière dont les hommes vivent leur paternité et s'identifient en tant que pères (Barclay et Lupton, 1999; Dubeau, Devault et Forget, 2009; Henwood et Procter, 2003; Ministère de la famille et des aînés du Québec, 2011). Au Québec, comme ailleurs dans les sociétés contemporaines occidentales, il est attendu des pères qu'ils s'investissent dans les soins et l'éducation de leurs enfants de même que dans les tâches ménagères; et les hommes tendent à répondre de plus en plus à ces attentes (Henwood et Procter, 2003; Lamb, 2010; Ministère de la famille et des aînés du Québec, 2011). Par ailleurs, les exigences liées à ces nouveaux rôles (Henwood et Procter, 2003) entraînent des besoins spécifiques auxquels les professionnels de la santé doivent être en mesure de répondre (Ministère de la famille et des aînés du Québec, 2011; MSSS, 2008). Les pères étant de plus en plus visibles dans les services sociaux et de santé destinés aux jeunes familles, notamment en CSSS (Conseil de la famille et de l'enfance, 2008), les professionnels œuvrant dans ces

services, en particulier les infirmières, sont dans une position privilégiée pour les rejoindre et les accompagner dans leur expérience de paternité.

Parallèlement, nous assistons à une volonté sociale de favoriser une meilleure accessibilité des pères aux services de première ligne (Ministère de la famille et des aînés, 2011) considérant les effets bénéfiques de l'engagement paternel sur le développement de l'enfant et le bien-être de la mère, ou encore sur le bien-être du père lui-même (Bronte-Tinkew, Carrano, Horowitz et Kinukawa, 2008; Lamb, 2010 ; Pruett, 1998; Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid et Bremberg, 2008). Cette conjoncture a d'ailleurs contribué à des modifications au niveau des politiques qui tentent d'orienter les pratiques professionnelles dans le domaine de la petite enfance. Citons, à titre d'exemple, la *Politique de périnatalité 2008-2018* qui invite les professionnels de la santé à adopter, dans leurs interventions auprès des parents, une approche centrée sur la famille et à considérer chaque parent dans sa singularité (MSSS, 2008a). Cette politique qui comporte les lignes directrices quant aux meilleures pratiques en périnatalité recommande aux professionnels de la santé d'inclure les pères dans toutes les activités en périnatalité et de développer des interventions spécifiques à leurs besoins (MSSS, 2008a). Nous constatons, cependant, que ces recommandations s'accompagnent rarement de plans d'action concrets. Les pères sont généralement absents dans les stratégies de mise en œuvre de la *Politique de périnatalité* du Québec de même que dans la majorité des plans d'action locaux de santé publique (de Montigny et St-Arneault, 2013; Gouvernement du Québec, 2010; Pierre, Gendron, et Villeneuve, 2012).

Les SIPPE s'inscrivent résolument dans ce contexte politique et programmatique qui tente de soutenir l'implication des pères vivant en situation de vulnérabilité sociale dans la vie de leurs enfants. À cet égard, le *Cadre de référence* des SIPPE interpelle les intervenantes afin qu'elles favorisent la participation active des pères dans le suivi SIPPE, prennent en considération leurs besoins et portent une attention particulière à la relation père-enfant (MSSS, 2004). Bref, les intervenantes privilégiées des SIPPE, dont la majorité sont des infirmières (Gendron et al., 2014a), sont appelées à établir une relation tout aussi significative avec le père qu'avec la mère (MSSS, 2004 : 25) afin de contribuer au renforcement de leurs

compétences parentales ainsi qu'à leur engagement dans des processus favorables au développement optimal de leurs enfants.

En contexte de parentalité précoce, il s'avère particulièrement important pour les professionnels de la santé de considérer les jeunes pères (Desjardins et Paquette, 2008; Reeves, Gale, Webb, Delaney et Cocklin, 2009). Ces derniers vivent généralement des conditions de vulnérabilité similaires aux jeunes mères, ce qui peut inscrire les parents et leurs familles dans une trajectoire de pauvreté et de fragilisation sociale et matérielle (Bunting et McAuley, 2004; Harden et al., 2006; Sigle-Rushton, 2005). En fait, malgré la volonté manifestée par ces pères d'être présents dans la vie de leurs enfants et de s'engager pleinement dans leurs responsabilités parentales (Deslauriers, 2010; Lemay et al., 2010; Negura et Deslauriers, 2010; Wilkes et al., 2011), leur jeune âge, leur niveau de scolarité et leur situation professionnelle et familiale peuvent fragiliser leurs capacités à exercer leur rôle paternel (Bunting et McAuley, 2004; Castillo, Welch et Sarver, 2011; Sigle-Rushton, 2005). De plus, ils seraient moins bien préparés ou accompagnés que les jeunes mères à faire face à leur nouveau rôle (Deslauriers, 2010).

De par leur position au sein du PSJP, les infirmières sont appelées à côtoyer les jeunes pères et peuvent profiter de leur désir d'être soutenus dans l'exercice de leur rôle parental (Ross et al., 2012) afin de les accompagner dans le renforcement de leurs compétences parentales et la poursuite de leurs projets de vie. Tel que précisé plus tôt, elles effectuent la majorité des contacts auprès des familles en période prénatale et jusqu'à environ l'âge de deux ans de l'enfant; et ont donc un accès privilégié aux jeunes pères qui demeurent en relation avec la mère, particulièrement durant la première année de vie du bébé (Gendron et al., 2014a). Notre expérience professionnelle en CSSS, notamment dans les SIPPE, nous a d'ailleurs permis d'observer la fréquentation accrue des hommes dans nos services et les interactions entre infirmières et jeunes pères, en particulier lors des rendez-vous de suivi postnatal ou de cliniques de vaccination pour nourrissons. Néanmoins, nous en savons peu sur la relation entre ces deux acteurs puisque les interventions réalisées auprès des pères ou des jeunes pères sont rarement documentées dans des dossiers cliniques. À ceci s'ajoute le manque de données empiriques sur les pratiques professionnelles auprès des pères dans les SIPPE ou dans d'autres programmes similaires (Institut national de santé publique, 2010).

À cet égard, dans la discipline infirmière, les connaissances développées autour du sujet de la paternité se concentrent davantage sur l'expérience de la paternité chez les hommes ou les conséquences bénéfiques de leur engagement sur le développement de l'enfant (Benzies, Magill-Evans, J.Harrison, MacPhail et Kimak, 2008; Cronick, 2007; Dallas et al., 2000; Lemay et al., 2010; Sherriff et Hall, 2011; Wilkes et al., 2011). Peu d'études portent directement sur la relation d'accompagnement auprès des pères ou l'expérience de pères à l'égard de pratiques infirmières que ce soit dans des services de périnatalité/petite enfance (Alehagen, Hägg, Kalén-Enterlöv et Johansson, 2011; Chalmers, 1992; Fägerskiöld, 2006; Kaila-Behm et Vehviläinen-Julkunen, 2000; Massoudi et al., 2011) ou dans des programmes spécifiques comme les SIPPE (Ferguson et Gates, 2015; St-Arneault, 2013). Plusieurs études citées ci-haut soulèvent cependant des défis que rencontrent les infirmières dans leur relation avec les pères en soulignant, notamment, des enjeux liés au genre (Chalmers, 1992; Kaila-Behm et Vehviläinen-Julkunen, 2000; Massoudi et al., 2011; St-Arneault, 2013). Par exemple, Kaila-Behm et Vehviläinen-Julkunen (2000) et Massoudi et al. (2011) proposent que la conceptualisation qu'ont les infirmières exerçant en santé communautaire au regard du rôle paternel et des compétences parentales des pères ait une incidence sur la qualité de leurs pratiques auprès de ces derniers.

La notion de genre renvoie aux différentes représentations socioculturelles en regard des rôles, identités et pouvoirs qui sont attribués aux hommes et aux femmes selon leur sexe (Johnson et Repta, 2012). S'agissant d'un construit social, le genre est donc constitutif des dynamiques relationnelles entre les individus. Malgré l'importance accordée à la relation dans la pratique de soins, force est de constater qu'une perspective sensible au genre demeure très peu appliquée dans la recherche en sciences infirmières (Höglund et Holmström, 2008; Taylor et Green, 2008). Ainsi, même si des enjeux liés au genre sont parfois soulevés ou discutés dans des études abordant la pratique infirmière auprès des pères, la portée de ces enjeux demeure peu approfondie.

En contexte de services de périnatalité/petite enfance ou dans des programmes spécifiques comme le PSJP/SIPPE, l'absence d'élaboration empirique selon une perspective sensible au genre apparaît pour le moins surprenante étant donné les constats issus des rares études ayant exploré l'expérience des pères dans des services périnataux. Du point de vue de

leur perception de leurs interactions avec les infirmières, bon nombre de pères se sentent mis à l'écart par ces professionnelles ou non reconnus, ni soutenus, dans leur rôle paternel (de Montigny et Lacharité, 2004; Fägerskiöld, 2006; Steen, Downe, Bamford et Edozein, 2011). Les quelques études ayant pour objet les pratiques professionnelles auprès des *jeunes* pères mettent également en évidence certains comportements qui génèrent un sentiment d'exclusion ou qui ne favorisent pas l'implication des pères dans le suivi familial : leurs besoins ne semblent pas être pris en compte ou ils se sentent ignorés (Ross, Church, Hill, Seaman et Roberts, 2012). Plus récemment, une étude anglaise (Ferguson et Gates, 2015) au sujet d'un programme similaire au PSJP, rapporte toutefois des interactions positives entre des jeunes pères et des infirmières, ces dernières étant appréciées par les jeunes pères pour leur contribution essentielle au développement de leurs connaissances des besoins de leur enfant. Il n'en demeure pas moins qu'aucune de ces études descriptives n'approfondit son examen de la pratique infirmière ou de la relation infirmière-père selon une perspective sensible au genre, ceci même si les résultats suggèrent qu'une dynamique relationnelle particulière est à l'œuvre.

Sur le terrain de la pratique clinique, la quasi-totalité des infirmières qui exercent dans les services de périnatalité et de la petite enfance sont des femmes, et cela ne semble pas en voie de changer à court terme. Au vu de ce qui précède, il apparaît donc pertinent de réfléchir leur relation d'accompagnement avec les jeunes pères en adoptant une perspective sensible au genre (Connell, 1995; Courtenay, 2000; IRSC, 2012; Johnson et Repta, 2012). Plusieurs auteurs argumentent d'ailleurs que la santé, l'intervention en santé, ou la pratique du soin devraient être réfléchies en tenant compte du genre (IRSC, 2012). En particulier, et tel que nous le verrons au chapitre suivant, cette perspective invite à explorer les représentations des acteurs eu égard à leurs rôles et identités qui configurent les relations entre les personnes ou groupes. S'agissant d'étudier une dynamique relationnelle, nous constatons, par ailleurs, qu'aucune étude ne croise les perspectives de jeunes pères et d'infirmières<sup>8</sup>. C'est donc à partir d'un corpus de données incluant le point de vue de jeunes pères et d'infirmières du

---

<sup>8</sup> Des recherches en sciences infirmières, qui prennent en compte tant le point de vue de professionnels de la santé que de personnes accompagnées, ont déjà été effectuées dans d'autres contextes de pratique (Dupuis, Duhamel et Gendron, 2011). Dans de telles recherches, on s'est intéressé aux acteurs en présence, soit leurs caractéristiques, leurs représentations de soi et de l'autre, ainsi que la configuration des dynamiques qui se créent entre eux.

PSJP/SIPPE, particulièrement leurs représentations de l'un et l'autre, que la relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières sera examinée selon une perspective sensible au genre dans ce mémoire.

### **But de l'étude**

Le but de cette étude est de décrire, selon une perspective sensible au genre, les représentations identitaires ou de rôles qui configurent la relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières dans le cadre des SIPPE.

Cette recherche constitue un apport original au corpus de savoirs en sciences infirmières. De plus, elle fournit des pistes pour relever les défis que rencontrent les infirmières dans leur relation avec les pères, particulièrement ceux vivant en situation de vulnérabilité.

Dans le prochain chapitre, un état de connaissances relatif au concept de genre est présenté afin d'en préciser les paramètres et de formuler nos questions de recherche



**Chapitre 2**  
**Repère théorique de la recherche**

Notre problématique de recherche nous amène à considérer une perspective sensible au genre pour ce projet de recherche. Dans ce qui suit, nous présenterons une définition du genre. Puis, nous expliquerons les principales dimensions selon lesquelles le genre a été théorisé et nous soulignerons la pertinence de cette perspective pour notre étude. Nous concluons le chapitre par la formulation des questions de recherche correspondant au but énoncé.

## **Le concept de genre**

Le genre est, en soi, un concept polysémique. Dans le champ de la recherche en santé ou en sciences sociales, ce concept est souvent utilisé en substitut avec celui de « sexe » malgré la différenciation qui s'impose entre ces deux concepts. Cette distinction s'inscrit dans une perspective socioconstructiviste, où le sexe et le genre sont conçus comme étant deux concepts multidimensionnels, inter reliés, mais distincts (Connell, 1995; IRSC, 2012; Knaak, 2004). Selon cette perspective, le sexe renvoie à des dimensions biologiques et physiologiques chez l'homme ou la femme; tandis que le genre est un construit social qui renvoie à des normes sociales et aux différences socioculturelles entre les hommes et les femmes; c'est-à-dire aux identités et rôles sociaux des individus en fonction de leur sexe, lesquels constituent les dynamiques relationnelles et de pouvoirs (Johnson et Repta, 2012; IRSC, 2012).

Ainsi, le genre est produit et reproduit par des normes sociales qui sont principalement véhiculées à travers une structure sociale, notamment par des institutions telles que les médias, la religion, ou les systèmes de santé, d'éducation, politiques ou autres. Ces institutions exercent une fonction normative sur les individus qui impose, en quelque sorte, des attentes différentes à l'égard des hommes et des femmes concernant les **identités**, les **rôles** et les **relations** dans l'univers social (Johnson et Repta, 2012).

### **Les rôles liés au genre**

Les normes socioculturelles constituent les rôles de genre attribués aux hommes et aux femmes. Elles reflètent des attentes quant aux comportements à adopter, aux responsabilités, aux intérêts et aux opportunités ou restrictions qui se distinguent selon le sexe ou, plutôt, ses stéréotypes dans la société. Ainsi, les normes relatives aux « hommes » — « femmes »

catégorisent les individus, produisent leurs pratiques quotidiennes et, par conséquent, façonnent les rôles. En fonction des messages des médias ou des institutions et de la conception qu'ils ont de leur propre corps, les individus adoptent le rôle social et donc les pratiques qu'ils perçoivent comme étant appropriés (Johnson et Repta, 2012). Par ailleurs, les rôles ne sont pas nécessairement fixes. Ils se transforment, au fil du temps, avec les changements sociaux qui peuvent modifier les attentes quant aux rôles attribués aux hommes et aux femmes (Johnson et al., 2009). Par exemple, les nombreux changements sociaux observés au cours des dernières décennies, dont l'intégration des femmes au marché du travail, ont transformé de manière importante les représentations sociales des rôles familiaux des hommes et des femmes. Ces changements ont transformé le rôle paternel (Conseil de la famille et de l'enfance, 2008), ou du moins la conception de ces rôles. La division des rôles familiaux (i.e. père pourvoyeur, mère responsable des soins et de l'éducation de l'enfant) n'est plus désormais la norme. Il est attendu des pères qu'ils s'investissent pleinement dans toutes les sphères de la vie de leurs enfants (Barclay et Lupton, 1999). Le genre (re)construit donc les rôles. Dans le cadre de cette étude, une perspective sensible au genre invite ainsi à considérer une variété de dimensions du rôle paternel.

### **Les identités liées au genre**

Les identités selon le genre sont intimement liées aux représentations des rôles; et elles configurent également les relations entre les individus et avec leur environnement. Elles font référence à la façon dont chaque individu se conçoit en tant que (féminin ou masculin) par rapport aux rôles sociaux attendus et aux structures sociales instituées. Les individus négocient, pour ainsi dire, leur identité de genre relativement aux modèles de masculinité (i.e. homme fort, suppression des émotions) et de féminité (femme sensible, expression des émotions) (Johnson et Repta, 2012). Tout comme les rôles liés au genre, nos conceptions des identités de genre évoluent selon les époques ou transformations sociales. Il s'agirait donc de concevoir une pluralité de masculinités ou de féminités et des identités homme ou femme qui se construisent et se reconstruisent selon le contexte socioculturel et qui s'avèrent situées temporellement ou historiquement (Connell, 1995). Dans le cadre de notre étude, une perspective sensible au genre permet ainsi de comprendre que l'identité des pères est

fluctuante et différente selon leur contexte, *a priori*. Les pères ne sont pas tous identiques; leur identité est loin d'être monolithique.

### **La dimension relationnelle du concept de genre**

Au vu de ce qui précède, on comprendra que la dimension relationnelle est une pierre angulaire d'une perspective sensible au genre puisque, de manière générale, les individus *interagissent entre eux* en fonction de leurs représentations sociales des rôles et identités de genre, des attentes qui y sont liées, en plus du contexte espace-temps. Autrement dit, les relations interpersonnelles (re) construisent les rôles et identités de genre, ainsi que les représentations et attentes à leur égard à travers les interactions sociales (Bottorff, Oliffe, Robinson et Carey, 2011; Johnson et Repta, 2012; IRSC, 2012). En retour, le genre, tel que conçu et vécu, façonne les relations interpersonnelles (Courtenay, 2000; West et Zimmerman, 1987) puisqu'il forge les représentations, attitudes, sentiments et comportements des individus. En bref, le genre se situe et se manifeste à travers les relations interpersonnelles.

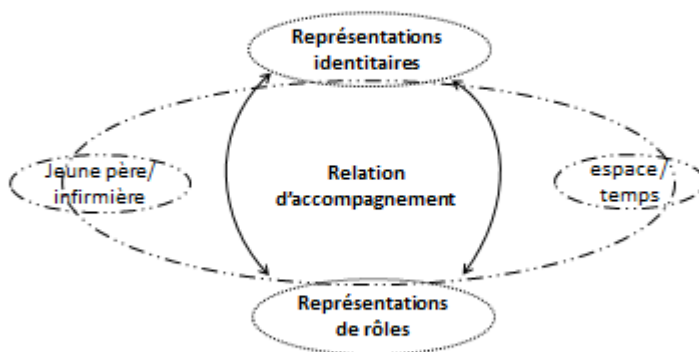
À cet égard, les chercheurs en santé sont désormais interpellés à considérer les représentations de rôles et d'identités lorsqu'ils étudient des expériences et pratiques de santé qui comportent des dynamiques relationnelles ou sociales (Greaves, 2012; IRSC, 2012; Sims, Stefanick, Kronenberg, Sachedina et Schiebinger, 2010). Ceci est d'autant plus pertinent que le genre se conjugue avec d'autres déterminants de la santé tels le statut socioéconomique ou l'âge pour (re)produire des inégalités de santé entre les hommes et les femmes (Bottorff et al., 2011; Johnson et al., 2009; IRSC, 2012). Par exemple, que ce soit à travers des dynamiques relationnelles de soutien social ou d'exclusion, les expériences ou pratiques de santé reflètent des trajectoires de soins différentes selon le genre (Courtenay, 2000; Schofield, Connell, Walker, Wood et Butland, 2010). En ce qui concerne les jeunes pères, leur âge et leurs conditions de vie matérielle et sociale sont des dimensions qui peuvent façonner leur relation d'accompagnement avec les infirmières œuvrant dans les SIPPE.

Pourtant, les recherches en sciences infirmières tardent à considérer une perspective sensible au genre, notamment lorsqu'il est question de la pratique infirmière auprès des pères ou des hommes en général (Höglund et Holmström, 2008; Taylor et Green, 2008). Considérant que la profession infirmière demeure, au 21<sup>e</sup> siècle, essentiellement identifiée au genre féminin

(Cohen, 2012) et que le personnel infirmier qui intervient dans les programmes destinés aux jeunes familles soit presque exclusivement féminin (Gendron et al., 2014a), il apparaît pertinent d'explorer la relation d'accompagnement entre ces deux groupes d'acteurs en prenant en compte une perspective sensible au genre.

### **Questions de recherche**

Dans cette recherche, nous privilégions donc une perspective sensible au genre pour décrire la relation d'accompagnement entre des infirmières et des jeunes pères au sein des SIPPE. Cette perspective nous invite à modéliser, de manière systémique, les représentations de rôle et d'identités qui configurent la relation d'accompagnement. Tel que présenté à la Figure 1, ces représentations de rôles et d'identités sont en interaction; sont liés à des acteurs de sexe différent; et évoluent en contexte. En particulier, autant les représentations de soi que de l'autre quant aux rôles et identités des deux types d'acteurs doivent être abordées pour concevoir la relation d'accompagnement infirmière-jeune père. Par ailleurs, une attention doit également être accordée aux dimensions contextuelles (espace-temps) de cette relation, ce qui inclut le contexte de vie des jeunes pères et le contexte programmatique du PSJP/SIPPE, tout en exigeant un regard temporel.



*Figure 1.* Modélisation des dimensions retenues pour l'exploration de la relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières, selon une perspective sensible au genre.

En ce qui concerne ce projet de maîtrise, ce modèle sert d'ancrage essentiel pour l'analyse et l'interprétation de nos données de recherche. Par le biais de la recherche évaluative et multiculturelle du PSJP (Gendron et al., 2014a), nous avons accès aux discours de jeunes pères au regard de leur expérience de paternité et de l'intervention d'accompagnement du PSJP de même qu'au discours des infirmières sur leur expérience d'accompagnement auprès de jeunes pères. À partir de l'analyse croisée de ces discours (cf. Chapitre 4), nous avons donc poursuivi le but de cette recherche à travers deux questions spécifiques pour aborder le corpus de données de jeunes pères et d'infirmières, respectivement :

1. Quelles sont les représentations quant à l'identité et au rôle paternel du jeune père?
2. Quelles sont les représentations quant à l'identité et au rôle professionnel de l'infirmière?

Dans ce qui suit, nous présentons un état de connaissances relatif aux jeunes pères et aux pratiques infirmières auprès d'eux et des pères en général dans les services de périnatalité/petite enfance.

**Chapitre 3**  
**Recension des écrits**

Ce chapitre dresse un portrait contemporain des connaissances empiriques portant sur les représentations de jeunes pères et d'infirmières du rôle paternel et de la nature des interactions entre les infirmières et les pères dans les services destinés aux jeunes familles.

### **Méthode de recension des écrits**

Plusieurs bases de données en sciences infirmières, en sciences sociales et en santé publique (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*(CINAHL), MEDLINE, Cochrane, ScienceDirect, PsycINFO, Social Work Abstracts, Erudit, Repère) ont été consultées entre les années 2011 et 2015 pour le repérage des écrits scientifiques. Les mots-clés suivants ont été utilisés seuls puis combinés: *Nursing practice, nursing role, nurse attitudes, community health nursing, nursing, nurses, adolescent fathers, teenage fathers, young father, fathers, fatherhood, paternal role, gender specific care*. Ce processus a permis de repérer plus de 300 articles auxquels les critères de sélection ci-après ont été appliqués, suivant la lecture du résumé:

- 1 Écrits empiriques qui documentent les réalités de vie des jeunes pères.
- 2 Écrits empiriques qui abordent les dimensions de la pratique infirmière auprès des pères.
- 3 Études empiriques qui abordent les dimensions de genre dans le contexte de la pratique infirmière en périnatalité/petite enfance
- 4 Études primaires ou secondaires publiées en français et en anglais.

Les recherches portant sur les pratiques infirmières auprès de jeunes pères étant peu nombreuses, nous avons également sélectionné les études qui permettent de rendre compte de leur expérience d'intervention auprès des pères en général. De plus, certains articles portant sur les pratiques professionnelles auprès des pères, avec une représentation importante des infirmières dans leur échantillon, ont été retenus. Par ailleurs, les écrits empiriques qui abordent la pratique infirmière auprès des pères en contexte d'hospitalisation pédiatrique, de maladies graves chez l'enfant ou en néonatalogie ont été exclus. Au terme de cet exercice, des articles supplémentaires ont été repérés suite à l'examen des listes de références des écrits



sélectionnés. Au total, une trentaine d'articles publiés entre 1992<sup>9</sup> et 2015 ont été retenus. Ces articles ont été analysés à l'aide d'une grille d'analyse qui a permis de distinguer les écrits selon deux principaux thèmes : les recherches portant sur les jeunes pères et les recherches portant sur les pratiques professionnelles auprès des pères.

### **La recherche auprès des jeunes pères**

Les écrits empiriques portant sur les jeunes pères discutent surtout de leur trajectoire de vie, à savoir, les conditions de vie associées à une trajectoire de paternité précoce et qui, par conséquent, peuvent être des obstacles à l'exercice de leur rôle paternel. D'autres écrits tracent un portrait de la paternité chez les jeunes hommes. Enfin, quelques recherches font état de la perception des jeunes pères au regard des professionnels de la santé qu'ils côtoient dans l'offre de services destinés à leur famille. Ces dernières seront présentées sous la section intitulée les pratiques professionnelles auprès des pères.

### **La trajectoire de vie des jeunes pères**

En 2004, Bunting et McAuley ont publié une revue exhaustive d'écrits américains et britanniques comportant des études quantitatives et qualitatives sur les jeunes pères vivant une situation de parentalité précoce. Cette recension d'écrits s'est avérée une contribution importante aux connaissances disponibles sur les jeunes pères puisqu'elle couvre plusieurs thématiques. Bien que les auteurs n'aient pas explicité leur stratégie documentaire, la description des études retenues pour cette revue systématique permet néanmoins d'évaluer la qualité scientifique. En particulier, on y retrouve d'autres recensions systématiques d'écrits et des études primaires à large échelle comportant plus de 17 000 participants (Bunting et McAuley, 2004). Les résultats de cette recension d'écrits permettent de dresser un portrait global des jeunes pères, incluant leur parcours de vie avant la paternité.

---

<sup>9</sup>Les années 1990 marquent l'émergence des écrits sur la paternité (Dubeau et al., 2009). Dans le domaine des sciences infirmières, seulement deux études portant sur leur pratique auprès des pères ont été répertoriées avant l'an 2000.

Les études ayant examiné les situations socioéconomiques et familiales des jeunes pères durant leur propre enfance et adolescence suggèrent que ces hommes sont généralement issus de familles monoparentales et socioéconomiquement défavorisées. Le faible niveau de scolarité et de revenu de leurs parents est associé au fait d'habiter dans des voisinages connus pour des problématiques de délinquance. Ces conditions de vie seraient associées à des difficultés psychosociales, relationnelles et émotionnelles (Bunting et McAuley, 2004).

Plus récemment, plusieurs chercheurs se sont intéressés aux jeunes pères afin d'examiner les facteurs de risque associés à la transmission intergénérationnelle de la paternité précoce (Lehti et al., 2012; Sipsma, Biello, Cole-Lewis et Kershaw, 2010). Ces études rendent compte des conditions de vie dans lesquelles ces hommes ont vécu leur enfance et leur adolescence, ce qui permet de compléter les résultats rapportés par Bunting et McAuley (2004).

Dans une étude longitudinale auprès de 2 946 garçons nés en 1981, Lehti et al. (2012) ont examiné des facteurs psychosociaux dans l'enfance et à l'adolescence pour déterminer dans quelle mesure ces facteurs sont associés à la paternité chez les hommes âgés de moins de 22 ans. À partir de l'âge de 8 ans, des données relatives aux antécédents familiaux, à la performance scolaire et à des symptômes dépressifs ont été colligées auprès des jeunes, leurs parents et leurs professeurs. Des informations en matière d'infractions pénales commises entre l'âge de 16 et 20 ans ont également été recueillies à partir de registres de la police pour documenter les comportements antisociaux. Parmi les participants, 143 garçons sont devenus pères avant l'âge de 22 ans, soit 5,3 % de l'échantillon. Les analyses de régression logistique suggèrent que le jeune âge et un faible niveau de scolarité des parents (absence de diplôme d'études secondaires), ainsi que les problèmes de comportements chez ces garçons, étaient significativement associés à la parentalité précoce indépendamment des problèmes antisociaux à l'adolescence. Sipsma et al. (2010) en sont arrivés à une conclusion similaire lors d'une étude longitudinale réalisée auprès de 1496 jeunes nés au début des années 1980 et vivant aux États-Unis. Selon ces auteurs, les fils nés de jeunes parents sont à risque de reproduire le cycle de transmission intergénérationnelle de la paternité précoce; ils seraient trois fois plus susceptibles que leurs pairs nés de parents plus âgés de devenir eux-mêmes pères avant l'âge de 20 ans.

Les études mettent également en évidence la vulnérabilité sociale des parents des jeunes hommes et tendent à situer les jeunes parents et leurs enfants dans une trajectoire intergénérationnelle de défavorisation sociale et matérielle (Sigle-Rushton, 2005).

Une étude longitudinale provenant d'une cohorte de 16 000 hommes nés en Grande-Bretagne en avril 1970, dont 344 d'entre eux sont devenus pères avant l'âge de 22 ans, suggère que le jeune âge des parents aurait des conséquences à long terme sur le parcours de vie des pères, principalement ceux qui étaient dans un cheminement scolaire au moment de la grossesse précoce. Le bien-être des jeunes pères était comparé à d'autres hommes du même âge, provenant de milieux similaires qu'eux et ayant un antécédent d'enfance similaire, à l'aide d'entretiens et de questionnaires auto-administrés complétés auprès des participants ou leurs mères selon la phase de la collecte des données (âge de 5, 10, 16 et 30 ans). Les résultats indiquent que plusieurs jeunes pères délaissent leurs études pour occuper un emploi leur permettant de répondre à leurs nouvelles responsabilités parentales, ce qui réduirait leurs chances d'accéder à une carrière professionnelle ainsi qu'à un revenu satisfaisant (Sigle-Rushton, 2005). De plus, compte tenu de leur faible niveau de scolarité, les opportunités d'obtenir un emploi stable sont plus minces comparativement aux jeunes de leur âge n'étant pas parents. Ainsi, leurs enfants se retrouvent à grandir, bien souvent, dans des conditions socioéconomiques et familiales précaires, ce qui pourrait créer un potentiel de parcours de vie difficile marqué par des comportements qualifiés 'à risque' pour leur santé et leur bien-être (Bunting et McAuley, 2004; Sigle-Rushton, 2005; Sipsma et al., 2010). Ces facteurs de risques individuels et environnementaux se conjuguent dans une trajectoire de vie porteuse d'exclusion sociale, ceci d'autant plus que leurs conjointes ou la mère de leurs enfants vivent généralement dans des conditions de vulnérabilité similaires.

Fait à souligner, la plupart des recherches publiées sur la paternité chez les jeunes hommes, tant au niveau international qu'au Québec, font état de leurs conditions de vie durant l'enfance et l'adolescence. En complémentarité aux études rapportées ci-haut, les résultats rapportés par les études suivantes s'appuient exclusivement sur les propos des jeunes pères (Glikman, 2004; Devault, Milcent, Ouellet, Laurin et Lacharité, 2008; Lemay, 2010; Negura et Deslauriers, 2010; Ouellet et al., 2006; Wilkes et al., 2011).

L'étude longitudinale à devis qualitatif de Glikman (2004) est particulièrement riche puisqu'elle fait état des perceptions de jeunes pères au sujet du quartier dans lequel ils ont vécu et leurs situations familiales. Cette étude américaine qui avait pour but de décrire les contextes et expériences de vie de 25 jeunes pères âgés de 19 à 27 ans rapporte que ces derniers ont grandi dans un quartier qui ne leur procurait pas un sentiment de sécurité. Ces pères sont demeurés marqués par ce type d'environnement de vie qui, selon eux, a contribué aux multiples problématiques qu'ils ont pu vivre (problèmes d'apprentissage, de décrochage scolaire, de comportements délinquants ou de relations familiales conflictuelles). Leur perception négative de cet environnement de vie les amène à réfléchir au milieu de vie qu'ils désirent offrir à leur enfant afin de leur assurer une meilleure qualité de vie. Ainsi, lorsqu'ils sont devenus pères, la majorité de ces jeunes hommes envisageaient déménager dans un quartier plus calme (Glikman, 2004). Au moment du deuxième entretien de la recherche, soit un après la naissance de leur enfant, plusieurs jeunes pères avaient réalisé ce projet de vie.

Autrement, les jeunes pères de l'étude de Glikman (2004) rapportent avoir été élevés par leur mère et plusieurs n'ont jamais vécu avec leur père ou ne l'ont jamais connu. Ils racontent qu'ils sont encore affectés par l'absence de leur père ou des rapports conflictuels qu'ils ont eus avec ce dernier lorsqu'il était présent. En fait, plus que leurs pairs, les hommes qui deviennent pères à un âge précoce ont, pour la plupart, été élevés par un seul parent ou ont vécu le divorce de leurs parents, généralement avant l'âge de 14 ans (Bunting et McAuley, 2004; Devault et al., 2008; Glikman, 2004). L'étude de Devault et al. (2008) qui comporte des récits de vie de 17 jeunes pères québécois en situation d'exclusion socioprofessionnelle, se démarque en ce qu'elle rapporte la qualité positive des rapports que ces jeunes pères ont eus avec leur mère. Ils semblent ainsi valoriser leur relation avec leur mère, la qualifiant de stable comparativement à leur expérience difficile ou compliquée avec leur père (Devault et al., 2008).

Somme toute, les études mettent en lumière des déterminants sociaux et familiaux qui, bien avant l'annonce d'une grossesse précoce, semble associés aux difficultés psychosociales et relationnelles que vivent les jeunes pères et qui les marquent une trajectoire de vulnérabilité sociale dans leur parcours de vie. Ainsi, leurs expériences antérieures peuvent affecter le développement de leur identité paternelle, à savoir, le « type de père » qu'ils désirent être pour

leur enfant. De plus, elles exercent une influence sur leur trajectoire de vie socioprofessionnelle et leurs rapports interpersonnels, principalement avec la mère de leur enfant (Bunting et McAuley, 2004; Devault et al., 2008; Glikman, 2004).

### **Portrait de la paternité chez les jeunes pères**

Les écrits empiriques qui ont examiné la paternité chez les jeunes pères traitent principalement du processus de transition à la paternité et de leur expérience en période postnatale.

#### *Le processus de transition à la paternité chez les jeunes pères*

Les écrits suggèrent que le parcours de vie des jeunes pères contribue à la construction de leur identité paternelle. Étant marqués par leurs situations de vie sociale et familiale durant l'enfance et l'adolescence notamment l'absence ou la nature difficile de leurs relations avec leur père, ils désirent être un modèle de père positif pour leur enfant en s'impliquant financièrement, physiquement et émotionnellement auprès d'eux (Deslauriers, 2010; Devault et al., 2008; Lemay, 2010; Quéniart, 2002). Ils espèrent leur offrir un meilleur modèle de père, un modèle différent de ce qu'ils ont connu (Dallas, 2000; Wilkes et al., 2011).

Pour plusieurs jeunes pères rencontrés dans l'étude de Devault et al. (2008), leur mère semble correspondre au modèle de rôle qu'ils désirent devenir pour leur enfant, considérant sa qualité affective et sa présence généralement stable dans la vie des enfants. Le thème récurrent qui définit leur représentation de ce qu'est un « bon père » est « *beingthere* » ou être disponible dans toutes les sphères de la vie de l'enfant (Deslauriers, 2010; Lemay et al., 2010; Negura et Deslauriers, 2010; Quéniart, 2002; Wilkes et al., 2011). Ces pères perçoivent que leurs enfants ont besoin d'eux, surtout de leur présence et cela tout au long de leur vie. Par conséquent, bien que l'arrivée de l'enfant soit souvent non planifiée et qu'ils ont vécu un amalgame d'émotions variant du choc à la déception à l'annonce de la grossesse, une fois la poursuite de celle-ci confirmée, ils ressentent généralement un sentiment de responsabilité paternelle et veulent être présents dans la vie de leur enfant (Deslauriers, 2010; Lemay et al., 2010; Negura et Deslauriers, 2010; Wilkes et al., 2011).

Ainsi, la recherche suggère que la confirmation de la grossesse est un moment décisif pour la majorité des jeunes pères; leur désir d'être un bon père pour leur enfant constitue un catalyseur de changements à différents niveaux (Deslauriers, 2010; Lemay et al., 2010; Negura et Deslauriers, 2010; Quéniart, 2002; Wilkes et al, 2011). Il n'en demeure pas moins que ce moment décisif pousse la plupart d'entre eux à faire face prématurément à leurs obligations paternelles alors qu'ils sont déjà dans une période de transformations psychologiques et relationnelles inhérente au processus de transition à la vie adulte (Quéniart, 2002; Saleh et Hilton, 2011). Malgré le fait que ces futurs pères possèdent peu de temps pour se préparer à leur nouvelle réalité, bon nombre d'entre eux veulent améliorer leur vie avant la naissance de l'enfant, en faisant des progrès sur le plan professionnel et comportemental. L'étude de Lemay et al. (2010) est particulièrement révélatrice à cet égard. Cette étude qualitative à devis phénoménologique descriptif qui avait pour but d'explorer les croyances, attitudes et besoins de 30 futurs pères ou jeunes pères américains à l'égard de la paternité, décrit la motivation des pères à modifier le cours de leur vie.

L'intégration socioprofessionnelle est un changement de vie abordé par plusieurs recherches. Une étude qualitative longitudinale réalisée auprès de 30 futurs pères québécois, âgés de moins de vingt-cinq ans et dont la famille était accompagnée par les SIPPE, apporte un éclairage sur le processus d'intégration socioprofessionnelle des jeunes pères (Negura et Deslauriers, 2010). Ces auteurs rapportent qu'en apprenant qu'ils allaient devenir pères, la plupart ont clairement démontré leur désir de réorganiser leur vie en faisant des efforts considérables pour améliorer leur situation socioprofessionnelle. La majorité d'entre eux ont soit (ré) intégré le marché du travail, maintenu leur emploi ou obtenu un poste mieux rémunéré. Outre l'intégration sur le marché du travail, plusieurs jeunes pères optent pour un retour aux études ou expriment leur désir de poursuivre leur cheminement académique afin d'assurer une meilleure stabilité financière à leur famille (Glikman, 2004; Lemay et al, 2010).

En plus du processus de réintégration socioprofessionnelle, l'ensemble des études citées plus haut suggère que la grossesse constitue, pour la plupart des jeunes pères, une opportunité de se prendre en main pour offrir un avenir plus prometteur à leur enfant et à leur famille. Leur sentiment de responsabilité envers l'enfant semble modifier leur perception de soi et les amène à examiner leurs comportements ou styles de vie (Quéniart, 2002). Certaines

habitudes qui étaient encore acceptables, comme la consommation d'alcool par exemple, sont maintenant perçues non sécuritaires, voire dangereuses pour eux et pour le milieu de vie de l'enfant (Quéniart, 2002; Wilkes et al., 2011). Une étude de type théorisation ancrée qui avait pour but d'explorer la place et le sens de la paternité dans le projet de vie des jeunes pères rapporte que ceux-ci semblaient devenir « plus sages » et « plus prudents » puisqu'ils considéraient que leur enfant avait besoin d'eux pour leur bon développement (Quéniart, 2002). Ces jeunes pères âgés entre 18 et 24 ans, d'origines multiethniques variées et provenant de différents milieux socioéconomiques, ont apporté des changements signifiants dans leurs modes de vie afin d'assurer leur présence dans la vie de leurs enfants.

Les participants de l'étude qualitative de Wilkes et al. (2011), âgés de 16 à 22 ans et issus de divers milieux socioéconomiques dans une ville américaine, ont tenu un discours similaire aux participants des études québécoises en ce qui a trait à leur changement de style de vie (Quéniart, 2002; Deslauriers, 2010). La paternité est donc associée à des changements de styles de vie chez les jeunes pères. Deslauriers résume bien ces changements :

L'aspect qui témoigne le plus de cette phase de la préparation des jeunes pères est le changement dans leur mode de vie, parfois directement lié à la grossesse : il leur faut être plus ordonnés, avoir un environnement de vie propre, limiter les sorties, la consommation de tabac, de drogue et d'alcool, porter plus d'attention à l'alimentation (2010 : 82).

En préparation de l'arrivée de leur enfant, les jeunes pères procèdent également à une évaluation de leurs relations interpersonnelles (Deslauriers, 2010; Devault et al., 2008; Glikman, 2004). Ils expriment le désir de travailler sur leurs relations avec leurs proches, plus particulièrement avec leur partenaire. Leur relation amoureuse étant souvent récente au moment de l'annonce de la grossesse, certains jeunes pères sont préoccupés par les risques de rupture (Deslauriers, 2010). D'autre part, conscients de leurs propres difficultés relationnelles (Bunting et McAuley, 2004) pouvant affecter la communication dans leur couple, ces derniers démontrent une volonté ferme à maintenir une relation harmonieuse avec leur partenaire (Deslauriers, 2010). Cette volonté semble être plus forte pour ceux qui n'ont jamais connu leur père (Glikam, 2004) puisqu'ils craignent les conséquences possibles d'une éventuelle rupture sur leur accessibilité à l'enfant. Désirant jouer un rôle actif auprès de lui et éviter qu'il subisse, comme eux, des blessures relatives à l'absence d'une figure paternelle, ou à une paternité

déficiente, les jeunes pères accordent une grande importance à leur relation avec leur conjointe. Il s'agit d'un thème récurrent dans de nombreuses études recensées (Deslauriers, 2010; Devault et al., 2008; Glikman, 2004; Ouellet et al., 2006; Wilkes et al., 2011). À cet égard, Deslauriers (2010) rapporte qu'ils sont sensibles aux besoins de celle-ci et se préoccupent de sa santé ainsi que de son bien-être particulièrement à l'approche de l'accouchement. La qualité de leur relation avec leur conjointe étant importante à leurs yeux, plusieurs élaborent des projets de vie communs avec celle-ci (Deslauriers, 2010; Quéniart, 2002).

Toutefois, de nombreux écrits permettent de constater que la volonté des jeunes pères n'est pas suffisante pour maintenir leur relation avec la jeune mère (Bunting et McAuley, 2004; Devault et al., 2008; Ngu et Florsheim, 2011). Les difficultés d'ordre familial, social et psychologique vécues durant l'enfance et l'adolescence, leur niveau de maturité psychologique et émotionnelle, les exigences reliées à la transition à la parentalité, ainsi que la qualité du soutien social, semblent créer des défis importants au maintien ou à la construction de liens de qualité ou durables avec leur conjointe (Bunting et McAuley, 2004; Devault et al., 2008; Glikman, 2004; Ngu et Florsheim, 2011; Quéniart, 2002). À cela s'ajoute une perception différentielle quant aux attentes des jeunes parents au regard de l'implication paternelle, notamment en ce qui a trait aux attentes de la jeune mère au regard des connaissances du jeune père et des méthodes de discipline appropriées à l'âge de l'enfant (Dallas, 2000) ou la participation à la prise de décision concernant l'enfant (Bunting et McAuley, 2004; Deslauriers, 2010). On constate, principalement dans les études à devis longitudinal, que la plupart des couples sont séparés au moment du deuxième temps de collecte de données, soit un peu plus d'un an après la naissance du bébé (Devault et al., 2008; Glikman, 2004; Ngu et Florsheim, 2011). Ngu et Florsheim (2011) ont rapporté qu'un tiers de leur échantillon de jeunes pères (N=20), n'était plus en relation conjugale avec la mère de leur enfant deux ans après la naissance du bébé.

Néanmoins, ces auteurs suggèrent que la paternité contribue au développement des compétences relationnelles des jeunes pères puisqu'ils témoignent, en général, de bonnes relations parentales avec la mère de leur enfant et qu'ils continuent à s'investir dans leur rôle paternel. Ces résultats soulignent, en quelque sorte, l'importance que les jeunes pères



accordent à leur responsabilité parentale. Contrairement à des études qui suggèrent que leur niveau d'engagement paternel est fortement associé à leur relation amoureuse avec la jeune mère (Lewin et al., 2011), on constate qu'ils continuent à s'investir dans leur rôle parental même après la rupture de leur relation conjugale (Ngu et Florsheim, 2011). D'ailleurs, Devault et al. (2008) rapportent que plusieurs jeunes pères qui étaient séparés de la mère de leur enfant continuaient à avoir une opinion positive de cette dernière, la percevant comme une bonne mère, une personne de confiance, notamment lorsque celle-ci manifestait leur volonté/motivation à maintenir le contact du père avec son enfant.

La paternité contribue également au désir des jeunes pères à entretenir de bons rapports avec leur famille et leur belle-famille. Néanmoins, plusieurs éprouvent des difficultés relationnelles avec leur belle-mère qui les perçoivent souvent comme des personnes immatures et irresponsables (Bunting et McAuley, 2004; Deslauriers, 2010; Lewin et al., 2011). Certaines études suggèrent que les perceptions et attentes de celles-ci au regard du rôle paternel et de la relation conjugale sont responsables de la plupart des conflits (Bunting et McAuley, 2004).

En somme, l'ensemble des écrits présentés suggère que le processus de transition à la paternité constitue une source de changements importants dans la vie des jeunes pères, et que leur espace relationnel revêt une signification marquante.

### *Expérience de la paternité chez les jeunes pères*

La naissance de l'enfant confère aux jeunes pères plus qu'une identité. Ceux qui ont participé à l'étude de Glikman (2004) affirment que la paternité augmente leur sentiment d'estime de soi et leur procure un sentiment de bien-être émotionnel. Ces pères rapportent un sentiment d'accomplissement après la naissance de leur enfant puisqu'ils peuvent maintenant s'identifier à ce dernier. Cronik (2007) rapporte l'expérience de huit jeunes pères, âgés de 18 à 21 ans, selon des termes similaires. Ces jeunes racontent que cette nouvelle expérience leur procure le sentiment que leur vie antérieure n'existe plus et qu'ils sont désormais une « nouvelle personne »; ils se sentent enfin liés à une personne chère. Ainsi, à travers les études recensées, on constate que les jeunes pères ressentent en général beaucoup de fierté vis-à-vis leur nouveau rôle (Cronik, 2007; Deslauriers, 2010; Devault et al., 2008).

Ces sentiments se traduisent, entre autres, par leur intérêt à s'investir dans la vie de leurs enfants. La plupart des jeunes pères se préoccupent de tous les aspects de la vie de leurs enfants, soit leur santé, leur personnalité, leur bien-être et leur avenir (Deslauriers, 2010). Par ailleurs, ils doutent beaucoup de leurs habiletés parentales (Dallas, 2000) et expriment un manque de préparation à faire face à leur nouveau rôle parental (Deslauriers, 2010; Wilkes et al., 2010), tout en reconnaissant que leur trajectoire et conditions de vie exercent une influence sur leurs capacités (Quéniart, 2002; Saleh et Hilton, 2011). Il y aurait donc de multiples opportunités d'intervention infirmière auprès de ces pères; ils ont besoin d'être soutenus dans l'exercice de leur rôle paternel, au cours de leur transition à la parentalité (Ferguson et Gates, 2015).

### **La recherche sur les pratiques professionnelles auprès des pères**

Considérant la rareté des écrits empiriques qui explorent l'expérience de jeunes pères et d'infirmières dans les programmes ou services destinés aux jeunes parents, les études permettant de documenter des dimensions de la pratique infirmière auprès de pères dans le cadre de services de périnatalité ou de la petite enfance ont été retenues.

#### **Point de vue de jeunes pères au regard des pratiques professionnelles**

Considérant qu'une seule étude a été repérée quant à l'expérience de jeunes pères de la pratique infirmière dans le cadre d'un programme similaire au PSJP (Ferguson et Gate, 2015), deux autres études permettant de documenter leurs perceptions des pratiques professionnelles à leur égard dans des services de santé en périnatalité ou en petite enfance de la santé, ont été retenues (Dallas, 2009; Ross et al., 2012). Ces études sont présentées en détail considérant leur intérêt pour notre recherche.

Dallas (2009) rend compte des perceptions de jeunes pères et de leurs familles de la qualité de leurs interactions avec des professionnels en milieu institutionnel. Il s'agit d'une analyse secondaire de données qualitatives provenant d'une étude américaine à large échelle qui examinait l'évolution du rôle paternel chez les jeunes pères afro-américains célibataires. Des entretiens semi-dirigés ont été colligés auprès de 25 jeunes pères âgés de 14 à 19 ans, 25 jeunes mères et 61 grands-parents maternels et paternels, au cours de la période prénatale et en

post-partum immédiat. Une analyse de contenu a permis de qualifier les interactions entre les jeunes pères et les professionnels de la santé de positives, neutres ou distantes. Les participants considèrent que les professionnels de la santé (discipline non précisée dans l'article) entretenaient, la plupart du temps, des interactions « positives » avec les jeunes pères lorsqu'ils leur partageaient de l'information sur la grossesse et le développement de l'enfant, offraient du soutien émotionnel et matériel, et les accompagnaient dans leurs démarches vers l'employabilité. Par ailleurs, lorsque l'attention des professionnels était dirigée exclusivement vers la mère et l'enfant, ou lorsqu'il y avait un manque de reconnaissance des habiletés parentales, des pères qui se sentaient mis à l'écart, ces interactions étaient qualifiées de « neutres ». Les interactions qualifiées de « distantes » s'expriment par un sentiment de dénigrement du jeune père dans son rôle parental; elles sont les moins rapportées par les participants (Dallas, 2009).

Une équipe anglaise a exploré suivant un devis qualitatif longitudinal, les perceptions de 32 jeunes pères écossais ou britanniques, caucasiens, âgés de 25 ans et moins et leurs partenaires (N=30, 16 à 19 ans) au regard des services de santé et de maternité (Ross et al., 2012). L'analyse thématique des entretiens complétés auprès de ces parents au cours du troisième trimestre de grossesse (N=62 parents) et approximativement à l'âge de 18 mois de l'enfant (N=50 parents), rapportent tant les expériences des couples que des jeunes parents considérés individuellement au regard des interactions professionnelles à leur endroit et la manière dont ils se perçoivent aux yeux de ces professionnels.

La plupart des couples rencontrés durant la grossesse ont rapporté qu'ils étaient conscients des préjugés des professionnels à leur endroit. Par conséquent, ils étaient sensibles et attentifs aux comportements et attitudes de ces derniers lors des rendez-vous prénataux. De leur point de vue, ils étaient traités différemment par les intervenants à cause de leur âge (Ross et al., 2012). En ce qui concerne les jeunes pères, ces derniers avaient l'impression d'avoir vécu plus d'interactions négatives avec les professionnels de la santé comparativement à leur partenaire. Ils ont rapporté se sentir marginalisés et ignorés lors des rencontres prénatales. Ces sentiments ont eu un effet dissuasif sur certains jeunes pères qui ont fait le choix de ne plus participer à ces suivis durant la grossesse. Toutefois, d'autres semblent accepter ces attitudes comme étant normales puisque le suivi était dédié à leur partenaire, car c'est elle qui porte

l'enfant (Ross et al., 2012). Les jeunes pères interrogés ont également suggéré plusieurs moyens pour faciliter leur intégration dans l'offre de services. Ils encouragent une attitude de reconnaissance de leur présence par les professionnels de la santé et ont signalé leur besoin d'informations adaptées aux pères. Enfin, il est intéressant de noter que les auteurs ont conclu que les jeunes pères se sentent marginalisés ou gênés dans leurs interactions avec les professionnels de la santé, principalement à cause de leur âge et leur genre (Ross et al., 2012). Cependant, aucune perspective théorique sensible au genre n'a été invoquée dans l'élaboration de cette recherche ou pour l'interprétation des données.

Récemment, l'étude de Ferguson et Gates (2015) a permis de documenter l'expérience de jeunes pères au regard de l'intervention d'accompagnement offert par des infirmières dans le cadre du *Family Nurse Partnership programme*, un programme déployé en Angleterre et destiné aux jeunes mères primipares. Il s'agit d'un programme de soutien intensif similaire au PSJP qui offre un accompagnement aux jeunes parents dès la période prénatale jusqu'à l'âge de deux ans de l'enfant. Les infirmières (N=8) adoptent une vision holistique de l'accompagnement et, par conséquent, privilégient une approche sociale et thérapeutique plutôt que médicale ou clinique. Chaque infirmière a un maximum de 25 familles dans sa charge de cas et ses interventions ont principalement lieu au domicile des parents hebdomadairement ou à toutes les deux semaines. Les infirmières ont accès à une supervision clinique hebdomadaire, animée par l'infirmière-assistante, afin de les soutenir dans leur pratique auprès de cette population vivant en situation de vulnérabilité (Ferguson et Gates, 2015 : 97).

Le processus de collecte de données de cette étude à devis mixte s'est déroulé comme suit : les chercheurs ont d'abord procédé à l'évaluation des charges de cas des infirmières pour se renseigner sur les familles qu'elles accompagnaient. Puis, ces intervenantes ont été interviewées à deux reprises au regard de leur expérience d'intervention auprès de 144 jeunes pères. De ce nombre, 30 ont été exclus de la recherche pour des raisons de sécurité ou parce qu'ils étaient introuvables. Un questionnaire auto-administré (comportant 80 questions) a été envoyé à 114 jeunes pères afin de documenter leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs connaissances des soins de l'enfant ainsi que leur perception de leur relation avec les infirmières et du programme : 54 enveloppes scellées ont été retournées par l'entremise des

infirmières, ce qui représente un taux de réponse de 47 %. Pour le volet qualitatif, 24 pères ont accepté de participer à un entretien semi-dirigé d'une durée variant de 60 à 90 minutes. Ces pères ont été recommandés par les infirmières selon qu'ils étaient peu engagés ou très engagés dans le programme.

Les jeunes pères ayant participé à l'étude étaient âgés de 17 à 34 ans (58 % d'entre eux avaient moins de 21 ans) et la mère de leurs enfants avait entre 16 et 21 ans. Leurs enfants étaient tous âgés de moins de 15 mois (Ferguson et Gates, 2015). Les résultats de l'étude portent sur la vulnérabilité sociale des pères; leur expérience de parentalité et leur perception du programme. Les résultats concernant leur parcours de vie avant la naissance du bébé et les transformations que procure l'arrivée de l'enfant dans leur vie sont similaires à ceux des études présentées ci-haut. Toutefois, les résultats au regard de leur perception de l'intervention infirmière à leur endroit constituent des ajouts à la littérature recensée jusqu'à présent. En particulier, les jeunes pères rapportent que l'accompagnement offert par l'infirmière a un impact important sur le développement de leur sentiment de compétence paternelle puisque les informations fournies ont contribué à réduire leur anxiété au regard des soins et besoins du nourrisson. De plus, l'infirmière est appréciée pour sa disponibilité et son écoute; certains jeunes pères la considèrent d'ailleurs comme un guide dans divers domaines. Aussi, les infirmières leur ont fourni des conseils pour soutenir leur relation de couple et les ont accompagnés dans leurs démarches de recherche d'emploi. Enfin, bien que le point de vue des infirmières soit absent dans les résultats de cette étude, les auteurs concluent que ces professionnelles ont eu de la difficulté à se concentrer sur les besoins des pères lors des interventions où la dyade mère-bébé était présente ou dans des familles où l'on perçoit une plus grande vulnérabilité chez la mère.

### **Point de vue des pères au sujet des pratiques professionnelles à leur endroit**

Les études ayant documenté l'expérience de pères des services de maternité ou de la petite enfance concernent davantage leur point de vue de leurs interactions avec les professionnelles de la santé qu'ils côtoient — incluant les infirmières — et les pratiques de ces professionnelles à leur endroit (Steen et al., 2011). Les études ciblant spécifiquement les infirmières sont plutôt rares (Fägerskiöld, 2006).

Une étude suédoise conduite par Fägerskiöld (2006) qui avait pour but de décrire les perceptions des pères au sujet de leurs interactions avec des infirmières ayant soin de leur nourrisson est particulière puisqu'elle précise le type de relation que les pères souhaiteraient établir avec les infirmières. Cette étude qualitative de théorisation ancrée indique que la plupart des participants (N=20) expriment le désir de plus d'interactions et d'une relation de confiance avec les infirmières. Ce désir semble être plus fort chez les pères qui ressentent ne pas être en mesure d'aborder des sujets relatifs aux soins de l'enfant avec leurs amis ou collègues de travail. En somme, bien que certains pères de cette étude se sentent mis à l'écart par les infirmières ou non soutenus dans l'exercice de leur rôle paternel, la majorité a rapporté une perception positive de leurs interactions avec ces professionnelles.

Une revue exhaustive des études qualitatives publiées entre janvier 1999 et janvier 2010 ayant pour but d'explorer la participation des pères dans les services de maternité des pays connus pour leur excellence en matière de ressources dans ce domaine, de la période prénatale jusqu'à l'âge de six mois de vie de l'enfant, est incontournable pour connaître l'expérience des pères au sujet des pratiques professionnelles à leur endroit (Steen et al., 2011). L'analyse métaethnographique des 23 études retenues par les chercheurs met en lumière le sentiment d'exclusion des pères au sein de ces services. Bien qu'ils se perçoivent comme étant un parent d'égale valeur à la mère, les pères ressentent généralement qu'ils sont traités différemment. Ils se retrouvent souvent dans un espace indéfini physiquement et émotionnellement puisque les professionnels de la santé ne tendent pas à les considérer ni comme client ni comme visiteur (Steen et al., 2011) [traduction libre].

### **Perceptions des infirmières de leur pratique auprès des pères**

Les écrits empiriques qui nous éclairent au sujet des perceptions d'infirmières de leur pratique auprès des pères proviennent majoritairement des pays scandinaves (Alahegen et al., 2011; Chalmers, 1992; Höglund et Holmström, 2008; Kaila-Behm et Vehviläinen-Julkunen, 2000; Massoudi et al., 2011). À cela s'ajoutent deux études québécoises menées en cours d'études universitaires de deuxième cycle dans les domaines de la psychologie (Ménard, 1999) et des sciences infirmières (St-Arneault, 2013) auprès d'infirmières œuvrant dans des services destinés aux familles vivant en situation de vulnérabilité sociale.

Ces études abordent surtout la perception infirmière du rôle paternel ou de leur pratique professionnelle auprès d'eux. Les études repérées avant 2001 tendent à rapporter une perception plus au moins favorable de la part des professionnels qui interviennent auprès de jeunes familles quant aux bienfaits de l'implication paternelle (Chalmers, 1992; Kaila-Behm et Vehviläinen-Julkunen, 2000; Ménard, 1999). Toutefois, des études plus récentes suggèrent que les infirmières croient fortement que le père est un acteur important au sein de la famille et elles reconnaissent qu'ils doivent être soutenus dans l'exercice de leur rôle (Alehagen et al., 2011; Massoudi et al., 2010; St-Arneault, 2013). Plusieurs chercheurs concluent que ces changements de conception seraient façonnés, entre autres, par les normes de la société contemporaine au regard de la valorisation de la paternité (Alehagen et al., 2011; Höglund et Holmström, 2008; Massoudi et al., 2010). Toutefois, ces conclusions sont rarement fondées sur des recherches conçues ou analysées selon une perspective sensible au genre (Höglund et Holmström, 2008).

Dans l'ensemble, les études mettent en évidence une conception différenciée des professionnels de la santé au regard des compétences parentales des pères comparativement aux mères. Par exemple, dans une étude randomisée réalisée auprès de 499 infirmières dont 76 % œuvraient dans des services de première ligne, Massoudi et al. (2010) rapportent qu'environ 50 % de ces professionnelles croient que les pères sont moins compétents que les mères pour s'occuper de leurs enfants. Les infirmières âgées de 50 ans et plus sont davantage convaincues de cette différence de compétence parentale selon le genre (Massoudi et al., 2010). Les comportements de certains pères semblent contribuer à ces conceptions, comme lorsqu'ils se présentent à la clinique avec des instructions de la mère concernant les soins de l'enfant (Alehagen et al., 2011). Les infirmières suédoises (N=9) œuvrant en santé communautaire ayant participé à l'étude phénoménologique d'Alehagen et al. (2011) percevaient ce comportement comme un signe de manque de confiance des pères ou d'un manque de connaissance de leur rôle paternel. Plusieurs croyaient alors qu'elles devaient les aider à mieux connaître leur rôle ou à consolider leur identité paternelle (Alehagen, 2011). Ces résultats suggèrent la pertinence de se pencher sur les représentations des infirmières de l'identité paternelle selon une perspective sensible au genre notamment pour mieux comprendre leur relation d'accompagnement avec les pères.

En ce qui a trait aux résultats de recherche portant sur la perception des infirmières de leur rôle auprès des pères, plusieurs croient qu'il est de leur responsabilité d'adopter une attitude d'ouverture qui favorise la participation des pères dans les services de santé (Alehagen et al., 2011; Massoudi et al., 2010). Selon ces chercheurs, les infirmières semblent être nombreuses à croire qu'elles doivent porter une attention particulière aux besoins des pères et à leur mieux-être en portant aussi nos regards vers eux lors des conversations avec les deux parents ou en étant ouvertes à leurs insécurités face aux soins de l'enfant, par exemple. Toutefois, leurs conceptions à l'égard de certaines normes sociales auraient un impact sur la qualité de leur intervention auprès de ces pères. Par exemple, 90 % des participantes de l'étude de Massoudi et al. (2010) n'ont jamais considéré qu'un père puisse être en détresse psychologique. De ce fait, cette dimension ne faisait pas partie de leur évaluation au cours de la période périnatale. Or, plusieurs études rapportent de la détresse émotionnelle chez les pères au cours de leur transition à la paternité voire même un potentiel de dépression post-partum (Barlett, 2004; Quinlivan et Condon, 2005). Ainsi, il apparaît que l'intervention infirmière auprès des pères vise essentiellement le renforcement de leurs habiletés à prendre soin de leurs enfants (Alehagen et al., 2011; Massoudi et al., 2010). Massoudi et al. (2010) ont d'ailleurs conclu leur article en questionnant les impacts des conceptions liées aux identités de genre sur la qualité de la pratique infirmière auprès des pères.

À cet égard, l'étude réalisée par Ménard (1999) suggère que les infirmières reconnaissent qu'elles doivent s'engager différemment auprès des pères en sollicitant leur « côté masculin » lorsqu'elles interviennent auprès d'eux. Néanmoins, la plupart expriment des réserves ou des difficultés à travailler avec les pères, tout comme les participantes de l'étude de St-Arneault (2013). Employant le cadre théorique de Wright et Bell (2009), le *IllnessBelief Model*, cette étude qualitative phénoménologique visait à explorer les perceptions et croyances des intervenantes des SIPPE au regard de leurs pratiques professionnelles auprès des pères. Les huit intervenantes rencontrées, dont six étaient des infirmières, perçoivent que le rôle de pourvoyeur des pères est central à leur engagement paternel comparativement aux pères rencontrés dans les programmes dits universels. De plus, elles considèrent qu'ils sont moins compétents que les mères et qu'ils sont peu intéressés par l'accompagnement offert par les SIPPE (St-Arneault, 2013). Bien qu'elles perçoivent leur rôle de soutien auprès des pères,



notamment en ce qui a trait au renforcement de leurs habiletés parentales, ces intervenantes sont incapables d'identifier les besoins spécifiques des pères. Elles éprouvent d'ailleurs de la difficulté à établir une relation professionnelle avec les pères. Certaines intervenantes expliquent cette difficulté par leur différence de genre (St-Arneault, 2013).

Une seule étude en sciences infirmières portant sur notre sujet d'étude et réfléchi selon une perspective sensible au genre a été repérée. Cette étude dont le but était de décrire et d'explorer les aspects liés au genre dans les services infirmiers d'Info-Santé a été réalisée en Suède (Höglund et Holmström, 2008). Cette perspective a permis aux chercheurs de mettre en lumière certaines relations de pouvoirs liées au genre qui configurent les rapports des infirmières avec les pères, dans les services d'Info-Santé. Les infirmières de cette étude (N=12) demandaient, la plupart du temps, au père de les mettre en contact avec la mère et donc, de se retirer lors des appels de type d'Info-Santé pour des questions relatives à la santé de l'enfant (Höglund et Holmström, 2008). Les infirmières ont clairement exprimé leur difficulté à intervenir auprès des pères et des hommes en général puisque la « connexion de femme à femme » est plus facile (Höglund et Holmström, 2008) [traduction libre]. Cette recherche renforce la pertinence de l'étude que nous proposons de conduire considérant le contexte particulier de la pratique infirmière dans les programmes spécifiques en périnatalité/petite enfance, où les infirmières (femmes) sont appelées à interagir, sur une période de cinq ans (MSSS, 2004), avec des jeunes pères (hommes).

En résumé, l'analyse des écrits recensés permet de noter qu'il y a peu de recherches portant sur l'expérience de jeunes pères et d'infirmières dans des services destinés aux familles de jeunes parents; et encore moins de recherches portant sur la nature de leur relation d'accompagnement. Toutefois, lorsqu'on examine des recherches portant sur des dimensions de la pratique infirmière auprès des pères, on constate que les infirmières expriment une certaine difficulté à interagir avec les pères. Fait à signaler, ces écrits indiquent que des aspects liés au genre seraient dans la construction de la relation professionnelle entre les pères et les infirmières. Considérant la rareté des études en sciences infirmières ayant adopté une perspective sensible au genre pour explorer les représentations de ces acteurs au sujet de leur relation d'accompagnement dans les services de périnatalité ou de la petite enfance, cette étude vise à répondre à ces lacunes empiriques.

**Chapitre 4**  
**Considérations méthodologiques et éthiques**

Le présent chapitre porte sur la méthodologie de recherche utilisée : le devis de recherche est d'abord exposé, suivi de la présentation du projet de recherche primaire dans lequel s'insère ce mémoire. Ensuite, nous expliquons notre démarche pour la sélection et l'analyse secondaire des données. Ce chapitre se conclut par la présentation des critères de qualité et des considérations éthiques liés à ce mémoire.

## **Devis de recherche : analyse secondaire de données qualitatives**

### **Une étude qualitative selon un paradigme interprétativiste**

La position paradigmatique du chercheur mérite d'être explicitée puisqu'elle exerce une grande influence sur sa pratique de recherche (Creswell, 2009; Guba et Lincoln, 1998). Cette position oriente le choix de la méthodologie privilégiée et particulièrement l'appréciation des connaissances produites. Dès lors, il importe de préciser que cette recherche s'inscrit dans un paradigme interprétativiste (Gavart-Perret, Gotteland, Haon et Jolibert, 2012; Lessard-Hébert, Goyette et Boutin, 1995). Dans sa composante épistémologique, ce paradigme reconnaît qu'il est possible pour un chercheur de comprendre et d'interpréter l'expérience humaine vécue (Gavart-Perret et al., 2012). Une recherche qualitative de nature interprétative est tout à fait indiquée pour décrire et interpréter les représentations de jeunes pères et d'infirmières du rôle paternel et infirmier ainsi que leur relation d'accompagnement, à partir de leurs propres expériences au sein des SIPPE. De plus, étant donné qu'il existe peu d'écrits empiriques sur notre thématique de recherche, une approche qualitative s'avère justifiée et pertinente (Creswell, 2009).

### **L'analyse secondaire de données qualitatives**

À titre de rappel, cette recherche procède à partir de données qualitatives déjà recueillies via la recherche évaluative du PSJP (Gendron et al., 2014a). L'analyse secondaire de données qualitatives est une approche de recherche crédible et rigoureuse qui a acquis une plus grande légitimité au cours des dernières décennies en recherche qualitative (Heaton, 1998, 2004, 2008), notamment dans les recherches en sciences infirmières (Szabo et Stang, 1997). Tout comme précisé par les principaux auteurs au sujet de cette approche, l'analyse

secondaire de données qualitatives renvoie à l'utilisation de données de diverses sources telles que des enregistrements audio ou visuels, transcriptions de verbatim, notes de terrain ou des données d'enquête recueillies dans le cadre d'une précédente étude, ceci pour d'autres fins (Heaton, 2004, 2008; Szabo et Strang, 1997). Cette approche permet de répondre à de nouvelles questions de recherche à partir de sources de données existantes qui ont déjà été colligées selon des traditions de recherches qualitatives ou quantitatives.

Selon Lobo (1986), l'analyse secondaire de données est une stratégie de recherche qui favorise le développement de connaissances en sciences infirmières puisque les chercheurs collectent généralement d'immenses quantités de données dont l'analyse n'est pas toujours complétée au terme de la recherche initiale. Ces données peuvent être exploitées pour répondre, entre autres, à d'autres questions de recherche qui sont connexes à celle de la recherche principale. Dans cette étude, nous avons retenu l'analyse secondaire de données qualitatives déjà recueillies pour plusieurs raisons.

Premièrement, l'intégration de l'étudiante-chercheuse, dès le mois de juin 2011, au sein de l'*Équipe d'évaluation du PSJP* lui a permis de comprendre le contexte de la recherche ainsi que le processus de collecte et de traitement des données. Ces données offraient tant la perspective des intervenantes que celle des jeunes parents sur leur expérience d'accompagnement et elles étaient jugées pertinentes et fiables<sup>10</sup> pour répondre à nos questions de recherche (Stewart et Kamins, 1993).

Deuxièmement, il s'agissait d'une analyse à compléter, en complémentarité à celle réalisée pour les entretiens réalisés auprès des jeunes mères et leurs intervenantes. Cependant, nous y avons ajouté une perspective sensible au genre. Considérant la richesse et la diversité des données disponibles (Turgeon et Bernatchez, 2009) sur les pratiques d'accompagnement au sein du PSJP/SIPPE auprès de jeunes parents, il s'est avéré possible de retenir des données permettant de développer des connaissances répondant au besoin de tenir compte de l'apport du genre dans les recherches en santé (IRSC, 2012) : nous avons eu accès à des données offrant le point de vue des hommes (jeunes pères) et des infirmières (femmes) sur un même

---

<sup>10</sup> Les critères de fiabilité seront décrits plus loin dans ce chapitre.

objet. À cet égard, l'analyse secondaire de données se justifie également par le défi que pose l'intégration du genre dans les recherches qualitatives, puisqu'il est difficile d'observer les rapports de genre ou de questionner directement les personnes sur leurs relations ou pratiques selon une perspective sensible au genre (Johnson, 2012). Or, les propos recueillis permettent de considérer des identités et rôles liés au genre qui caractérisent le discours des participants. D'ailleurs, l'analyse secondaire de données est une approche qui est particulièrement recommandée par Johnson et al. (2009) pour explorer ces aspects dans le discours des individus.

Outre la richesse et la diversité des données disponibles et les avantages que procure l'analyse secondaire de données qualitatives, ce devis est privilégié puisque la chercheuse principale de la recherche initiale est également impliquée dans cette étude à titre de directrice de mémoire. Par conséquent, elle a une relation différente avec les données comparativement à l'étudiante-chercheuse (Heaton, 2008). La connaissance de cette chercheuse au sujet de l'opérationnalisation de la recherche initiale est un atout pour l'élaboration du présent projet de recherche de même que l'analyse des données, car elle est en mesure de contextualiser les données. À cela s'ajoute l'expérience clinique de l'étudiante-chercheuse au sein des SIPPE et qui lui procure une compréhension supplémentaire des réalités racontées par les participants.

Avant de décrire le processus de sélection des données retenues pour ce mémoire, il importe de préciser qu'une description détaillée de la recherche initiale est présentée à l'Appendice A. Les données issues de cette recherche évaluative et multicentrique du PSJP ont été colligées entre 2006 et 2011, auprès d'une cohorte de 451 familles provenant de 18 équipes EF en CSSS, de sept régions du Québec, de la grossesse à 24 mois de vie du bébé; et auprès de plus de 200 intervenantes de CSSS et de partenaires locaux et régionaux (Gendron et al., 2014a).

### **Sélection des données pour le mémoire**

Considérant l'objet de notre étude et le choix de s'inscrire dans une perspective sensible au genre, nous avons constitué un corpus d'entretiens qui offre la possibilité d'explorer la relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières dans le

cadre du PSJP/SIPPE. Comme discuté au chapitre 2, une perspective sensible au genre nous invite à considérer la manière dont les représentations de rôles et d'identités (paternel et infirmier) participent aux dynamiques relationnelles entre les infirmières et les jeunes pères. De ce fait, les points de vue croisés des jeunes pères et des infirmières sont fondamentaux pour saisir l'interaction entre les différentes représentations des acteurs (de soi et de l'autre) et de leur relation d'accompagnement. À l'instar de Dupuis (2007) et de Payot, Gendron, Lefebvre et Doucet (2007), nous avançons que la confrontation des discours des professionnelles de la santé (les infirmières) et des personnes recevant les services (les jeunes pères) permet de comparer la signification des propos rapportés et d'approfondir notre compréhension de la relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières.

De ce fait, les entretiens sélectionnés devaient répondre aux critères d'inclusion suivants afin, d'une part, cibler les populations à l'étude, et d'autre part, tenir compte de l'expérience des participants de la pratique d'accompagnement dans le PSJP/SIPPE :

1. Entretien réalisé auprès d'un jeune père ayant eu un suivi PSJP/SIPPE lors de la période prénatale ou au cours de la période postnatale.
2. Entretien réalisé auprès d'une infirmière qui a été identifiée comme étant l'intervenante privilégiée du jeune père ou celle de sa conjointe.

Ce processus a permis la sélection de 12 entretiens semi-dirigés réalisés auprès de huit jeunes pères et de 22 entretiens semi-dirigés complétés avec 17 infirmières, pour un total de 34 entretiens semi-dirigés (Tableau 1). Il a été convenu de retenir la totalité des entretiens réalisés auprès des infirmières pour ces analyses. Celles-ci incluent des infirmières qui ont été désignées autant par des jeunes pères (N=4) que des jeunes mères (N=18). Ces derniers contiennent des données concernant la pratique ou le point de vue des infirmières en regard des jeunes pères. D'autre part, tous les entretiens complétés auprès des jeunes pères (N=8) contiennent des données sur la pratique infirmière.

Tableau 1

*Échantillon des entretiens de 8 jeunes pères et 17 infirmières sélectionnés pour l'analyse*

	Nombre d'entretiens	Temps de collecte		
		Prénatal	6 mois	18 mois
Jeunes pères	12	4	6	2
Infirmières	22	6	11	5
Total	34	10	17	7

### **Autres sources de données utilisées pour l'analyse**

Outre les entretiens sélectionnés, nous avons également retenu les notes d'observation post-entretien complétées par les agentes de recherche, les questionnaires sociodémographiques complétés par les infirmières de même que les questionnaires d'entrevues structurées réalisées lors du premier temps de mesure de l'étude longitudinale (Gendron et al., 2014a). Ces derniers ont permis de dresser un profil sociodémographique des jeunes pères. De plus, dès le début de l'intégration de l'étudiante-chercheuse au sein de l'*Équipe d'évaluation du PSJP*, cette dernière a constitué un journal de bord (Hesse-Biber et Leavy, 2011) dans lequel elle consignait ses réflexions, des synthèses thématiques ou des interprétations préliminaires colligées durant l'analyse secondaire des données. Ce journal contient également des synthèses de discussions importantes qu'elle a eues avec sa directrice au sujet de la sélection et de l'analyse des données. Enfin, l'étudiante-chercheuse a eu plusieurs conversations informelles avec une agente de recherche qui a réalisé la majorité des entretiens, de même qu'avec des collègues infirmières ayant une longue expérience comme intervenantes auprès des familles SIPPE/PSJP. Ces conversations ont permis de mettre en contexte les données colligées, de juger de la pertinence des critères pour la sélection des entretiens pour ce mémoire et de discuter d'interprétations en construction.

### **L'analyse qualitative des données**

L'analyse qualitative réalisée comporte trois approches. Une analyse thématique interprétative de contenu (Paillé et Mucchielli, 2010), une analyse du discours (Gough et

Robertson, 2012) et une modélisation systémique (Gendron et Richard, 2015; Le Moigne, 1999) ont été privilégiées.

Selon Paillé et Mucchielli (2010), toute analyse qualitative passe par une certaine forme de thématisation. Il s'agit d'un premier niveau d'analyse qui consiste à procéder de manière systématique, en rapport avec l'orientation de la recherche, « au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus qu'il s'agisse d'un verbatim d'entretien, d'un document organisationnel ou de notes d'observation » (p.162). Ce niveau d'analyse étant principalement descriptif, les auteurs invitent le chercheur désireux d'aller plus loin, « à passer de la logique thématique à une logique interprétative » (p.162). Ce deuxième niveau d'analyse « offre l'avantage de pouvoir déborder du strict relevé thématique, de manière à exploiter toutes les nuances et implications des données qui ne seraient pas apparentes à première vue » (p.210).

S'inscrivant dans une perspective sensible au genre, nous avons donc opté pour une analyse portant non seulement une attention au contenu des propos, mais également à la forme du discours, en deuxième lieu. En effet, une analyse sensible au genre exige de considérer la manière dont les représentations sociales liées au genre sont reproduites dans le discours (Gough et Robertson, 2012). Cette méthode d'analyse permet, par exemple, de questionner des normes sociales liées au genre en portant attention aux propos ou à certaines expressions qui peuvent apparaître banales, mais qui permettent de saisir des nuances qui vont au-delà du contenu à proprement parler (Potter, 1996).

Nous avons eu recours, en troisième lieu, à la modélisation systémique, méthode qui renvoie à la production de schémas ou modèles, pour appuyer nos capacités interprétatives et articuler notre compréhension des éléments en interaction qui configurent la relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières. Gendron et Richard (2015) soulignent que la modélisation systémique favorise, en analyse qualitative, un espace de dialogue entre modélisateurs-concepteurs (ici, étudiante-chercheuse et sa directrice de recherche) et permet de projeter diverses interprétations afin d'en raisonner les significations et conséquences possibles. Considérant notre objet d'étude, cette méthode est pertinente pour réfléchir aux processus, représentations identitaires et espaces-temps particuliers qui marquent la relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières.



### **Premier niveau d'analyse : l'analyse thématique de contenu**

Pour l'analyse thématique, Paillé et Mucchielli (2010) proposent deux méthodes de travail; celle retenue pour notre étude est la démarche de thématization en continue. Cette méthode consiste à construire progressivement l'arbre thématique en attribuant des thèmes, à la fois préconçus et émergents, aux unités de sens (des segments de texte), au fur et à mesure qu'on procède à la lecture des verbatim. S'ensuit un processus de notation, regroupement ou fusionnement des thèmes, ainsi que leur hiérarchisation, pour former des thèmes centraux et secondaires jusqu'à la fin de l'analyse du corpus dans son ensemble (Paillé et Mucchielli, 2010).

La première étape fut de lire et de relire l'intégralité des verbatim, en débutant avec ceux constituant des dyades « jeune père-infirmière » (N=8) afin de nous familiariser avec les données et de déterminer dans quelle mesure les autres entretiens (N=26) abordaient les points de vue des infirmières et des jeunes pères sur l'un et l'autre et leurs représentations identitaires respectives. Une première liste de thèmes a été élaborée, chaque thème étant défini selon notre compréhension en construction (Appendice B).

Ensuite, nous avons entrepris la lecture et relecture des entretiens de chaque jeune père, de manière ininterrompue, tout en attribuant des thèmes aux unités de sens. Pour ce faire, nous avons inscrit en marge du document (via Atlas.ti), le thème qui résumait l'essentiel d'un propos d'une unité de sens (Paillé et Mucchielli, 2010). Il est à préciser qu'au contact répété des données, les thèmes ont été revus et raffinés. Une fois ce processus terminé, nous avons appliqué le même procédé de thématization à chaque entretien « infirmière » (avec des thèmes à la fois similaires et différents de ceux des pères).

La prochaine étape a permis d'approfondir notre interprétation afin de dégager des thèmes centraux de l'analyse. À l'aide du logiciel, nous avons extrait et regroupé l'ensemble des segments de verbatim qui se rattachent à chaque thème pour tous les entretiens par type d'acteur (infirmière ou jeune père). Durant cette étape, Paillé et Mucchielli (2010) nous recommandent de commencer par parcourir ces relevés de thèmes en faisant « des allers-retours constants, libres et ouverts sur les premières impressions » qui se dégagent (p.202). Ainsi, nous avons débuté par identifier les ensembles thématiques qui pouvaient être

regroupés sous différentes entrées (grappes de thèmes), en relevant les ressemblances et divergences de contenu de verbatim entre les thèmes. Ensuite, nous avons poussé l'analyse du verbatim de ces thèmes pour constituer des thèmes plus englobants, en procédant à une confrontation plus fine de ceux-ci, notamment par des retours constants aux entretiens, à la recherche de propos contraires pour invalider ou nuancer les idées et les liens. Ce processus a également été soutenu et approfondi par des discussions avec notre directrice de recherche et la rédaction de mémos manuscrits et électroniques. Un exemple du travail de thématization sans les verbatim associés est présenté à l'Appendice C. Une fois le travail de thématization complété, nous avons relu, tel que suggéré Paillé et Mucchielli (2010), les verbatim d'entretiens associés à chaque thème construit et procédé à certains ajustements, afin de s'assurer que les thèmes et leurs liens représentent une interprétation juste des propos des participants.

### **Deuxième niveau d'analyse : l'analyse du discours**

Après avoir complété l'étape de thématization par type d'acteur, nous avons poursuivi notre analyse en portant une attention particulière à la forme du discours des infirmières et des jeunes pères, en partant des principaux thèmes relevés à l'étape précédente. Nous avons procédé à la relecture des verbatim de l'un et l'autre acteur rattachés à ces thèmes. Il s'agissait d'identifier les propos (ressources discursives) se rapportant à des normes sociales liées au genre qui sont reproduites dans les discours des infirmières et des pères et qui informent les représentations identitaires de l'un vis-à-vis de l'autre. De plus, une attention a été apportée aux stratégies (pratiques discursives) auxquelles les participants ont recours comme, par exemple, se présenter de manière positive, et qui renforcent les identités et rôles liés au genre (Gough et Robertson, 2012). De plus, le texte a été examiné quant aux rires des participants lorsqu'ils répondent à certaines questions (surtout les jeunes pères), leur insistance sur certaines idées ou les sujets évités ou abordés en réponse aux questions posées. En ce qui concerne les infirmières, on portait attention également aux contradictions entre les finalités poursuivies dans leur pratique d'accompagnement auprès des pères et les actions posées, telles que racontées, notamment à partir de leur choix de mots.

### **Troisième niveau d'analyse : la modélisation systémique**

Au cours de notre processus d'analyse, nous avons procédé à des exercices de schématisation (Gendron et Richard, 2015), à partir de la modélisation produite de la construction relationnelle du genre (Figure 1) et en mettant en relation les thèmes émergents des représentations des acteurs de l'identité paternelle du jeune père et de l'identité professionnelle de l'infirmière. Les premiers exercices de modélisation (Appendice D) ont alimenté nos réflexions sur les éléments qui caractérisent la relation d'accompagnement et de saisir l'interrelation entre ces représentations identitaires et l'espace-temps. Ces exercices ont également stimulé des discussions entre l'étudiante-chercheure et sa directrice de recherche et participé à la production de la modélisation de la relation d'accompagnement entre « jeune père et infirmière » présentée à la Figure 2. Suivant les préceptes de la modélisation systémique qui renvoie à la théorie générale des systèmes (Le Moigne, 1990), nous avons porté une attention particulière aux **actions** et **représentations** de chaque type d'acteur, aux **finalités** poursuivies à travers la relation d'accompagnement, et aux **contextes** dans lesquels évolue et se transforme la relation, avec le **temps**.

### **Portrait des participants des entretiens retenus pour l'analyse secondaire**

#### **Les jeunes pères**

Les jeunes hommes avaient entre 19 et 26 ans au moment de leur premier entretien semi-dirigé. Cinq avaient comme principale source de revenus un emploi à temps complet ou saisonnier tandis que trois autres étaient prestataires d'Emploi Québec soit via une aide financière pour les études (n=2) ou de dernier recours (n=1). Ces derniers étaient aux études ou en processus de réinsertion scolaire en vue de l'obtention d'un diplôme d'études secondaires (DES) ou professionnelles (DEP). À cet égard, un jeune père rencontré au cours de la période prénatale a rapporté avoir obtenu son DES lors du deuxième entretien réalisé huit mois après la naissance de son bébé. Parmi les sept autres participants, on compte deux jeunes pères qui détiennent un DES, un ayant obtenu un diplôme d'études collégiales dans un programme technique et quatre qui n'ont pas complété leurs études secondaires.

Tous les jeunes pères vivaient avec leur partenaire, laquelle était âgée de vingt ans ou moins au moment de la naissance du bébé ou de la date prévue d'accouchement. Tous, sauf un, en étaient à leur première expérience de paternité. Les caractéristiques détaillées de ces participants sont présentées à l'Appendice E.

### **Les infirmières**

Parmi les 17 infirmières, 12 avaient un baccalauréat, deux détenaient un certificat universitaire de premier cycle et trois étaient détentrices d'un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers. Ces infirmières ont de trois à trente-cinq années d'expérience dans cette discipline et environ la moitié (n=8) a au moins cinq ans de pratique auprès de jeunes parents. Le tableau suivant résume l'expérience professionnelle des infirmières dont les entretiens ont été analysés.

Tableau 2

*Portrait des infirmières : expérience professionnelle*

Expérience professionnelle	Nombre d'années		
	< 5 ans	5-10 ans	> 10 ans
En tant qu'infirmière	2	2	13
Au sein du CSSS	7	2	8
Auprès de jeunes parents	9	5	3
Dans le PSJP/SIPPE	10	7	0

### **Critères de qualité**

Plusieurs critères permettent de juger de la qualité d'une étude qualitative (Creswell, 2009; Guba et Lincoln, 1989; Paillé et Mucchielli, 2010; Whittemore, Chase et Mandle, 2001) et de témoigner de la qualité et de la crédibilité des connaissances produites par celle-ci (Gendron, 2001). Dans le cadre de cette étude, nous avons retenu les critères suivants : l'imputabilité procédurale, la fiabilité, la crédibilité et la transférabilité (Creswell, 2009; Guba

et Lincoln, 1989; Whittemore et al., 2001). Ces critères sont cohérents dans un paradigme interprétativiste et sont, de ce fait, pertinents dans le cadre de cette étude (Gendron, 2001).

### **Imputabilité procédurale**

Ce critère de qualité fait référence à la description détaillée de l'évolution de la recherche en précisant, notamment, les procédures employées afin que les résultats produits soient empreints de vraisemblance (Guba et Lincoln, 1989). À cet égard, nous avons produit une présentation détaillée de la source des données primaires (Appendice A). De plus, les guides d'entretiens, le questionnaire sociodémographique auto-administré aux intervenantes et les formulaires de consentement ont été annexés au mémoire. Aussi, nous avons décrit le plus fidèlement possible nos méthodes d'analyse des données, à partir de notre journal de bord; et notre relevé de thèmes est présenté en appendice.

### **La crédibilité**

Le critère de crédibilité renvoie aux moyens pris par le chercheur pour assurer la justesse de l'interprétation des données et des résultats (Guba et Lincoln, 1989; Whittemore et al., 2001). Au regard de notre recherche, trois éléments ont contribué à la crédibilité des résultats considérant l'absence de l'étudiante-chercheur sur le terrain de la recherche initiale. Ceci dit, elle a une expérience terrain de neuf années de pratique dans des équipes EFJ, en CLSC, notamment au sein des SIPPE.

D'une part, notre directrice de mémoire était la chercheuse principale de la recherche initiale. Par conséquent, elle avait une connaissance approfondie de la collecte des données et d'autres analyses réalisées dans le cadre de cette évaluation de programme d'envergure (Stewart et Kamins, 1993; Szabo et Strang, 1997). La directrice a accompagné l'étudiante-chercheuse tout au long du processus d'analyse et a contribué à enrichir sa capacité interprétative des données, notamment, par la lecture de plusieurs entretiens, des exercices de schématisation, des discussions sur chaque thème construit en se référant à des extraits de verbatim ainsi qu'à des écrits scientifiques et des retours aux données empiriques durant le processus d'interprétation. De plus, l'intégration de l'étudiante-chercheuse au sein de l'*Équipe d'évaluation du PSJP*, avant même la conception de cette présente étude, fut un autre moyen d'assurer la crédibilité.

D'autre part, l'étudiante-chercheuse a également eu plusieurs discussions avec des acteurs du milieu de la recherche initiale, des collègues infirmières œuvrant auprès de jeunes parents dans les SIPPE et avec des conférenciers qui ont assisté à la présentation de résultats préliminaires de cette étude lors du congrès annuel de l'Ordre des infirmières et infirmiers en octobre 2013. Ces échanges ont permis de valider nos interprétations et d'approfondir nos réflexions. En effet, leurs commentaires nous ont forcés à préciser certaines interprétations tout en constatant qu'ils pouvaient relier ces interprétations à leur pratique professionnelle.

### **La fiabilité**

Le critère de fiabilité réfère aux moyens pris par le chercheur afin qu'on puisse avoir confiance en ses données de recherche (Guba et Lincoln, 1989). Pour ce faire, le cadre d'évaluation des sources de données secondaires de Stewart et Kamins (1993) a été mis en application dans cette étude. Premièrement, tout comme dans la recherche initiale, nous voulions obtenir tant le point de vue des intervenantes (infirmières) que celui des jeunes parents (jeunes pères) de leur expérience de l'intervention d'accompagnement du PSJP pour répondre à notre objectif de recherche. Par conséquent, il existe une certaine cohérence entre le but de notre recherche et le but visé par l'étude principale lors de la collecte de données qualitatives auprès des deux groupes d'acteurs, même si ces données n'ont pas été colligées selon une perspective théorique sensible au genre. Deuxièmement, nous pouvons certifier de la compétence et de l'accompagnement des personnes responsables de la collecte de données qualitatives pour la recherche initiale (Gendron et al., 2014a). Troisièmement, comme décrit dans la présentation de la recherche primaire (Appendice A), nous avons une bonne connaissance des aspects techniques de la collecte de données et il est facile d'établir les relations entre les thèmes des guides d'entretien et la formulation de notre problématique et questions de recherche. Aussi, nous avons détaillé ci-haut le processus de préparation de données avant leur analyse et de surcroît, présenté en appendice des documents en preuve. À cela s'ajoutent des extraits de verbatim fournis en appui à nos interprétations dans le chapitre suivant. Enfin, nous avons fait mention de la date de la collecte des données utilisées, tel que suggéré par Stewart et Kamins (1993).

## **La transférabilité**

En recherche qualitative, cette notion réfère aux moyens pris par le chercheur pour offrir aux lecteurs des éléments pouvant favoriser leur capacité de transfert des conclusions de l'étude dans leur milieu ou à des contextes ayant des caractéristiques similaires au contexte de l'étude (Guba et Lincoln, 1989). Dans une perspective sensible au genre, il est primordial de fournir aux lecteurs une description étoffée du contexte de l'étude étant donné que les représentations de genre sont construites et reconstruites à l'intérieur d'un contexte socioculturel et institutionnel particulier (Knaak, 2004). En offrant une description détaillée du PSJP/SIPPE, des participants et des milieux de l'étude, les lecteurs seront en mesure de juger de la transférabilité de ces résultats dans leurs milieux ou leur pratique professionnelle.

## **Considérations éthiques**

Des considérations éthiques ont été prises en compte par les chercheurs de la recherche initiale (voir Gendron et al., 2014a pour la liste complète des certificats éthiques); des exemplaires de l'approbation initiale et de la fin de leur étude sont fournis (Appendice F). De plus, les chercheurs de la recherche initiale avaient prévu les possibilités d'analyses secondaires de données, avec les comités éthiques de recherche concernés et le bailleur de fonds (MSSS), considérant l'envergure de la recherche évaluative du PSJP.

Outre ces attentions, nous avons également considéré d'autres aspects éthiques pour cette étude. Nous nous sommes assurées d'éviter des conflits d'intérêts en attestant que les entretiens sélectionnés n'ont pas été réalisés dans le milieu de pratique de l'étudiante-chercheuse et la confidentialité des participants a été respectée à tout moment. D'une part, il n'y a eu aucune manipulation de données nominales considérant que les données auxquelles nous avons eu accès ont été identifiées par un code. Ainsi, il va sans dire que l'anonymat des participants et des milieux de l'étude ont été préservés lors des présentations des résultats préliminaires à des congrès scientifiques ou lors des discussions avec les personnes mentionnées ci-haut.

**Chapitre 5**  
**Présentation des résultats**



Ce chapitre est divisé en trois sections. La première section porte sur les représentations des jeunes pères et des infirmières quant à l'identité et au rôle paternel des jeunes pères. La section suivante aborde les représentations quant à l'identité et au rôle de l'infirmière. Dans la troisième section, nous examinons, à l'aide de la modélisation systémique, les représentations identitaires qui configurent la relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières selon une perspective sensible au genre. Il est à noter que, tout au long de la présentation des résultats, des extraits de verbatim<sup>11</sup> sont utilisés pour appuyer notre interprétation.

## **Représentations de jeunes pères et d'infirmières quant à l'identité et au rôle paternel**

Les représentations des jeunes pères et des infirmières quant à l'identité paternelle se déclinent selon trois figures d'identités : père, conjoint et homme. Pour chacune de ces figures d'identité, les rôles sont explicités. Ces rôles sont caractérisés par l'exercice de diverses formes de responsabilités assumées ou attendues du père. Dans ce qui suit, nous présentons le point de vue des jeunes pères suivi de celui des infirmières au regard de ces figures d'identité et l'exercice des rôles qu'elles invoquent.

### **Représentations des jeunes pères quant à l'identité et au rôle paternel**

La conception des jeunes pères de l'identité et du rôle paternel se construit autour de leur compréhension de leur responsabilité paternelle et du contexte de vie familiale. Qu'il s'agisse de leur identité de père, de conjoint ou d'homme adulte en devenir, une logique de responsabilité est à l'œuvre. Un père doit être une personne qui assume ses responsabilités : « être un père, c'est d'être responsable ». Toutefois, la forme ou l'exercice de cette

---

<sup>11</sup> Des ajustements au niveau de la langue ont été apportés à certains extraits pour assurer la compréhension du lecteur, tout en respectant le sens des propos des participants. Par exemple, des crochets sont utilisés pour préciser les idées exprimées. De plus, chaque extrait est suivi d'un code permettant de désigner le type de participant (JP = jeune père; INF = infirmière), le numéro d'identification qui lui est assigné et l'âge du bébé au moment de l'entretien (prénatal, 6 mois ou 18 mois). À titre d'exemple, le code *JP05\_prenatal* indique que le participant 5 est un jeune père et que cet extrait provient de l'entretien qu'il a accordé au cours de la période prénatale, avant la naissance du bébé.

responsabilité varie selon le contexte. Les trois figures d'identité et les rôles qui y sont assumés sont présentés ci-après.

*Identité de père : responsable d'être présent et de se préoccuper du bien-être de l'enfant*

L'identité du père comporte de multiples responsabilités pour assurer le développement optimal de l'enfant, son bien-être ainsi que son avenir. Les jeunes pères rencontrés expriment une responsabilité de présence envers leurs enfants et de se préoccuper de leur bien-être tout en vivant des conditions matérielles précaires.

Pour la plupart des jeunes pères rencontrés, le père est un parent aussi important que la mère : « Je pense que c'est égal là [rôle parental]. Pis on apporte de l'amour aux enfants tous les deux pis y'ont autant besoin de leur père que de leur mère » (JP01\_prenatal). Par conséquent, la présence paternelle est essentielle pour contribuer aux soins de l'enfant : « Tu sais moi euh... au contraire, je me réveille la nuit, je lui donne à manger, je change sa couche. Je joue avec. Je parle avec » (JP05\_6 mois) et assurer sa sécurité physique et matérielle :

Je le savais que je devais être là parce que l'enfant a besoin d'un père pour son développement normal [...] Je vais être là au bon moment pis tout au long de sa vie [...] je fais ce que j'ai à faire pis euh je m'assure qu'elle manque de rien pis je m'assure qu'il a tout ce qui faut dans la vie pour bien réussir pis je vais toujours m'assurer qu'elle a tout ce qu'il lui faut (JP06\_18 mois).

Pour d'autres participants, cette responsabilité de présence permet au père de transmettre à l'enfant des valeurs liées au respect de l'autorité afin de le préparer à devenir un bon citoyen. Pour ces derniers, le respect de l'autorité, par l'exercice de la discipline, revient surtout au père :

Tu sais là, on a vraiment ben de fun des fois. Mais moi c'est regarde, y'a du fun pis y'a de l'autorité. C'est comme ça que ça marche. Pis pour moi, le fait de faire l'autorité comme il faut c'est important (JP06\_18mois).

De leur point de vue, les enfants perçoivent le père comme ayant un pouvoir d'autorité plus élevé que la mère :

Ben je dirais que c'est un peu une figure d'autorité aussi. Ben en étant un père, c'est sûr que la mère a l'autorité, mais le père quand qu'il parle c'est... ben souvent les jeunes ils se calment là [...] J'ai une voix plus forte, qui fait un petit peu plus peur (JP01\_prenatal).

Dans l'ensemble, les jeunes pères rencontrés s'investissent de leur responsabilité de présence envers leur enfant. De l'avis de plusieurs d'entre eux, l'implication dans les soins de l'enfant favorise le sentiment de confiance en leurs habiletés paternelles et accroît leur sentiment de satisfaction dans l'exercice de leurs responsabilités :

Je suis un meilleur père que je pensais. C'est parce qu'au début, je me disais ... j'étais pas capable de rester avec la petite trop longtemps tout seul sans personne avec moi, parce que j'étais stressé, puis je savais pas quoi faire. Puis là, [prénom de sa conjointe], est partie pendant 3 jours, puis tout seul, ça va super bien, là. C'est sûr que là, elle est plus grande. Je sais pourquoi qu'elle pleure, ces affaires-là. Mais ça va bien. Je suis content. Je l'aime. Vu que je suis un père au foyer, ça se passe assez bien. Ça se passe assez vite, aussi, parce que tu sais... il faut savoir quoi faire au bon moment. Comme là, aujourd'hui, j'ai commencé à lui donner des céréales, parce qu'elle a 6 mois. Mais, j'en apprends quand même à chaque jour [...] Quand qu'elle pleurait, au début, les 2-3 premiers mois, je stressais, je savais pas quoi faire, ça fait que [prénom de sa conjointe], elle venait. Mais là, à c't'heure, j'ai plus besoin. Je ne stresse pas pour rien (JP03\_6 mois).

Ainsi, ils s'engagent à être présents dans leur vie pour assumer leurs responsabilités de soins indépendamment du contexte familial : « Même si, demain là, je serais pu avec [prénom de sa conjointe], je m'occuperais pareil de mon gars » (JP05\_18 mois).

En ce qui concerne leur responsabilité de se préoccuper du bien-être de leur enfant, celle-ci s'exprime avec une détermination teintée d'une certaine inquiétude quant à la capacité d'y arriver : « [...] Est-ce qu'on va être capable de le nourrir, tu sais, de lui acheter du linge, tout. Tu sais qu'il vive bien, qu'il [ne] manque de rien. Qu'il ait des jeux, tu sais. » (JP05\_6 mois). Les pères sont conscients des différents besoins liés au bien-être de leur enfant et se sentent responsables d'y répondre malgré la précarité de leurs conditions matérielles. Par exemple:

[...] moi euh je suis stressé (ricane), je fume deux cigarettes en ligne là, c'est défoncé là. J'ai fumé deux cartons là en une semaine-là. [...] [Q : *Quand tu dis le stress, le stress il est par rapport à?*] Euh par rapport à toute. [...] Je veux dire, faut qu'on achète des couches, faut qu'on achète le lait pis tout avant que le bébé y sorte là, tu sais. On a une couple de pyjamas pis toute, pis du linge, mais, tu sais on a deux mois pour tout acheter là. Déjà là c'est pas mal cher là, juste le banc d'auto pis la chaise haute pis toute là (JP08\_prenatal).

Outre leurs préoccupations face aux besoins matériels du bébé, ces derniers se soucient également de la sécurité physique de leur enfant et expriment la nécessité de les protéger contre tous les éléments néfastes de leur milieu de vie qui pourraient compromettre leur développement et leur bien-être, notamment, la salubrité du logement et l'état du quartier où ils vivent. À cet égard, quelques pères racontent qu'ils ont déménagé avant même l'arrivée du bébé puisqu'ils jugeaient insalubres les conditions du logement dans lequel ils vivaient.

*Identité de conjoint : responsable du bien-être de la mère et de pallier à ses responsabilités maternelles dans des moments de fragilité*

Les jeunes pères, en tant que conjoints, sont préoccupés par le bien-être de la mère, notamment au cours de la grossesse et durant les premières semaines de la période postnatale. Durant ces périodes, la plupart des jeunes pères conçoivent la jeune mère comme étant plus vulnérable sur le plan émotionnel. Ainsi, ils expriment la responsabilité de faire de leur mieux pour contribuer au bien-être de leur conjointe. Pour cela, plusieurs disent qu'ils doivent être tolérants face aux quelques sautes d'humeur de leur conjointe afin d'éviter les conflits. De plus, conscients du besoin de répit de la nouvelle maman et de sa fragilité émotionnelle durant les premières semaines suivant l'accouchement, les jeunes pères conçoivent qu'il est de leur responsabilité d'être présents pour celle-ci et de s'investir davantage dans les soins du bébé :

Ce n'est pas qu'elle s'en occupait pas, mais c'était plus moi là. Même des fois je m'en allais de la maison comme pour aller chez des amis, pour, tu sais, lui laisser du temps pour relaxer. Pis pendant ce temps-là [le bébé] était toujours avec moi (JP05\_18 mois).

À cet égard, au cours des premiers mois suivant la naissance de l'enfant, des jeunes pères rapportent avoir dénoté des symptômes dépressifs importants chez leur partenaire. L'une d'entre elles a d'ailleurs été hospitalisée durant plusieurs semaines. Dans ces contextes particuliers, les jeunes pères ressentent la responsabilité de suppléer au rôle maternel en assumant l'ensemble des soins de l'enfant et des activités de la vie familiale : « Au début, ça allait quand même bien parce que c'était moi qui m'en occupais beaucoup [le bébé] parce que la mère fallait vraiment qu'elle récupère. Donc, c'est moi qui faisais tout » (JP06\_18 mois).

Par ailleurs, l'expérience d'« aider » la mère, en assumant une plus grande participation dans les soins et les tâches domestiques au cours de ces périodes de fragilité, conscientise les

jeunes pères quant à l'importance de collaborer avec celle-ci dans la dispensation des soins de l'enfant pour éviter qu'elle s'épuise.

*Identité d'homme adulte en devenir : responsable d'assurer un meilleur avenir*

Les jeunes pères ayant participé à cette étude s'investissent de la responsabilité de changer leur mode de vie et leur façon de penser. Pour la majorité d'entre eux, la paternité leur procure une ouverture optimiste sur l'avenir : « ça rouvre les portes au futur là, en voulant dire que... tu sais, fonder une famille pis tout ça là euh... je me sens plus un homme-là » (JP02\_6 mois) et leur impose en quelque sorte un désir de se reconstruire pour devenir un adulte responsable afin de favoriser le bien-être de leur enfant/famille. Pour ces jeunes pères vivant en situation de défavorisation matérielle, cette reconstruction identitaire passe par des changements de style de vie et de la manière de concevoir la vie. Les extraits suivants témoignent de cette transformation identitaire qui correspond davantage à leur conception du père, du conjoint et de l'homme responsable :

[...] Depuis mes 18 ans, j'étais pas mal sur le party, puis, je me foutais pas mal de tout, là, tu sais, autant des lois que... En tout cas, bien des choses, là. (Rires) Ça fait que non, ça [la paternité] m'a beaucoup changé [...] Vraiment, à partir de la naissance, là, tu vois tout différemment. Toute ta perception de la vie, des choses, du système d'éducation, aussi, qui est implanté. Disons que ça a toujours été quelque chose, pour moi, qui était, en quelque sorte, inutile. Puis je me suis rendu compte, en prenant du recul après qu'elle est née, que finalement, il y avait peut-être des bonnes choses là-dedans que je ne voyais pas avant ça (JP07\_6 mois).

Cette transformation identitaire se traduit premièrement par un ajustement de leur style de vie de jeune adulte pour adopter un style de vie parental :

C'est sûr que je ne sors plus à tous les jeudis soirs pour prendre une bière, puis la fin de semaine, c'est pas le party, là. C'est, tu sais, tu as des enfants, ça fait que c'est le bain, les dodos, le quotidien qui embarque, là (JP01\_6 mois).

Ces changements semblent être nécessaires pour devenir un modèle de rôle pour l'enfant : « [...] faut que je sois, faut que je marche droite là. Va falloir que je lui [le bébé] montre des bonnes choses-là » (JP01\_prenatal). En fait, ils veulent changer et être présents dans la vie de leurs enfants pour devenir un modèle paternel positif pour eux et leur offrir une meilleure expérience de vie familiale que celle qu'ils ont connue :

Mon père, il a jamais habité avec ma mère, donc tu sais, il venait faire son tour quand qu'il voulait pis, il nous a jamais reconnu moi pis mon frère comme ses enfants. Donc tu sais, c'était, c'est une façon de le faire. Moi c'est pas ça que j'ai faite. Moi, j'ai décidé, probablement que je l'ai pas faite parce que ma mère elle a vraiment faite ben attention pour essayer de me montrer à être un peu plus sage pis à pas répéter les mêmes erreurs que lui (JP06\_18 mois).

Deuxièmement, l'identité de l'homme adulte en devenir s'exprime par la motivation à s'engager dans un processus d'insertion socioprofessionnelle. En fait, les jeunes pères ressentent le besoin de se réaliser et souhaitent se réinvestir dans des projets abandonnés, surtout des projets de retour à l'école ou sur le marché du travail : « mon projet premier ce serait d'avoir une maison, mais pour commencer en dessous de ça, je va à l'école pour avoir un emploi stable, avoir des papiers qui prouvent comme quoi je suis compétent de faire cet ouvrage-là » (JP01\_prenatal). La motivation de reprendre des études, notamment pour compléter un diplôme d'études secondaires, un diplôme d'études professionnelles ou accéder à un emploi mieux rémunéré est maintes fois exprimée par les jeunes pères comme un désir d'éviter que leurs enfants reproduisent leurs parcours de vie. En étant en mesure de « payer de bonnes études » à ces derniers (JP03\_prenatal), ils se donnent des moyens pour améliorer la qualité de vie de leur famille. Le thème de l'accès à la propriété dans un quartier calme et sécuritaire est récurrent :

La maison pour les enfants. Surtout. Pis être chez-nous, qu'on soit chez-nous. Qu'on puisse vivre là, qu'on soit pas tout le temps pogné avec les voisins pis j'aimerais ça avoir vraiment une place établie pour que les enfants puissent jouer dehors pis qu'y'a pas de danger, tu sais. Y'a moins de danger. Y'a encore du danger, mais c'est moins pire qu'en ville. En ville euh y'a tout le temps un char qui passe pis toute. En campagne ben tu sais, y'ont de la place pour courir, pour jouer, évacuer l'énergie. Pis le soir, ça dort [Rires] (JP01\_prenatal).

### **Représentations des infirmières quant à l'identité et au rôle paternel de jeunes pères**

À l'instar des jeunes pères, les infirmières conçoivent les responsabilités liées à l'exercice du rôle paternel à travers trois figures d'identité : le père, le conjoint et l'homme mature. Par ailleurs, la notion de responsabilité s'exprime principalement comme une attente envers le jeune père. Celui-ci doit faire la démonstration qu'il peut assumer ses responsabilités pour être reconnu comme un père, un conjoint et un homme mature que l'infirmière pourra considérer comme une ressource crédible dans son intervention auprès de la famille. Ci-après, nous présentons les trois figures d'identité paternelle et les responsabilités qui s'y rattachent.

*Père responsable : une attente... et une surprise*

Les infirmières s'attendent à ce que les jeunes pères démontrent qu'ils sont responsables en s'impliquant dans les soins, surtout physiques, de leurs enfants. Néanmoins, elles ne croient pas que ces derniers ont d'emblée les habiletés nécessaires. D'une part, la plupart des infirmières estiment que les jeunes pères cumulent plusieurs défis — antécédents familiaux, absence de modèle de rôle (paternel) — qui s'ajoutent à leur jeune âge et elles questionnent alors leurs capacités à prendre soin de leur enfant : « C'est sûr que lui est jeune. Des fois euh ça a pas de bon sens qu'est-ce qu'ils vont faire? » (INF05\_6 mois). Par exemple, elles se demandent si ces pères pourront manipuler ou stimuler leurs enfants de manière adéquate : « Euh pour ce qui est du père, c'est sûr que c'est un jeune père [...] Au départ, c'était plus la notion de jeu, tu sais de [considérer l'enfant] plus poupée que bébé là » (INF06\_6 mois). De ce fait, lorsque le père exerce sa responsabilité de prodiguer des soins à son enfant, cela surprend l'infirmière qui en est témoin. *Une fois la surprise passée*, elle encourage le père dans l'exercice de cette responsabilité :

Une des rencontres que je suis allée, elle [la mère] n'était pas là. Elle était absente. Elle avait laissé le bébé au papa et c'est comme ça que j'ai fait moi l'entrevue avec le père. [...] Et c'est là que j'ai pu constater comment ce papa-là, je me souviens très bien, il était très à l'aise, il était très habile avec son bébé. Euh c'était un gars qui avait de l'expérience, qui avait eu probablement des jeunes frères et sœurs ou des neveux/nièces. Alors très habile *physiquement* [italiques ajoutées] à manipuler un bébé, à changer de couche devant moi, tout ça. D'ailleurs je lui ai souligné. Et très à l'aise dans son rôle de père. Mais c'était étonnant que la mère ne soit pas là, sitôt dans les semaines qui ont suivi. Elle était sortie et elle avait laissé le bébé auprès du père (INF15\_6 mois).

Comme nous le verrons plus bas, l'étonnement perceptible dans le discours des infirmières relève aussi de certains préjugés qu'elles ont, parfois, à l'endroit de jeunes pères.

*Conjoint responsable : la protection et du répit pour le bien-être de la mère*

Le bien-être de la mère est assuré par la sécurité matérielle et le répit que le jeune père procure à celle-ci. À travers le discours des infirmières, le conjoint responsable se définit par son statut d'emploi — jeune père qui travaille ou pas — et par le répit qu'il offre à la mère en participant aux activités de la vie familiale.

Les infirmières conçoivent le conjoint responsable comme étant un « bon gars », qui occupe généralement un emploi et par conséquent, peut assurer un filet de sécurité matérielle à la mère. Lorsque ce dernier ne travaille pas, on s'attend, par ailleurs, qu'il soit engagé dans des projets de réinsertion socioprofessionnelle qui lui procurent un revenu :

Parce qu'il a quand même une bonne volonté et, c'est ça qui est le fun avec [prénom du père], c'est qu'il a une volonté de vouloir faire un travail, de vouloir sortir du Bien-être social. [...] Mais en même temps il retourne à l'école, pis oui il veut faire un métier pis il veut travailler pis c'est un gars travaillant (INF05\_6 mois).

Outre la sécurité matérielle qu'offre ce dernier, le conjoint responsable représente, aux yeux des infirmières, un facteur de protection qui réduit la vulnérabilité sociale de la jeune mère. Il est caractérisé non seulement par son statut d'emploi, mais également par son attitude qui favorise l'harmonie au sein de la famille. Par conséquent, sa présence est perçue favorable pour le bien-être de la mère :

C'est un monsieur très silencieux, il [ne] parle pas fort pis y déplace pas beaucoup d'air. Euh, mais c'est quelqu'un qui est stable, quelqu'un qui est sain. Euh qui lui [la jeune mère] donne un équilibre. Je souhaite que ça dure très longtemps. [...] au moins, c'est quelqu'un qui a un travail. Euh c'est fou à dire, mais il est allé à l'université. Fait que tu sais ça lui [la mère] donne une image autre que son petit milieu de sa mère à elle (INF02\_18 mois).

À l'inverse, lorsque le jeune père ne travaille pas ou n'est pas engagé dans des projets socioprofessionnels et donc demeure plus souvent à domicile, il arrive que les infirmières abordent l'idée du conjoint pouvant présenter un risque de violence domestique ou de relation conjugale instable. Dans cette perspective, elles abordent l'idée d'une plus grande surveillance à exercer dans les familles où le jeune père est inactif sur le plan socioprofessionnel afin d'assurer le bien-être global de la mère :

Il y en a [des couples] qui sont plus pauvres que d'autres. Comme Marie, bien là, elle a été comme chanceuse : son conjoint travaille. Bien ceux-là [les conjoints] qui [ne] travaillent pas [...] Il faut les observer de plus près, ceux-là (INF01\_6 mois).

D'autre part, le conjoint responsable apporte du répit à la mère par sa présence et son investissement dans les tâches domestiques et les soins du bébé. En fait, la participation du conjoint à ces tâches est favorable au bien-être de la mère : « Encore là elle [la mère] a de l'aide de son copain qui donne des biberons » (INF09\_18 mois). Le jeune père qui répond à ces responsabilités est reconnu comme un important soutien de la jeune mère et est considéré



*sain* pour elle. Ce soutien qu'il apporte à la mère est perçu comme un facteur de protection et un répit essentiel contre la fragilité émotionnelle des mères au cours de la période postnatale.

### *Un homme mature*

Un homme mature est celui qui exerce ses responsabilités paternelles et conjugales, selon les attentes des infirmières. De plus, par son écoute, il collabore à l'intervention. Ultimement, il confère un sentiment de sécurité à l'infirmière.

Il est attendu du jeune père qu'il soit proactif dans la prise en charge de ses responsabilités : « C'est lui qui a commencé à acheter un petit peu de vêtements de bébé. Bon à part d'être comme un plus, je dirais euh... ben c'est en support à notre intervention, je pense » (INF07\_ prénatal). Considérant la vulnérabilité sociale de la jeune mère, le père doit s'engager rapidement dans ses responsabilités paternelles et conjugales afin d'assurer l'infirmière dans son rôle d'accompagnement au sein de la famille :

Puis moi, ça me sécurisait en même temps, de voir qu'elle [la mère] était bien appuyée là-dedans aussi. Puis avec son conjoint, ils avaient une relation stable. Tu sais, pas d'apparence de violence, donc une belle relation de couple, là, prêt à avoir le bébé. Tu sais, même s'ils étaient plus jeunes que les autres parents, puis c'était un jeune couple aussi, tu sais, ça faisait pas tellement longtemps qu'ils étaient ensemble. Mais ça ne m'inquiétait pas non plus (INF03\_ prénatal).

D'autre part, la maturité du jeune père réside dans son écoute et collaboration envers l'infirmière. Le père qui fait preuve d'écoute et met en pratique les enseignements et recommandations de l'infirmière est considéré comme un collaborateur qui facilite le rôle de celle-ci :

[...] Et, il avait été quand même présent dans ma façon de faire [...] il a toujours mis en tous cas, la période qu'il était tout seul, il a mis en application ce que je lui demandais. Tu sais euh, je l'ai inscrit dans la vaccination, il est venu. Euh je lui demandais d'écrire les boires et il le faisait. Vraiment il a participé énormément (INF05\_ 6 mois).

Ces pères sont interpellés à exercer une surveillance pour l'infirmière au regard de la santé et bien-être de l'enfant ou de la mère : [...] Moi c'est le côté que je vérifie beaucoup quand je vais à domicile là, où est-ce qu'elle en est là pis euh, essayer d'inciter [prénom du père] à surveiller des signes de dépression [...] (INF05\_ 6 mois).

À l'inverse, lorsque le jeune père démontre peu d'écoute envers l'infirmière, il peut être perçu comme un obstacle à l'intervention de celle-ci et sa participation est peu souhaitée :

Dès que je disais quelque chose, il répliquait. Dès que [prénom de la conjointe] disait quelque chose, il y avait toujours un petit quelque chose qui venait. Et j'ai même osé le dire, pis je l'ai pas dit. Mais je me suis dit : « Ah, pourquoi tu vas pas écouter un film dans le salon? » Tu sais [rires]. Ben, il y en a des fois qui sont comme ça là. De toute façon, elle est pu avec, ça c'est terminé là, [elle] est avec un autre (INF12\_18 mois).

### **Représentations de jeunes pères et d'infirmières quant à l'identité et au rôle de l'infirmière**

La conception de l'identité professionnelle des infirmières au sein du PSJP/SIPPE s'articule, pour les jeunes pères et les infirmières, en des termes similaires et se résument autour de deux identités : un vigile et un guide. De par sa disponibilité et la place qu'elle occupe auprès des familles, l'infirmière est décrite comme un vigile qui veille au développement optimal de l'enfant. L'identité de guide est conférée à l'infirmière en raison de son rôle d'accompagnatrice auprès des parents, surtout auprès de la mère. Les sous-sections suivantes présentent en détail le point de vue des jeunes pères et des infirmières, respectivement.

#### **Représentations des jeunes pères quant à l'identité et au rôle de l'infirmière**

Pour ces pères, l'infirmière est une intervenante pilier de la famille; ils la décrivent comme un vigile pour l'enfant et un guide pour eux.

*L'infirmière vigile : une veille accessible pour le développement optimal du bébé*

Les jeunes pères abordent la principale identité de l'infirmière selon deux idées inter-reliées : vigile et accessible. Cette dernière est reconnue pour son accessibilité et ses compétences professionnelles pour veiller à la santé et au développement de l'enfant. Les participants la distinguent des autres intervenantes de l'équipe interprofessionnelle du PSJP/SIPPE par son accessibilité :

L'infirmière, ça va. On se rend plus vite à elle, parce qu'on a son numéro de poste, tout [...] on laisse un message, puis elle rappelle pas mal tout de suite après, quasiment.

Ça, c'est si elle n'est pas dans son bureau. Sinon, elle répond (JP03\_6 mois).

Outre la facilité à être rejointe au besoin, l'infirmière est présente pour « voir que tout était correct » (JP06\_18 mois) en veillant à l'évolution de l'enfant, notamment par le suivi de son alimentation et son développement staturo-pondéral. En particulier, la pesée du bébé est nommée, de manière récurrente, comme une activité centrale liée à l'identité de vigile de l'infirmière : « l'infirmière qui venait à la maison aussi là, qui venait euh regarder [prénom du bébé]. Voir comment qu'il allait, son évolution, son poids » (JP05\_6 mois). Le suivi pondéral qu'exerce cette professionnelle auprès de l'enfant est grandement apprécié par les pères.

De plus, par ses qualités de vigile accessible, l'infirmière est perçue comme étant une ressource favorable au développement optimal de l'enfant :

Pis elle venait nous aider à nous donner des trucs, tu sais. Pis euh, elle venait voir comment que le bébé allait aussi, s'il allait bien, tu sais. Tu sais c'était quand même, tu sais t'as une infirmière à la maison, ce n'est pas tout le monde qu'ils ont ça là, qui vient à la maison, toute. So, c'est bon là tu sais. T'as quelqu'un qui regarde ton bébé, s'il va bien. So ouais, ça, ça a apporté une aide importante pour de vrai pour mon petit garçon là, j'ai, j'ai bien aimé ça (JP05\_6 mois).

*L'infirmière guide : l'« info-santé » personnalisée*

Les jeunes pères conçoivent l'infirmière comme un guide, surtout mentionné pour les mères, mais tout de même apprécié par les pères dans l'exercice de leur rôle paternel. Cette guide leur apporte essentiellement du soutien informationnel qui favorise le développement de l'enfant et contribue au renforcement de leurs habiletés paternelles. D'ailleurs, certains pères la décrivent comme l'« info-santé » privée de la famille. Par exemple, durant la grossesse, les informations fournies par l'infirmière les préparent à assumer leurs responsabilités de père :

Parce que nous au départ, c'est plus moi qui avais demandé à les [cours prénataux] avoir. Pis ça a de l'air niaisieux, mais tu sais en tant que parent, t'as besoin d'informations. L'idée au départ moi c'était l'information. J'ai dit, tu sais il y a des affaires qui est bon pour un bébé, pis des affaires qui est pas bon (JP04\_prénatal).

En postnatal, le rôle informationnel de l'infirmière est encore plus présent dans le discours des jeunes pères. Les principaux sujets abordés avec cette professionnelle se résument dans

l'extrait suivant : « Ben avec l'infirmière, on parle du bébé dans le fond là. Son poids, s'il va bien, s'il se développe bien » (JP02\_6 mois).

En somme, l'infirmière est une source crédible d'informations pour les jeunes pères. Par ailleurs, bien qu'ils ont tendance à affirmer que l'infirmière leur apporte surtout du soutien informationnel, on s'aperçoit que cela leur procure également du soutien émotionnel, tel que souligné par ce jeune père :

Si j'avais pas eu ça, je pense que je serais encore stressé là. Ça m'a mis plus en confiance, je pense. Tu sais, ils me disaient : « Il y a juste 5 raisons pourquoi qu'elle pleure. Tu es supposé avoir appris ça » [...] Mais là, à c't'heure, vu que je connais mon bébé, bien je sais quand elle fait [imite bébé qui pleure], c'est parce qu'elle est fatiguée. Quand elle pleure [imite bébé qui pleure], c'est parce qu'elle a faim (JP03\_6 mois).

L'infirmière guide, présente tout au long de la période périnatale, contribue par les informations qu'elle fournit aux pères, au renforcement de leur sentiment de compétence paternelle, notamment dans leurs capacités à donner des soins à leur enfant. Il est à souligner que les jeunes pères expriment peu d'autres formes de soutien; leur discours est essentiellement centré sur leur besoin d'information.

### **Représentations des infirmières quant à leur identité et à leur rôle professionnel**

C'est à travers leur description de leur intervention que l'on peut discerner comment les infirmières se représentent en tant que professionnelles auprès des jeunes pères, au sein du PSJP/SIPPE. Ceci dit, elles se conçoivent en tant que *vigile*, dont la responsabilité primaire est de surveiller le développement et bien-être de l'enfant et comme *guide-experte* en soutien à l'exercice du rôle paternel. Ceci dit, il importe de préciser que les infirmières utilisent de manière interchangeable les mots parents et jeunes pères même lorsqu'elles parlent spécifiquement des jeunes pères.

#### *L'infirmière vigile : surveillante du développement et bien-être de l'enfant*

Étant donné le contexte de vulnérabilité sociale des familles, l'infirmière exerce une obligation de vigilance et de surveillance pour assurer le développement et le bien-être de l'enfant. En fait, il incombe à l'infirmière la responsabilité de prévenir des retards de développement chez l'enfant :

[...] je travaille fort sur le développement de l'enfant, pour pas qu'il ait de retard. Mais euh, il y en a qui vont en avoir, c'est sûr. Même si on travaille fort, faut pas tout le temps mettre ça sur notre dos là, ok. Ça j'ai appris ça aussi. Euh j'ai des consœurs moi comme [prénom d'une infirmière] qui était en SIPPE pis qui a lâché pis est en régulier [programme universel]. Faut vraiment pas mettre ça sur nos épaules, vraiment pas. Il faut essayer de décrocher. J'ai bien dit essayer et ça c'est très difficile (INF12\_18 mois).

Pour y parvenir, une pratique de surveillance est de mise, particulièrement, pour évaluer le développement staturo-pondéral, l'alimentation et la sécurité physique du bébé. De plus, elles doivent veiller à ce que les parents — surtout la mère — développent un attachement sécurisant avec l'enfant, qu'ils ont les ressources matérielles suffisantes pour répondre à ses besoins et que ce dernier évolue dans un environnement sécuritaire et sans apparence de violence domestique. En cas de soupçons, cette surveillance se manifeste par des visites plus rapprochées puisqu'il faut : « beaucoup d'yeux pour voir qu'est-ce qui va se passer » (INF05\_6 mois). Par ailleurs, l'intensité de cette vigie peut être ajustée selon que les pères répondent aux attentes qu'ont les infirmières au regard de l'identité paternelle.

Enfin, leur responsabilité première étant envers l'enfant, l'infirmière doit demeurer vigilante dans la relation qu'elle développe avec les jeunes pères pour éviter que cela leur détourne de leur rôle de surveillance lorsque le développement ou la sécurité du bébé est compromis :

Mais tout en gardant en considération [que] le bébé dans le fond, c'est notre principal client, donc c'est de voir à ce que, ce qu'il évolue bien [...] Fait que ça demeure toujours dans le fond, le défi, oui, on développe des liens avec ces gens-là, mais c'est de ne pas oublier que l'enfant c'est notre client principal puis c'est de s'assurer que lui il a tout là. Même si euh il y a des tentatives là de part et d'autre là pour essayer de donner tout à l'enfant, si ce n'est pas fait, euh faut pas perdre de vue que c'est l'enfant notre client principal (INF06\_6 mois).

*L'infirmière guide-experte : une ressource dans l'exercice du rôle paternel*

Qu'il s'agisse d'accompagnement, d'orientation vers des ressources et surtout de transmission d'informations, les infirmières se conçoivent comme guides qui accompagnent les jeunes pères dans l'exercice de leur rôle et dans le développement de leur identité paternelle. D'une part, elles se représentent en tant qu'expertes dans l'évaluation et la réponse aux besoins (informationnels) des jeunes pères:

Parce qu'au début, tu sais, en faisant la collecte des données, bien on vérifie c'est quoi leurs besoins. On les accompagne là-dedans, dans le sens que tu sais, c'est pas nous autres qui conduit là-dedans, vraiment. Il faut apprendre à être assis à côté. [...] je les guide, je réponds à leurs besoins (INF03\_prenatal).

D'autre part, elles reconnaissent que leurs caractéristiques relationnelles les placent dans une position favorable pour accompagner et orienter les pères vers des ressources pouvant leur venir en aide puisqu'en général : « l'infirmière est mieux perçue » (INF07\_prenatal) que d'autres intervenantes.

Toutefois, bien qu'elles veuillent répondre à leurs besoins, la finalité de leur pratique d'accompagnement demeure le développement de l'enfant. En conséquence, elles mettent de l'avant plan leur rôle d'éducation pour assurer la réponse aux besoins des enfants et leur développement optimal :

Fait que moi je suis là pour comme professionnelle. Ok, mon rôle c'est d'avoir les choses scientifiques, des faits scientifiques, de l'accompagnement. Euh de leur montrer ce qui s'en vient. Ok? C'est quoi les outils. Je suis capable de les outiller, hein. C'est ça mon rôle. Euh pour le bébé aussi c'est que mon rôle est que si je suis capable d'outiller sa mère pour que lui ait des bons soins pis qu'y développe son attachement, la vie part bien là. [...] Mon rôle c'est aussi que cet enfant-là arrive avec le moins de retard possible à l'école. En montrant à la mère comment stimuler, comment l'écouter (INF02\_18 mois).

Ces interventions sont jugées obligatoires et non discutables comparativement à d'autres pouvant s'adresser aux besoins spécifiques des jeunes pères et surtout ceux des jeunes mères :

[...] c'est certain que pour ce qui est du lien d'attachement on n'a pas le choix de le travailler, même si les parents sont plus ou moins prêts à ce niveau-là, ben faut toujours le travailler quand même. Ça c'est non-discutable dans le sens que tu sais on travaille à ce moment-là pour l'adaptation des parents envers leur rôle, mais aussi pour le bon développement de l'enfant [...] Mais quand je vous parlais du projet de vie, c'est de voir si les parents sont rendus à ce niveau-là. À ce moment-là on peut aborder le sujet. Sinon, on met ça encore de côté-là... si l'opportunité s'y prête (INF06\_6 mois).

Par exemple, cette infirmière rapporte qu'elle aborde le sujet de réintégration socioprofessionnelle avec le père quand elle en a eu l'occasion : « Comme, je me suis intéressée à ses études. Euh tu sais : *“Dans quoi tu voulais t'embarquer? Que c'est que tu veux faire?”* » (INF05\_6 mois).

En résumé, toutes les infirmières rencontrées se jugent compétentes pour accompagner les pères dans le renforcement de leurs habiletés parentales, notamment par la transmission d'informations. Elles peuvent également les accompagner dans divers domaines, tels que rapportés dans l'extrait suivant, mais leur rôle principal demeure la surveillance du bien-être de l'enfant :

Je le [leur rôle] vois comme un support pour les aider dans leur planning de vie, dans l'organisation, dans le fond, avec le petit bébé, Je vois aussi que le bébé manque de rien. Je me vois comme un support, là, dans toute leur vie. Dans toutes les sphères de leur vie (INF13\_6 mois).

### La relation d'accompagnement entre les infirmières et les jeunes pères

La dernière section de ce chapitre correspond principalement à l'analyse du discours des participants. La Figure 3 illustre notre compréhension des éléments et processus qui constituent la relation d'accompagnement entre les infirmières et les jeunes pères.

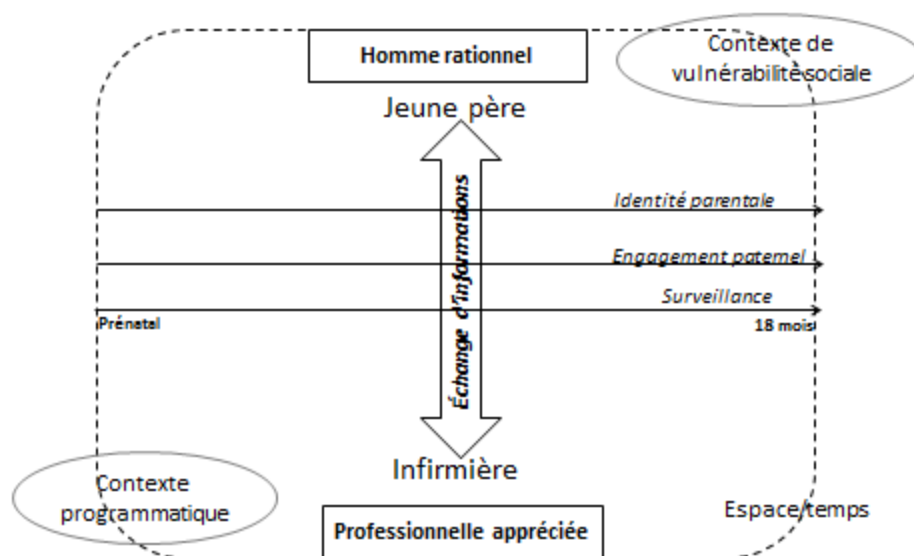


Figure 2. Configuration de la relation infirmière-jeune père

La relation d'accompagnement entre les jeunes pères et les infirmières se définit, au premier abord, par l'échange d'informations. Symbolisé par la flèche verticale au centre du modèle, l'échange d'informations évolue entre un jeune père et une infirmière dans un espace-temps et à travers trois processus concourants (les trois flèches horizontales) qui marquent la relation d'accompagnement. L'espace est représenté par les éléments dans les formes ovales qui renvoient aux contextes particuliers qui affectent la relation d'accompagnement. L'espace et la relation étant ici marqués par de multiples dimensions contextuelles extérieures au programme, il est représenté sur des lignes pointillées. Celles-ci signifient alors que le contexte et la relation ne sont pas imperméables aux influences externes, qu'il s'agisse de politiques publiques, de normes sociales ou culturelles en matière familiale, par exemple. De plus, cette ligne pointillée exprime la dimension temporelle de la relation d'accompagnement étudiée qui, en soi, est constitutive d'un processus de configuration de la relation – de la période prénatale à 18 mois de vie du bébé. Enfin, les deux formes rectangulaires représentent les principales caractéristiques attribuées à l'identité du jeune père et de l'infirmière dans cette relation. Ainsi, la relation d'accompagnement est marquée par le temps et l'espace social des acteurs, des processus spécifiques et l'identité sociale attribuée au jeune père et à l'infirmière. Par ailleurs, l'échange d'informations de part et d'autre permet à chacun de répondre à ses principales responsabilités. Pour les jeunes pères, il s'agit de répondre à un besoin d'apprentissage au regard des soins de l'enfant et de son développement. Pour les infirmières, ces échanges d'informations visent essentiellement à assurer le développement, la sécurité et le bien-être de l'enfant. L'espace-temps, les processus et les identités liées au genre qui constituent la relation d'accompagnement sont détaillés ci-après.

### **Les dimensions contextuelle et temporelle de la relation d'accompagnement**

La relation entre les infirmières et les jeunes pères se situe et évolue à l'intérieur de paramètres bien déterminés : l'espace social des acteurs et le temps. Deux contextes particuliers, en interaction avec le temps, influencent particulièrement le parcours de la relation entre les acteurs. Ces éléments agissent surtout sur les processus qui balisent leur relation.



Le premier élément contextuel renvoie à la situation de vulnérabilité sociale des parents, résultat d'une trajectoire de vie marquée par la défavorisation sociale et matérielle. Ce contexte peut fragiliser les capacités du jeune père à construire sa relation avec l'infirmière. Celle-ci est tout de même associée à une expérience vécue en milieu institutionnel dont des jeunes pères veulent sortir ou qui représente une forme de surveillance à récuser. Par exemple, un père raconte qu'il « [a] tout le temps été en famille d'accueil, fait que je me suis tout le temps dit : "je va tu sortir de là, tu sais, je va me faire ma famille à moi, pis partir de là" » (JP08\_prenatal). Pour ceux qui n'ont pas d'antécédents avec ce milieu, ils connaissent l'expérience de proches : « Parce que j'en ai entendu beaucoup. Tu sais des fois tu sais ils [en parlant des infirmières] venaient pis, tu sais ils voient quelque chose de bizarre pis là ils vont t'envoyer une travailleuse sociale, des affaires comme ça » (JP05\_6 mois). Par ailleurs, plus d'un jeune père a ressenti les attentes des infirmières à leur égard, voire des *a priori* peu favorables, étant donné le contexte de vulnérabilité sociale. Ce contexte peut certes créer une certaine barrière à la construction de la relation.

Quant aux infirmières, nous avons vu plus haut que le contexte programmatique du PSJP/SIPPE, voire l'opérationnalisation du programme, suggère que celui-ci privilégie les jeunes mères et leurs bébés; laissant ainsi le père au deuxième plan. Vu de la sorte, tant les infirmières que les jeunes pères entrent dans la relation à partir de contextes qui façonnent la relation d'accompagnement. Tel que nous le verrons, malgré ces dimensions contextuelles et avec le temps, la relation se construit, néanmoins. Le temps, en soi, configure la relation.

### **Trois processus qui marquent la relation d'accompagnement**

La relation entre les jeunes pères et les infirmières est traversée par trois processus concourants qui changent avec le temps : le développement de l'identité parentale du jeune père; le parcours de l'engagement dans des responsabilités paternelles; et la surveillance exercée par l'un et l'autre.

#### *Le développement de l'identité parentale : du deuxième parent à un parent (presque) équivalent*

Il se dégage du discours des participants l'idée que le père est un deuxième parent qui ne correspond pas à l'*idéal-type* du parent, cette identité étant conçue en première référence à

des caractéristiques maternelles. Pour les jeunes pères, ce sont les femmes qui détiennent, avant tout, l'expertise du devenir parent et des soins de l'enfant. Dès la grossesse, même lorsqu'il s'agit d'une première expérience de parentalité pour les deux parents, les jeunes pères ont tendance à reconnaître des compétences parentales innées à la mère, tandis qu'eux sont à risque de commettre des erreurs :

Moi, j'en ai un petit peu [appréhensions face à la naissance du bébé]. Parce que tu sais, je n'ai jamais élevé d'enfant. Je sais pas encore comment ça va se dérouler. Mais j'ai pas peur que [prénom de sa conjointe], si elle voit que je fais pas ça comme il faut, elle va sûrement me dire : « C'est pas de même, fais ça de même. » (JP03\_prénatal).

Par contre, avec l'expérience, ils se surprennent à se reconnaître aussi compétents que la mère : « c'est que je ne croyais pas être un aussi bon père » (JP07\_6 mois). L'identité de parent se développe avec le temps, partant du deuxième parent à un parent presque équivalent à la mère.

Le discours des infirmières met également en évidence l'idée que le père est un parent secondaire. D'une part, on ne les conçoit pas, *a priori*, comme ayant les capacités de répondre aux besoins de l'enfant. De plus, elles ne portent pas les mêmes attentions et priorités à l'attachement paternel qu'à l'attachement maternel. Ainsi, la place qui est accordée au père dans le cadre du suivi PSJP/SIPPE apparaît moins importante. On s'adresse principalement à la mère, surtout au début du suivi, pour tout ce qui concerne le bébé :

Je dirais c'est principalement ça dans toutes les familles. Le contact se fait là avec la mère [...] Mais je vous dirais, quand on appelle, on ne demande pas à parler au père. C'est vraiment la mère, habituellement (INF06\_prénatal).

N'étant pas au premier plan de l'intervention, il semble que les infirmières ne se déplacent pas d'emblée auprès des pères : c'est lui qui est appelé à se joindre à l'espace de soins. Cet espace se situe généralement autour de la table de cuisine, un environnement traditionnellement féminin. Plusieurs infirmières soulignent d'ailleurs la difficulté des pères à demeurer assis autour de la table de cuisine lors des interventions à domicile : « Le jeune papa, quand il a été là, s'est montré intéressé. Pas au point de rester assis à la table de la cuisine à l'entrevue avec nous, par exemple » (INF15\_6 mois). Néanmoins, cet espace d'intervention qui apparaît défavorable à un engagement relationnel avec le père demeure privilégié par

l'infirmière. Il est le bienvenu lorsqu'il vient chercher des informations, selon ses besoins : « Je pense qu'il vient plus chercher, quand qu'il a des besoins » (INF04\_6 mois).

Lorsque les jeunes pères font preuve d'habiletés dans les soins de l'enfant, ou dans certains cas, se substituent au rôle traditionnellement exercé par la mère dans les soins de l'enfant, les infirmières les considèrent comme des parents « équivalents ». Ceci semble réduire la distance relationnelle entre l'infirmière et le jeune père. Dans ces circonstances, il semble être plus facile pour les infirmières de s'engager auprès du jeune père, particulièrement lors des interventions réalisées en triade de « jeune père, bébé et infirmière ».

La reconnaissance de l'identité parentale du jeune père, par lui-même et l'infirmière, contribue ainsi à l'évolution de la relation d'accompagnement. Certains jeunes pères expriment d'ailleurs, la facilité à interagir avec l'infirmière, considérée maintenant comme une figure féminine, qui les guide dans leur apprentissage des différents besoins de l'enfant :

Je peux parler sans être jugé, dans le fond. [...] Bien, je la considère un peu, pas comme une grand-mère, là, mais comme une matante, là. Tu sais, là, elle joue avec le petit, puis tu sais, c'est le fun. Tu sais, elle s'intègre comme dans la famille, sans prendre trop de place. C'est ça qui est le fun (JP01\_6 mois).

Du côté des infirmières, le rapprochement avec les jeunes pères favorise une meilleure connaissance de ces derniers et modifie leur perception à l'égard de ces hommes. Par exemple, des comportements du jeune père, autrefois considérés comme de l'indifférence à leur présence, sont interprétés différemment.

Ceci dit, malgré l'évolution observée dans la relation d'accompagnement, la plupart des interactions entre les jeunes pères et les infirmières demeurent centrées sur l'échange d'informations au regard du bébé.

### *Engagement dans les responsabilités paternelles*

Un autre processus qui marque la relation entre l'infirmière et le jeune père est son engagement dans l'exercice de ses responsabilités paternelles. Avant même l'arrivée du bébé, les jeunes pères se mobilisent pour se préparer à répondre à leurs responsabilités de père, de conjoint et d'homme adulte. D'ailleurs, ils s'identifient comme des pères responsables; et nous avons remarqué que ce sens des responsabilités perdure et se renforce dans le temps. Aussi,

plus ils assument ces responsabilités, plus ils recherchent et souhaitent recevoir de l'information auprès des infirmières rencontrées.

Or, les infirmières ne perçoivent pas d'emblée que ces hommes assument ces différentes responsabilités; il s'agit surtout d'une attente exprimée par ces professionnelles. Lorsqu'elles constatent, toutefois, que le jeune père s'engage dans l'exercice de ses responsabilités paternelles, la relation d'accompagnement se construit. Lorsqu'elles observent le développement des habiletés des jeunes pères à prendre soin de leur enfant, de même que, leur contribution à la sécurité matérielle et au bien-être de la mère et de l'enfant, elles reconnaissent l'engagement dans les responsabilités paternelles. Par ailleurs, un père qui met en œuvre les recommandations de l'infirmière est jugé responsable. Dans cette optique, l'information échangée est un véhicule important du développement des responsabilités paternelles et de la reconnaissance de l'exercice de ces responsabilités.

#### *La surveillance exercée par l'un et l'autre*

Au début de la relation d'accompagnement, il y a surveillance mutuelle entre les acteurs. Pour les jeunes pères, cette surveillance résulte de leurs craintes face aux conséquences potentielles de l'entrée de l'infirmière au sein de la famille et de la manière dont ils se conçoivent, en tant que pères, aux yeux des infirmières :

[...] au début quand elle venait là, moi je restais dans le salon. Jouais à mon PlayStation pis [ricane] je regardais. Moi, j'allais pas dans la cuisine. Pis des fois même [elle] disait à ma blonde, [elle] disait : « Ah euh j'aime ça moi que les pères ils s'impliquent. » Mais tu sais c'était une affaire subtilement pour me dire que je m'impliquais pas, tu sais (JP05\_6 mois).

Avec le temps et l'évolution des deux autres processus concourants, cependant, ces derniers deviennent moins méfiants et accordent un plus grand espace à la construction de la relation avec l'infirmière.

Pour l'infirmière, vigie et guide, nous avons vu plus haut qu'elles expriment l'obligation d'exercer une surveillance des conduites et aptitudes parentales pour veiller au développement de l'enfant, puisque « [...] faut pas perdre de vue que c'est l'enfant notre client principal » (INF06\_6 mois). Une autre raconte : « Euh mon rôle, je le vois, de les accompagner dans le cheminement qu'ils vont faire finalement [...] de m'assurer qu'avec

l'enfant, on chemine bien, que le développement est bien, que les aptitudes parentales soient adéquates » (INF04\_6 mois). Par conséquent, l'échange d'informations entretenu avec le jeune père permet, d'une part, la collecte de données pour l'évaluation de la santé, du développement, de la sécurité et du bien-être de l'enfant; et d'autre part, l'exercice d'enseignements à suivre. Cette forme de surveillance est d'ailleurs peu perçue par les jeunes pères rencontrés. Le rôle de guide et de vigie est conçu favorablement, comme un aide plutôt qu'une surveillance. Avec le temps et la construction de la relation d'accompagnement, toutefois, la collaboration du père avec l'infirmière devient une autre forme de surveillance. Lorsqu'il « écoute bien » et met en pratique les recommandations de cette dernière, il peut passer du surveillé à un surveillé-surveillant. Des infirmières racontent « se fier » sur ces jeunes pères, en voie de devenir parents responsables, pour assurer le bien-être de l'enfant et pour leur rapporter des besoins, particulièrement au sein de familles où les compétences maternelles sont jugées déficientes.

### **Des attributs identitaires qui configurent la relation d'accompagnement**

Deux caractéristiques spécifiques, attribuées respectivement à l'identité professionnelle de l'infirmière et à l'identité du jeune père participent à la configuration de la relation d'accompagnement : l'infirmière en tant que professionnelle appréciée et le jeune père en tant qu'homme rationnel plutôt qu'émotionnel.

#### *L'infirmière : une professionnelle appréciée*

Selon les jeunes pères, l'infirmière est une professionnelle ayant une identité disciplinaire distincte des autres professionnelles. Elle est appréciée pour ses habiletés relationnelles et son attitude professionnelle qui inspire confiance et qui facilite, avec le temps, la construction de la relation :

Je me sens mieux avec l'infirmière qu'avec l'intervenante [travailleuse sociale]. Oui, parce qu'elle est plus jeune, puis elle comprend plus. Puis, elle est plus sympathique, je trouve. Elle est plus souriante, aussi [...] C'est vraiment qu'est-ce qu'elle dégage qui me met en confiance avec elle. Je suis très sélectif, ça fait qu'il y a pas grand monde qui sont capables de m'approcher comme il faut, là » (JP03\_6 mois).

D'autres jeunes pères la décrivent comme une professionnelle non menaçante, authentique. Bref, « Elle n'avait aucune malice là » (JP02\_6 mois). Par ailleurs, les infirmières

reconnaissent qu'elles sont perçues favorablement par les pères. Elles utilisent ceci comme un atout qui leur permet, entre autres, d'exercer et de maintenir leur rôle de surveillance. Une précise qu'« en tant qu'infirmière en général, les jeunes parents, euh bon, habituellement l'infirmière est mieux vue, est mieux perçue que la travailleuse sociale » (INF07\_ prénatal). Étant « mieux vue », l'infirmière est en mesure d'échanger des informations et d'être « écoutée » par les jeunes pères.

*Jeune père : homme rationnel plutôt qu'émotionnel*

Dans l'ensemble, les jeunes pères s'identifient encore à certains archétypes en présentant surtout l'image de l'homme rationnel plutôt qu'émotionnel; en d'autres mots, un homme fort sur le plan émotionnel et qui, généralement, peut se débrouiller seul.

Par exemple, des jeunes pères se considèrent avant tout comme des êtres rationnels puisqu'ils examinent leurs options avant d'agir : « Moi, je prends le temps d'analyser chaque chose là. » (JP06\_18 mois). Il en est de même pour la gestion des émotions. Ils doivent contrôler leurs émotions ou, du moins, ne pas les exprimer de manière consciente; comme s'il n'est pas naturel pour l'homme d'exprimer ouvertement ses émotions. D'ailleurs, même si les jeunes pères reconnaissent qu'ils vivent plusieurs sources de stress relatives à leurs responsabilités paternelles, un seul participant a laissé comprendre, d'une manière certes voilée, qu'il serait ouvert à un soutien émotionnel, si l'opportunité se présentait :

[...] dans le cours [prénatal], ils laissent le père à part. Ils ne laissent pas vraiment le père à part mais on apprend pareil, parce qu'ils expliquent tu sais le contexte de la maternité de la mère. Mais le père, il vit quelque chose aussi. Parce qu'en tant que tel, tu sais moi dans les débuts, je ne savais pas qu'est-ce qui allait m'arriver [...] Ils n'expliquent pas vraiment qu'est-ce le père peut ressentir là-dedans. (Q : Pis toi t'aurais aimé ça qu'ils abordent ce sujet-là plus là?) Oui, ça aurait été le fun. Parce que en même temps ça l'implique que la mère va comprendre le père aussi (JP04\_ prénatal)

Ce faisant, les jeunes pères ne s'engagent pas dans des échanges d'ordre émotionnel avec l'infirmière. Pour ce père, qui se décrit comme introverti, il s'agit d'une caractéristique typiquement masculine :

Moi, c'est plus parce que je suis pas du genre à aller en parler tout de suite, là. J'aime ça, penser à mes affaires. Ça fait que moi, je m'enferme tout seul dans un coin, puis je pense à mes affaires, le temps qu'il faut. Puis là, je prends mes décisions de

même, tu sais. Ça fait homme de Cro-Magnon un peu, mais... C'est comme ça que je marche (JP03\_6 mois).

La rationalité est associée, dans le discours des jeunes pères, à l'idée de l'homme « autonome » qui peut s'organiser seul et qui, par conséquent, n'a pas besoin d'aide : « je suis un gars qui apprend sur le tas... » (JP07\_6 mois). Ainsi, les pères rencontrés ne jugent pas pertinent d'avoir une intervenante privilégiée pour un accompagnement intensif dans le cadre du suivi SIPPE; l'infirmière est principalement l'intervenante de la mère. Le père : « n'a pas besoin de se faire tenir par la main disons » (JP03\_prenatal). Ce jeune père ajoute : « C'est juste que j'aime mieux être tout seul, j'aime pas trop ça être encadré, tu sais. Je voudrais être capable de faire mes affaires tout seul, tu sais, [...] c'est l'indépendance là. Je veux être capable. (JP05\_6 mois).

Les infirmières semblent partager la même conception de l'homme rationnel plutôt qu'émotionnel. Elles évoquent d'ailleurs rarement les besoins psychologiques ou d'ordre émotionnel des jeunes pères comparativement à ceux de la mère. Par exemple, le père est rarement questionné sur le stress que peuvent engendrer leurs responsabilités paternelles, même lorsque l'occasion se présente. Nous l'avons vu plus haut, elles semblent faire principalement appel à la rationalité des pères en axant leur intervention auprès d'eux sur la transmission d'informations, particulièrement en lien avec les besoins de l'enfant :

[Suite à une rencontre à domicile où l'infirmière était seule avec le père et le bébé] Est-ce que j'ai répondu à ses besoins? Euh, je me souviens pas plus précisément, est-ce qu'il avait un besoin particulier d'information? Ça a été beaucoup euh axé sur de l'information, sur le nouveau-né et tout ça (INF15\_6 mois).

En résumé, les résultats de cette étude indiquent, selon une perspective sensible au genre, que la relation entre les jeunes pères est à surtout à la base d'échange d'informations. Elle s'élabore à l'intérieur de contextes particuliers et est marquée par des éléments processuels et identitaires. Dans le prochain chapitre, ces résultats sont mis en relation avec des écrits scientifiques.

## **Chapitre 6**

### **Discussion des résultats**



Ce dernier chapitre est divisé en trois parties. La première aborde les résultats de l'étude, incluant un retour sur la littérature scientifique, selon deux axes. Le premier axe met en exergue l'apport d'une perspective sensible au genre à notre objet d'étude à travers un examen des nuances entre les représentations identitaires et de rôle des jeunes pères et des infirmières. Une telle perspective fait ressortir des conceptions qui semblent avoir une incidence sur la relation d'accompagnement et la pratique des infirmières. Dans le second axe, nous verrons comment la modélisation de la relation d'accompagnement « jeune père-infirmière » (Figure 2) permet de porter une attention particulière aux dynamiques relationnelles selon le genre. La modélisation amplifie notre compréhension de la relation d'accompagnement en faisant porter notre attention sur des dynamiques à l'œuvre, à la confluence des représentations des acteurs. La deuxième partie de ce chapitre fait état de l'originalité, de forces et de limites de l'étude. Nous terminerons en précisant des contributions de notre recherche au développement des connaissances en sciences infirmières au sujet des hommes vivant en situation de vulnérabilité et la relation d'accompagnement. En cohérence avec une perspective sensible de genre, il importe de préciser que la discussion a une portée pour l'ensemble des intervenants infirmiers malgré l'usage dominant de références discursives au féminin.

### **L'apport d'une perspective sensible au genre à l'analyse des représentations identitaires et de rôle des jeunes pères et des infirmières**

Cette étude met en lumière la pertinence d'une perspective sensible au genre pour décrire et comprendre la relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières dans des services de première ligne destinés aux jeunes parents. Cette perspective permet de mettre en exergue des nuances entre les représentations respectives de ces acteurs au sujet de l'identité paternelle du jeune père et de l'identité professionnelle de l'infirmière. L'analyse de ces nuances suggère que la relation d'accompagnement et l'agir qui y prend forme sont, du moins en partie, le fruit des représentations et conceptions des acteurs.

Tel que rapporté au chapitre précédent, les jeunes pères et les infirmières conçoivent l'identité paternelle selon trois figures, celles de père, conjoint et homme, tandis que l'infirmière est conçue comme un vigile/guide. En ce qui concerne **l'identité de père**, les

jeunes pères se décrivent comme des pères présents et soignants tandis que les infirmières les conçoivent, *a priori*, comme étant peu compétents – particulièrement pour exercer des responsabilités liées aux soins de leurs enfants. Nous l’avons vu plus haut, certaines d’entre elles expriment leur surprise quand le jeune père demeure seul à domicile avec l’enfant ou qu’il est à l’aise et habile lorsqu’il change une couche. Nos résultats concordent avec des savoirs existants au Québec et ailleurs dans le monde à l’effet que les jeunes pères reconnaissent la contribution importante de leur présence dans la vie de leurs enfants et s’engagent à être présents pour exercer leurs responsabilités (Deslauriers, 2010; Devault et al., 2008; Ferguson et Gates, 2015; Lemay, et al., 2010). Pour ce qui est des infirmières, bien que la littérature scientifique soit assez muette à cet égard, les résultats d’études ayant pour objet les pratiques infirmières auprès des pères (Kaila-Behm et Vehviläinen-Julkunen, 2000; Massoudi et al., 2011), ou auprès des pères vivant en contexte de vulnérabilité sociale (Ménard, 1999; St-Arneault, 2013), sont cohérents avec nos résultats indiquant que ces professionnelles perçoivent les pères moins compétents que les mères. Nos résultats permettent d’ailleurs de poursuivre l’élaboration de ceux de Höglund et Holmström (2008) qui ont aussi adopté une perspective sensible au genre. Leur étude, réalisée dans des services d’Info-Santé, signale que les infirmières demandent souvent aux pères de se retirer pour parler avec la mère même si c’est le père qui les contacte puisqu’à prime abord, les pères sont jugés moins compétents. Les pères tentent d’exercer une responsabilité paternelle, tandis que des infirmières semblent leur refuser. Ainsi, une perspective sensible au genre, qui considère les représentations identitaires des acteurs liées à la paternité, donne tout autant un sens à l’engagement des pères auprès de leurs enfants qu’aux pratiques, en apparence contradictoires, des infirmières.

Notre étude met également en évidence la représentation de chacun des acteurs de l’**identité du conjoint** du jeune père. À l’instar d’autres études, en tant que conjoints, nos participants conçoivent qu’ils ont la responsabilité d’assurer le bien-être émotionnel de leur conjointe (Deslauriers, 2010; Devault et al., 2008; Glikman, 2004; Wilkes et al., 2011), notamment en exerçant leurs responsabilités paternelles. Plusieurs tentent d’assumer davantage de responsabilités liées aux soins de l’enfant, particulièrement dans les moments où ils jugent que la mère a besoin de répit dans les premières semaines suivant la naissance de

l'enfant, afin de favoriser son bien-être émotionnel. Quant aux infirmières, malgré la reconnaissance que les jeunes pères favorisent le bien-être de la mère par sa participation aux tâches domestiques ou aux soins du bébé, elles valorisent l'identité du conjoint principalement à travers son rôle de pourvoyeur de biens ou de sécurité matérielle. De leur point de vue, il s'agirait d'un facteur de protection contre la vulnérabilité sociale ou la fragilité psychologique de la jeune mère. Ce faisant, les infirmières ayant participé aux entretiens suggèrent une vision assez traditionnelle du rôle paternel puisqu'elles estiment un (jeune père) conjoint comme étant responsable essentiellement de par son statut d'emploi. D'ailleurs, lorsqu'un jeune père est dans l'incapacité de s'engager sur le marché du travail (i.e. de répondre d'un rôle de pourvoyeur), les infirmières expriment une plus grande inquiétude et surveillent davantage la trajectoire des mères et des bébés. Dans ces situations, le jeune père n'est pas conçu comme étant une ressource pour la mère.

Or, nos résultats suggèrent que le rôle de pourvoyeur n'apparaît pas comme étant central à la représentation qu'ont les jeunes pères de leur identité en tant que conjoint. À leur responsabilité d'assurer le bien-être émotionnel de la mère de leur enfant, et de demeurer présent pour leur enfant, s'ajoute néanmoins l'expression d'inquiétudes quant à leurs capacités à répondre à des obligations financières afin de répondre aux besoins de base de l'enfant (Bunting et McAuley, 2004 ; Quéniart, 2002; Quinlivan et Condon, 2005). Toutefois, leur représentation de leur identité ne semble pas *essentialisé* à l'idée de pourvoyeur, au même degré abordé par les infirmières. Une perspective sensible au genre permet donc de saisir que l'identité de conjoint prend une signification différente pour les jeunes pères et les infirmières, notamment en ce qui a trait au rôle de pourvoyeur. Les normes sociales selon l'âge et la classe sociale pourraient, en partie, expliquer ces identités de genre. Nous n'avons pas repéré des recherches qui abordent cette question en sciences infirmières.

Troisièmement, la majorité des jeunes pères de cette étude rapporte que la paternité participe à la construction de leur **identité masculine**. Ils se conçoivent comme homme-en-devenir, suivant une logique de responsabilité selon laquelle il importe d'être un modèle paternel positif pour leur enfant. Leur point de repère est la conception et l'expérience qu'ils ont de leur propre père : les jeunes pères se donnent pour responsabilité de mettre en œuvre différentes stratégies pour répondre aux besoins de leurs enfants et se donner des moyens pour

leur offrir un avenir meilleur (Devault et al., 2008; Glikman, 2004; Lemay et al., 2010; Tuffin, Rouch et Frewin, 2010). Pour les infirmières participantes, le jeune père représente plutôt un homme irresponsable (de prime abord) et potentiellement dangereux pour la jeune mère et l'enfant, particulièrement s'il apparaît autant vulnérable que sa conjointe. Le discours des participantes suggère que cet homme peut devenir violent et, par conséquent, qu'il est à surveiller, surtout s'il est sans emploi et demeure à la maison. Lorsqu'il peut subvenir aux besoins de sa famille et qu'il fait preuve de maturité en appliquant les enseignements prodigués, le jeune père est néanmoins susceptible de devenir un allié pour l'infirmière dans sa pratique d'accompagnement auprès de la famille. Bref, une perspective sensible au genre nous permet de saisir que les infirmières ne conçoivent pas l'identité masculine (ou d'homme en devenir) des jeunes pères à partir d'un même repère. Ces derniers se réfèrent à leur père (plus ou moins responsable) qu'il importe de dépasser; tandis que le discours des infirmières renvoie à des conceptions de pourvoyeur et possiblement à leur expérience clinique de cas singuliers de personnes potentiellement violentes. Lorsqu'il y a démonstration de correspondance à des attentes généralement admises pour correspondre au bon père, cet homme peut devenir un allié (un partenaire). En parcourant la littérature scientifique dans le domaine de l'intervention de première ligne en contexte de parentalité précoce ou en périnatalité/petite enfance, il n'a pas été possible de retrouver des résultats similaires.

Enfin, en ce qui a trait à **l'identité professionnelle de l'infirmière**, celle-ci est reconnue par les jeunes pères pour son accessibilité et des compétences professionnelles qui lui confèrent une identité de vigile-guide. La *guidance* est particulièrement associée aux informations fournies aux pères au sujet des besoins et du développement de l'enfant, lesquelles renforcent l'exercice de leur rôle paternel. L'infirmière est également décrite comme vigile-guide par son rôle d'éducation et de veille sur le développement du bébé dans une autre (et unique) étude réalisée auprès de jeunes pères dans un programme similaire aux SIPPE (Ferguson et Gates, 2015). De l'avis des jeunes pères de cette étude anglaise et de la nôtre, ils sont généralement reconnaissants au regard du soutien informationnel reçu des infirmières, ce qui contribue au renforcement de leurs habiletés paternelles.

Les infirmières rencontrées dans notre étude avancent également un rôle de vigile dans l'expression de leur identité professionnelle. Elles mettent à l'avant-plan leur obligation de

veiller au développement et au bien-être de l'enfant en raison des contextes de vie des jeunes parents, tout en exprimant la surveillance exercée auprès des jeunes pères. La notion de guide apparaît toutefois secondaire dans leur discours. Elles expriment plutôt une identité de *vigie-experte* auprès des jeunes pères pour pallier à leur manque de connaissances dans le domaine du soin de l'enfant, un domaine traditionnellement féminin. Une perspective sensible au genre signale, dès lors, des nuances dans l'expérience vécue de la surveillance. L'expertise exercée par l'infirmière vigile est vécue comme un accompagnement par les jeunes pères, selon un rapport plus ou moins horizontal ou réciproque; tandis que le rapport apparaît parfois hiérarchique ou plus unidirectionnel, du point de vue de l'infirmière : elle doit transmettre des savoirs au père-qui-ne-sait-pas. À ce jour, aucune étude n'exprime cette identité infirmière de la sorte, dans le domaine de la périnatalité/petite enfance, en sciences infirmières. Il est possible de décoder certains grands traits de ces idées, notamment dans les recherches ayant fait l'objet des pratiques infirmières à l'endroit des pères (Alehagen et al., 2011; Ménard, 1999; St-Arneault, 2013). Mais l'identité vigile-guide/experte n'est pas élaborée.

En somme, une perspective sensible au genre permet d'explorer des nuances dans les représentations des jeunes pères et des infirmières quant à l'identité paternelle et l'identité professionnelle de l'infirmière. Ces représentations sont essentielles pour réfléchir l'agir potentiel de l'un et l'autre acteur, notamment pour concevoir la relation d'accompagnement entre les jeunes pères et les infirmières (Figure 2). Nous vous proposons ci-dessous un retour sur la modélisation issue de notre analyse.

### **La modélisation de la relation d'accompagnement « jeune père-infirmière »**

Le deuxième axe de cette discussion constitue le thème central de cette recherche. Nous proposons ici de considérer certaines dimensions de la modélisation pour réfléchir les dynamiques relationnelles qui sont à l'œuvre. Le chapitre des résultats ayant permis de présenter les éléments constitutifs du modèle, nous mettons l'emphase ici sur les reliances entre ces éléments pour amplifier notre compréhension de la relation d'accompagnement, à la confluence des représentations des acteurs. La modélisation de nos résultats suggère que la relation entre les jeunes pères et les infirmières prend principalement forme autour de l'échange d'informations axées sur les besoins de l'enfant. Bien que cette dynamique

apparaisse déterminante pour caractériser la relation d'accompagnement, les représentations différenciées discutées ci-haut prennent forme dans un espace-temps qui fait évoluer la relation. En particulier, notre modélisation suggère qu'il y a évolution, voire une possible transformation de la relation avec le temps, selon les représentations d'identité et de rôle des jeunes pères et des infirmières. De plus, elle met en exergue le contexte qui participe à l'évolution de la relation d'accompagnement. La considération de ces dimensions temporelle et contextuelle constitue ainsi des repères pour non seulement décrire la relation d'accompagnement, mais pour la situer, en pratique, selon une perspective sensible au genre (qui situe les représentations identitaires ou de rôles des acteurs).

La dimension temporelle de la modélisation de la relation d'accompagnement entre les jeunes pères et les infirmières signale ainsi qu'il y a évolution et possible transformation de cette relation. Celle-ci évolue à travers des dynamiques liées à la connaissance : connaissance de soi, connaissance de l'autre ou connaissances transmises. Ainsi, malgré un *a priori* que semblent partager les infirmières et les jeunes pères à l'effet que ces derniers n'ont pas d'emblée les ressources requises pour répondre aux besoins de leur enfant et que l'instinct parental est surtout du domaine de la mère, les jeunes pères arrivent néanmoins à dépasser un sentiment de doute qui marque leur identité paternelle. Ils acquièrent un certain sentiment de confiance en leurs compétences avec l'expérience et l'information transmise par les infirmières. Des jeunes pères rencontrés au cours de la grossesse et qui manifestaient des craintes face à leurs capacités à répondre aux besoins physiques de leur enfant, exprimaient, au cours du deuxième entretien (réalisé à l'âge de 6 mois du bébé) leur satisfaction à demeurer seul avec l'enfant puisqu'ils avaient maintenant une bonne connaissance de leurs besoins. Par exemple, ils pouvaient distinguer les types de pleurs chez l'enfant et y répondre en conséquence. La connaissance de soi et l'acquisition de nouvelles connaissances sont donc en jeu dans la dynamique de la relation d'accompagnement. D'autres études rapportent le doute exprimé par les jeunes pères dans leur transition à la parentalité. Ce doute est principalement associé à un manque de connaissances résultant d'une moins grande accessibilité à des services pouvant les préparer à cette transition (Dallas, 2000; Deslauriers, 2010) ou à des attitudes des professionnels de la santé qui leur procurent un sentiment d'exclusion même lorsqu'ils sollicitent eux-mêmes du soutien informationnel (Quinton, Pollock et Golding,

2002). Cependant, nous savons que les infirmières peuvent contribuer au sentiment de compétence parental des jeunes pères par les informations qu'elles leur fournissent (Ferguson et Gates, 2015). Dallas (2009) a d'ailleurs rapporté que les informations que fournissent les professionnels de la santé est au cœur de l'appréciation des jeunes pères au regard de leurs interactions avec ces intervenants.

Autrement, lorsque les infirmières reconnaissent que les jeunes pères déploient des compétences, ont le temps de les connaître dans leurs réalités et de constater qu'ils sont en mesure de prendre soin de l'enfant, voire de leur conjointe, la relation d'accompagnement se transforme, et prend forme dans le discours des infirmières. Le passage d'une moins grande (ou aucune) compétence (paternelle, en tant que conjoint) à une (re)connaissance, par l'infirmière, du jeune père, est toutefois en décalage par rapport à la représentation identitaire des jeunes pères, dans notre étude. On peut soupçonner que ce constat est généralisable considérant que les pères sont *a priori* jugés incompetents par les infirmières (Höglund et Holmström, 2008). À leur manière, avant d'être reconnus, les jeunes pères sont déjà à l'œuvre pour répondre aux différentes responsabilités liées à leur rôle, et ils semblent déjà se concevoir comme des pères responsables; alors que les infirmières sont dans l'attente qu'ils le deviennent. Si cet écart est trop important, notamment lorsque le rôle de pourvoyeur n'est pas tout à fait conforme à la représentation identitaire du jeune père, selon l'infirmière, la relation d'accompagnement peut apparaître fragilisée et risque d'inscrire ces hommes dans une trajectoire d'exclusion au sein des services de première ligne. D'autres études ont déjà soulevé le défi de la relation entre des jeunes pères et des professionnels de la santé lorsque ces derniers ressentent des préjugés à leur égard ou se sentent ignorés et mis à l'écart par ces professionnels (Ross et al., 2012); donc non reconnus dans leur rôle paternel.

En ce qui a trait à la dimension contextuelle de la modélisation (Figure 2), les contextes de vie des jeunes pères et le contexte programmatique du PSJP/SIPPE inscrivent, indéniablement, une dynamique de surveillance dans la relation d'accompagnement entre les jeunes pères et les infirmières. D'une part, le contexte de vie des jeunes parents semble justifier la surveillance qu'exercent les infirmières lorsque l'on s'inscrit dans une logique de prévention de retards de développement chez l'enfant. Ce faisant, une telle surveillance peut être ressentie comme un jugement des infirmières, particulièrement au début de la relation

d'accompagnement, où plusieurs participants de notre étude se sentent en évaluation en matière de leurs aptitudes parentales; ce qui semble délimiter davantage les frontières dans leurs rapports avec l'infirmière. D'ailleurs, Ferguson (2016) souligne qu'en plus de ressentir un sentiment de culpabilité dû au manque de ressources financières pour répondre aux besoins de base de leurs enfants, les jeunes pères vivant dans des conditions de vulnérabilité sociale auraient tendance à se désengager des services destinés à leurs familles : la surveillance accrue des infirmières, particulièrement lorsqu'il y a une plus grande vulnérabilité, a une incidence sur la participation des pères aux activités des infirmières et par conséquent, leur relation d'accompagnement avec les pères. Ferguson et Gates (2015) relatent d'ailleurs qu'il est encore plus difficile pour les infirmières de faire une place aux jeunes pères dans des familles où la mère est perçue très vulnérable.

À l'opposé, notre étude suggère que dans un contexte de moins grande fragilisation matérielle et financière, lorsqu'un jeune père correspond à une identité de pourvoyeur offrant une protection à la jeune mère et des ressources à son enfant, la relation d'accompagnement prend une forme différente. Le jeune père peut devenir un allié dans la pratique d'accompagnement de l'infirmière auprès de la famille, notamment s'il peut, à son tour, assurer une certaine surveillance du bien-être de la dyade mère-enfant pour l'infirmière. Ce changement de la représentation identitaire du jeune père, par l'infirmière, modifie la relation d'accompagnement vers une forme nouvelle. La relation d'accompagnement demeure centrée sur l'échange d'information, mais elle devient plus réciproque. Certains jeunes pères, qui au début de la relation étaient distants, par exemple en demeurant au salon lors de la visite de l'infirmière alors que celle-ci discutait dans la cuisine avec leur conjointe, participaient davantage rencontres subséquentes maintenant que leurs compétences paternelles étaient reconnues. Il arrivait d'ailleurs dans certaines situations (par exemple, l'absence de la mère) que les rencontres à domicile aient lieu en triade infirmière, jeune père et bébé. Ces pères ont plus tendance à décrire l'infirmière comme une amie ou une tante tandis que les infirmières vont les qualifier de « bons gars ». Nous n'avons pas repéré d'autres études qui élaborent clairement cette transformation de la relation infirmière-jeune père, du moins, pas à partir du point de vue des infirmières.



Le contexte programmatique, par ses principes, maintient une dynamique de surveillance, bien que la qualité de celle-ci puisse changer selon l'évolution de la relation d'accompagnement. Le PSJP/SIPPE étant particulièrement dédié à la jeune mère et au bébé, les jeunes pères semblent plutôt être accompagnés, en mode vigie-surveillance, pour éviter de fragiliser davantage la dyade mère-bébé, du moins dans un premier temps. Lorsqu'un père devient, en quelque sorte, un allié de la (sur)veille-ance exercée par les infirmières, il n'en demeure pas moins que la dynamique comporte une certaine surveillance-de-l'homme-qui-surveille-sa-famille. La modélisation suggère ainsi que le jeune père *demeure* sous surveillance. Cette dynamique apparaît néanmoins tacitement acceptée par les jeunes pères qui qualifient les infirmières de très sympathiques et « sans aucune malice ». De plus, en faisant appel à la rationalité des jeunes pères et en entretenant une relation d'accompagnement surtout centrée sur l'échange d'information, les infirmières répondent au besoin de soutien informationnel exprimé par les jeunes pères, ce qui renforce l'appréciation du lien établi. La question demeure à savoir comment la relation d'accompagnement se déroulerait s'il y avait davantage d'engagements dans une dynamique de soutien émotionnel.

Tel que nous l'avons constaté au chapitre précédent, les jeunes pères expriment peu de besoins de soutien émotionnel aux infirmières malgré leur discours sur le stress vécu durant la grossesse et dans la période postnatale immédiate. D'autres chercheurs ont d'ailleurs rapporté que les jeunes pères font peu de demandes d'aide relatives à des besoins émotionnels ou psychologiques et reçoivent peu de soutien en ce sens même lorsqu'ils éprouvent un niveau élevé de détresse émotionnelle ou psychologique (Quinlivan et Condon, 2005; Weinman, Buzi et Smith, et 2005; Wendland et Levandowski, 2011). Des jeunes pères rencontrés dans notre étude attribuent leur difficulté à extérioriser leur besoin émotionnel par leurs caractéristiques masculines qui n'encouragent pas l'expression de leurs émotions. Ils expriment surtout le besoin d'acquérir des connaissances pouvant contribuer au développement de leurs compétences paternelles, principalement après la naissance de l'enfant ou de l'accompagnement dans la réponse aux besoins émotionnels de leur partenaire (Dallas, 2000; Ross et al., 2012; Wilkes et al., 2011). Ceci dit, certains participants de l'étude de Ferguson et Gates (2015) ont apprécié l'accompagnement reçu par l'infirmière dans leurs démarches d'intégration à l'emploi ou des conseils pour optimiser leur relation de couple.

La dynamique de surveillance que comporte la relation d'accompagnement est non sans rappeler les dynamiques potentielles de pouvoir liées aux relations de genre (Johnson et Repta, 2012). Les normes socioculturelles produisant des attentes différentes en regard des identités, rôles ou pouvoirs attribués aux hommes et aux femmes (par exemple, les identités, rôles et pouvoirs socialement attribués aux pères et aux mères), par conséquent, les différentes liées au genre se manifestent concrètement à travers les relations sociales constituées de dynamiques de pouvoirs (Connell, 1995; IRSC, 2012; Johnson et Repta, 2012). En ce qui concerne la notion de surveillance infirmière, des écrits empiriques (par exemple, Bernard, 2012) et théoriques (par exemple, Holmes et Gastaldo, 2002) en sciences infirmières nous renvoient aux concepts de gouvernementalité et de biopouvoir de Foucault (Holmes, 2001; Holmes, 2002). Il est question de pouvoir exercé par autrui sans pour autant qu'il y ait de coercition et de pouvoir exercé sur soi-même par l'autorégulation. Ces pouvoirs s'exerçant principalement par des mécanismes de surveillance, nos résultats concernant l'identité professionnelle des infirmières suggèrent que les infirmières sont engagées dans des relations de pouvoir, qu'elles le conçoivent de cette manière ou non.

En résumé, la modélisation de la relation d'accompagnement « jeune père-infirmière », selon une perspective sensible au genre, souligne trois dynamiques particulières : une dynamique d'échange d'informations, en interrelation avec des dynamiques de (re)connaissance et de surveillance. La considération des dimensions temporelles et contextuelles interagissant avec les représentations d'identité et de rôle, du point de vue différencié d'infirmières et de jeunes pères, s'est avérée productive pour approfondir notre compréhension de la relation d'accompagnement et ses enjeux et sensibilités. À ce jour, les recherches empiriques qui réfléchissent explicitement l'espace-temps de la relation entre des infirmières et des pères qu'elles accompagnent sont inexistantes, à notre connaissance. Ferguson (2016) a récemment invoqué la pertinence d'examiner les relations entre des jeunes pères et des professionnels de la santé selon une approche systémique qui tient compte du genre pour comprendre les dynamiques de ces relations. Notre recherche s'inscrit résolument dans cette avenue.

## Originalité et portée de l'étude

Cette section aborde l'originalité de cette étude, ses principales forces et limites, et les contributions potentielles de cette recherche aux sciences infirmières.

### L'originalité de l'étude

L'originalité de cette étude réside dans son approche sensible au genre, combinée à une approche de modélisation, qui génère des connaissances originales dans la discipline infirmière.

Le recours à une perspective sensible au genre pour aborder la dimension relationnelle de la pratique infirmière auprès des pères est quasi-inédit en sciences infirmières. Cette perspective a permis de faire ressortir des représentations identitaires socialement construites dans la relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières. Plus particulièrement, elle rend compte de conceptions *a priori*, voire de préjugés plus ou moins questionnés, quant aux compétences parentales des pères, leurs responsabilités et aux rôles attendus. Par exemple, la valorisation, par les infirmières, du rôle de pourvoyeur pour assurer la sécurité matérielle et le bien-être de la famille, bien que (peut-être) surprenante, mérite d'être soulignée pour mieux comprendre la relation d'accompagnement auprès de jeunes pères vivant en situation de vulnérabilité sociale. Autre exemple, l'appel à la rationalité des jeunes pères, notamment pour pallier à leur manque de connaissances dans le domaine du soin de l'enfant, répond certainement à une demande des jeunes pères. Ce faisant, la conception de l'homme rationnel laisse supposer que d'autres besoins propres aux jeunes pères sont peu évalués par les infirmières, y incluant leur besoin de soutien émotionnel dont l'expression semble être contraire à leur propre représentation identitaire. De tels aspects sont peu considérés dans la pratique infirmière auprès des pères (Massoudi et al., 2011).

Le recours à la modélisation systémique, ajoutée à une analyse orientée selon une perspective sensible au genre, a également permis de rendre compte de l'interrelation qui existe entre des représentations identitaires et les dimensions temporelles et contextuelles de la relation d'accompagnement. Dans le cas de notre étude, nous avons ainsi pu enrichir la qualité de notre interprétation et dépasser le constat des défis que rencontrent les infirmières dans l'établissement de rapports avec les pères (St-Arneault, 2013), pour comprendre les

dynamiques de cette relation d'accompagnement. De plus, ces repères méthodologiques et théoriques aident à donner un sens à la transformation possible de la relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières et aux dynamiques de surveillance observées qui s'apparentent à des relations de pouvoir. De plus, elle offre une source théorique pertinente pour réfléchir des dynamiques relationnelles dans la pratique infirmière, indépendamment du genre des acteurs en jeu. Enfin, il est à souligner que notre étude constitue, à plusieurs égards, un ajout aux connaissances en sciences infirmières, principalement les résultats offrant le point de vue des infirmières. Il existe peu d'études qui abordent directement la pratique infirmière auprès de jeunes pères vivant en situation de vulnérabilité sociale et qui considèrent le point de vue de ces professionnelles. Les traits de cette relation rapportés par Ferguson (2016) ne représentent que la perspective des jeunes pères.

### **Les forces et les limites de l'étude**

Nous abordons les forces et les limites selon trois principales caractéristiques de cette étude : le recours à l'analyse secondaire de données, les caractéristiques des jeunes pères participants et le contexte du PSJP/SIPPE.

L'analyse secondaire de données constitue à la fois une force et une limite de cette étude. Premièrement, ce choix limite la possibilité d'approfondissement puisqu'il est impossible de retourner sur le terrain pour compléter certaines données pouvant favoriser une compréhension plus approfondie de certains thèmes. Dans notre étude, cette possibilité aurait permis d'inviter les infirmières à élaborer leurs propos. Un retour régulier aux transcriptions originales des entretiens permet toutefois de constater qu'il a été difficile pour la plupart des infirmières de parler de leur pratique auprès des jeunes pères, même lorsqu'on leur posait des questions spécifiques, et quelques fois répétées, à cet égard. Leurs propos revenaient facilement aux réalités des jeunes mères et leur pratique auprès de celles-ci. Ceci est révélateur du défi d'explicitation sa pratique professionnelle (Richard, 2013) et du programme en soi qui fait peu de place aux pères. Néanmoins, plusieurs auteurs soulignent l'avantage de l'utilisation de données secondaires pour une analyse sensible au genre puisqu'il est difficile de questionner directement les identités et la construction sociale des relations (Johnson, 2012).

En d'autres termes, l'analyse secondaire (et dans cette recherche, combinée à une approche d'analyse du discours) a permis de dépasser le défi des infirmières de parler de leur pratique en examinant, à travers leurs discours, des normes socialement construites et constitutives du discours (Johnson et al., 2009).

Une autre limite de l'analyse secondaire de données est l'absence de l'étudiante-chercheuse sur le terrain au moment de la collecte de données. Toutefois, son expérience professionnelle dans les SIPPE ainsi que son intégration au sein de *l'Équipe d'évaluation du PSJP*, de même que l'accompagnement de sa directrice de recherche, chercheure principale de la recherche initiale, ont soutenu ses aptitudes à interpréter avec justesse les propos des participants. De plus, il importe de reconnaître l'abondance des données retenues pour l'analyse. Au total, 34 entretiens semi-dirigés et les notes d'observation post-entretien qui s'y rattachent ont été analysés.

Les caractéristiques des jeunes pères participants pourraient constituer une limite quant au transfert de certains résultats générés par notre étude. Notre échantillon était composé de pères qui vivaient majoritairement avec la mère de l'enfant, ce qui n'est pas le cas dans la plupart des études recensées tant au Québec qu'ailleurs dans le monde (Bunting et McAuley, 2004; Deveault et al., 2008; Ferguson, 2016; Quinton et al., 2002). Nos résultats, particulièrement ceux concernant leur représentation en tant que conjoints, doivent donc être considérés transférables à des contextes où le jeune père cohabite avec la mère de l'enfant ou, en cas de séparation du couple, entretient de bonnes relations avec celle-ci. Puisque les résultats de recherche sont partagés quant à l'effet de la séparation du couple sur la relation des jeunes pères avec leur ex-conjointe (la mère de l'enfant) de même que sur leur implication parentale (Devault et al., 2008; Lewin et al., 2011; Ngu et Florsheim, 2011), il importe de considérer la transférabilité de ces résultats avec prudence.

En outre, tel que mis en évidence par notre modélisation de la relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières, le contexte du PSJP/SIPPE est un aspect à considérer avant de transférer ces résultats à d'autres contextes de soin. Il appert que ces professionnelles doivent respecter des lignes directrices du programme, lequel est centré surtout sur les besoins des mères. Par exemple, les critères d'éligibilité au programme ne concernent pas les pères; seul l'âge de la mère est pris en compte (MSSS, 2004). De plus, les

mécanismes de reddition de compte aux instances régionales et ministérielles ne permettent pas de tenir compte des pratiques infirmières à l'endroit de ces hommes (Gendron et al., 2014a). À cela s'ajoute l'absence de dossiers cliniques pour les pères dans la plupart des milieux cliniques. Nos résultats étant, en partie, le reflet d'un contexte programmatique particulier, ils sont donc transférables dans des contextes de pratique similaires, soit des ressources de première ligne destinées aux familles vivant en situation de vulnérabilité.

### **Contributions de l'étude pour les sciences infirmières et les services de première ligne en périnatalité et en petite enfance**

Les principales contributions de cette recherche pour les sciences infirmières concernent la pratique clinique, la formation et la gestion. Cette étude a également une portée pour les décideurs ministériels et régionaux qui orientent les lignes directrices des services de périnatalité et de la petite enfance, incluant les SIPPE.

En ce qui concerne **la pratique clinique des infirmières**, cette étude invite à une reconnaissance des compétences parentales des jeunes pères et de leur place au sein du PSJP/SIPPE. À partir de nos résultats, il apparaît opportun pour les infirmières de reconsidérer leurs représentations de l'identité paternelle des jeunes pères étant donné que celles-ci peuvent renforcer l'évolution de leur relation, comme lorsqu'elles valorisent les jeunes pères dans leur rôle de soignants auprès de leurs enfants et reconnaissent les moyens qu'ils mettent en œuvre pour favoriser le bien-être de leur partenaire. À l'inverse, ces professionnelles peuvent nuire à leur relation avec les jeunes pères, particulièrement lorsqu'elles attendent que ceux-ci fassent preuve de compétences parentales avant de les accorder un espace dans leur pratique d'accompagnement ou lorsqu'elles les valorisent principalement à travers leur rôle de pourvoyeur.

Les dynamiques potentielles de pouvoir inhérentes à la surveillance que les infirmières sont appelées à exercer, particulièrement auprès de familles vivant des situations de grande vulnérabilité sociale, méritent d'être questionnées. Selon Ferguson (2016), les jeunes pères qualifiés de « plus vulnérables » ont plus tendance à se désengager des services puisqu'ils ont peur de s'exposer aux infirmières, particulièrement lorsque ces professionnelles les interrogent sur leur passé ou des sujets qui ne concernent pas directement le bébé (Ferguson, 2016). Dans de tels contextes, la vigie-surveillance que pratique l'infirmière, entres autres par une évaluation continue de leurs aptitudes parentales, peut fragiliser davantage les jeunes pères

dans l'exercice de leurs responsabilités paternelles puisqu'ils pourraient être encore plus réticents à manifester leurs besoins, voir même leur besoin d'information. Bien que la surveillance infirmière ait des visées positives (Holmes et Gastaldo, 2002), nous sommes d'avis que l'intersection des qualités relationnelles de l'infirmière et d'une dynamique de surveillance pose des enjeux qui méritent réflexion pour assurer la continuité d'un lien qui appuie le pouvoir d'agir des jeunes pères.

La pratique d'accompagnement des infirmières étant principalement centrée sur le déploiement de soutien informationnel, nous croyons qu'il importe de demeurer vigilantes face à d'autres besoins que les jeunes pères expriment peu ouvertement (Weinman et al., 2002; Wendland et Levandowski, 2011). Certes, le soutien informationnel procure également un soutien émotionnel, en termes de soulagement d'inquiétudes. Toutefois, les propos des jeunes pères comportent d'autres enjeux (émotionnels, psychologiques, sociaux) et invitent à décoder leurs réalités.

Du côté de **la formation des infirmières**, l'intégration des concepts de genre et de la paternité dans la formation initiale des étudiantes en sciences infirmières et la formation continue pour celles qui exercent dans les services de première ligne ou en périnatalité/petite enfance constitue des voies à privilégier. Il s'agit de déconstruire des conceptions pouvant s'apparenter à des préjugés, et d'optimiser la pratique infirmière auprès des pères (de Montigny et al., 2009). En corollaire, la formation initiale des infirmières mérite un renforcement au niveau de la pratique réflexive (Dubé, 2012). Il s'agit d'une compétence essentielle pour réfléchir les normes sociales, les dynamiques, les représentations identitaires qui modulent la pratique et les relations de soins.

Au regard de ce qui précède en regard du contexte programmatique dans la relation d'accompagnement « infirmière-jeune père », **la gestion** des programmes spécifiques dédiés aux familles vivant en situation de vulnérabilité sociale constitue un enjeu pour soutenir la pratique clinique des infirmières et leur formation continue. À cet égard, les gestionnaires de ces programmes sont appelés à réfléchir sur des moyens pour créer des espaces de supervision clinique pour faciliter la pratique réflexive des infirmières et le développement de leur pratique d'accompagnement auprès de pères et leur famille (Gendron et al., 2014a). L'instauration d'espaces de supervision clinique peut soutenir la capacité d'agir des infirmières notamment par des réflexions sur leur pratique en contexte de vulnérabilité sociale

et les moyens pour favoriser l'inclusion des pères dans leur pratique d'accompagnement. Ceci est d'autant plus important sachant que les pères sont moins à l'aise à prendre leur place dans les services de périnatalité/petite enfance, milieux qu'ils considèrent comme étant des espaces féminins (Dolan et Coe, 2011), et que les infirmières œuvrant dans les SIPPE sont presque exclusivement des femmes (Gendron et al., 2014a).

À cet égard, la modélisation issue de nos résultats de recherche pourrait servir d'ancrage à un espace de réflexivité avec des infirmières au sujet de leur pratique d'accompagnement auprès des pères. Nous savons que les infirmières exerçant dans les SIPPE ont peu accès à la supervision clinique (Gendron et al., 2011; Gendron et al., 2014a) comparativement à d'autres infirmières œuvrant dans des programmes similaires (Ferguson et Gates, 2015).

Enfin, basés sur les résultats de cette étude, nous énonçons deux pistes à privilégier par les **instances ministérielles et régionales**, lesquelles orientent les politiques en matière de la périnatalité et en petite enfance, comme les SIPPE. Premièrement, il importe de mettre en place des mécanismes pour documenter et valoriser les interventions réalisées auprès des pères. Comme nous l'avons déjà dit, notre expérience de terrain dans les SIPPE a permis de constater que les interventions réalisées auprès des pères sont rarement décrites dans les dossiers cliniques et qu'il est difficile de les comptabiliser par les mécanismes de reddition de compte en place. À l'instar de Montigny et St-Arneault (2013), nous recommandons que ces décideurs mettent à la disposition des gestionnaires de programmes SIPPE des indicateurs de reddition de compte permettant de tenir compte des interventions réalisées auprès des pères. Aussi, il serait avisé d'ajouter des informations relatives aux pères dans la fiche de périnatalité, notamment dans les cas de parents séparés afin de favoriser la poursuite de l'accompagnement du père dans l'exercice de son rôle paternel. De telles orientations procureraient aux infirmières une reconnaissance de leur rôle auprès des pères et optimiseraient leur pratique d'accompagnement auprès d'eux.

Deuxièmement, pour créer de réels espaces favorables aux pères dans les services de périnatalité et la petite enfance, comme l'exige le contexte social actuel, les instances ministérielles et régionales doivent inscrire les pères dans leurs plans d'action lorsqu'ils développent des services pour les familles ou des ressources spécifiques destinées aux familles de pères vivant en situation de vulnérabilité sociale. Par exemple, nous les invitons à réfléchir



à des stratégies d'action pour inclure les pères dans le prochain plan de mise en œuvre de leur Politique de périnatalité.

### **Pistes pour la recherche future**

Trois pistes pour la recherche future découlent de la discussion des résultats de cette étude. En premier lieu, nous sommes d'avis qu'une perspective sensible au genre constitue un apport pertinent pour toute étude qui aborde la relation d'accompagnement dans la pratique infirmière. Notre compréhension des représentations socialement construites dans la relation d'accompagnement et d'une dynamique de pouvoir n'aurait pu être élaborée sans ce repère théorique. D'ailleurs, l'intégration d'une telle perspective est recommandée dans toute recherche en santé pour son apport à la qualité des connaissances générées (Greaves, 2012; Sims et al., 2010). La recherche en sciences infirmières gagne donc à adopter une telle orientation.

En deuxième lieu, la modélisation produite à partir de nos résultats de recherche pourrait être utilisée comme point de départ pour problématiser la relation d'accompagnement entre des infirmières et des jeunes pères et poursuivre une recherche empirique sur le terrain, qu'il s'agisse d'une recherche participative ou autre. De plus, considérant l'apport de la dimension espace-temps dans ce modèle, il apparaît opportun d'explorer cette dimension dans de futures recherches. Peu de chercheurs, à l'exception de (Richard, 2013), ont tenu compte de l'espace-temps pour aborder la pratique infirmière. Les dimensions contextuelle et temporelle permettent non seulement de décrire la relation d'accompagnement, mais également de la situer. Il serait donc pertinent de reconduire cette recherche auprès de jeunes pères dont leurs enfants sont âgés de deux ans et plus ou auprès d'un échantillonnage plus hétérogène quant au statut de conjugalité du jeune père. Considérant les limites soulignées ci-haut quant à notre échantillonnage, le point de vue de jeunes pères séparés permettrait de compléter nos résultats relatifs à leurs représentations de leur propre identité paternelle et de leur relation avec l'infirmière. En outre, il serait avisé d'explorer en profondeur la portée de la dynamique de vigie-surveillance exercée par l'infirmière sur le lien d'accompagnement dans de telles recherches pour soutenir leur pratique d'accompagnement auprès de pères vivant en situation de vulnérabilité sociale.

Enfin, cette expérience de recherche nous amène à souligner la pertinence de l'analyse secondaire de données pour générer des connaissances originales et à interpeler les chercheurs en sciences infirmières à une plus grande utilisation de cette méthode. L'analyse secondaire de données comporte certes des limites, comme toute autre méthode, mais elle facilite le développement de connaissances à faible coût (Heaton, 2004; Szabo et Stang, 1997). Aussi, dans le cadre d'une recherche adoptant une perspective sensible au genre, l'analyse secondaire de données qualitative est particulièrement avantageuse en ce qu'elle permet d'explorer des normes ou représentations socialement construites tout en réduisant l'énoncé de discours marqués par la désirabilité sociale (Johnson, 2012).

## **Conclusion**

Cette recherche qualitative interprétative avait pour but de décrire, selon une perspective sensible au genre, les représentations identitaires et de rôles qui configurent la relation d'accompagnement entre des jeunes pères et des infirmières dans le cadre des SIPPE. L'analyse croisée du discours des participants et le recours à la modélisation systémique ont permis de documenter les représentations respectives de ces deux groupes d'acteurs au sujet de l'identité paternelle du jeune père et de l'identité professionnelle de l'infirmière, en plus de modéliser leur relation d'accompagnement selon une perspective sensible au genre.

En ce qui concerne les représentations identitaires, les résultats de cette étude mettent en exergue des nuances entre les conceptions de ces acteurs, respectivement, au sujet de l'identité paternelle du jeune père et de l'identité professionnelle de l'infirmière. Alors que les jeunes pères se conçoivent en tant que pères présents et soignants, conjoints responsables et modèles paternels positifs (ou plus positifs que le modèle qu'offrait leur propre père) pour leur enfant, les infirmières les conçoivent, *a priori*, comme des pères peu compétents dans le domaine du soin de l'enfant. S'ils sont engagés dans un emploi, ou en voie de l'être, elles conçoivent les jeunes pères comme des conjoints pourvoyeurs et protecteurs pour leur famille; dans les cas contraires, le jeune père représente un homme potentiellement dangereux pour le bébé et la mère de son enfant. Pour ce qui est de l'identité professionnelle de l'infirmière, celle-ci est décrite par les jeunes pères comme vigile et guide par son rôle d'éducation et de veille au développement de l'enfant. Les infirmières mettent plutôt de l'avant une identité de vigie-surveillance pour le bien-être de l'enfant et se posent en *experte* auprès des jeunes pères pour pallier à leur manque de connaissances dans le domaine du soin de l'enfant.

Nous inscrivant dans une perspective systémique, nous avons poursuivi notre analyse selon une perspective sensible au genre à travers une modélisation qui offre une compréhension des dynamiques à l'œuvre dans la relation d'accompagnement entre les jeunes pères et les infirmières, à la confluence des représentations identitaires mentionnées ci-haut. Notre modélisation souligne des dynamiques particulières et inter-reliées qui configurent et transforment la relation d'accompagnement à travers le temps et en fonction du contexte particulier des jeunes pères et des infirmières dans le cadre des SIPPE : l'échange d'informations, en interrelation avec la (re) connaissance et la surveillance du jeune père. Nous n'avons pu repérer d'autres recherches empiriques qui réfléchissent explicitement les

dynamiques selon le genre et l'espace-temps de la relation entre des infirmières et des pères qu'elles accompagnent.

La mise en perspective de nos résultats avec des savoirs disciplinaires a permis de souligner l'importance de considérer les jeunes/pères vivant en situation de vulnérabilité sociale comme parents à part entière à travers la pratique infirmière d'accompagnement. Cela implique de les reconnaître en tant que parents compétents dans les soins des enfants et en tant qu'hommes responsables qui se soucient du bien-être de leur famille. En plus du soutien informationnel sollicité par les jeunes pères, l'accompagnement offert par les infirmières pourrait également répondre à des besoins peu exprimés, mais bien présents, de soutien émotionnel. D'autre part, les infirmières sont appelées à demeurer vigilantes quant aux dynamiques potentielles de pouvoir inhérentes à la surveillance qu'elles exercent en contexte de vulnérabilité sociale, notamment à la portée de cette surveillance sur la continuité d'un lien en appui au pouvoir d'agir des jeunes pères. Pour soutenir le développement de la pratique infirmière d'accompagnement auprès de jeunes parents, nous proposons, en particulier, l'intégration des concepts de genre et de paternité dans le cursus de formation initiale des infirmières et dans des activités de supervision clinique avec des infirmières en exercice. Il serait également pertinent que les gestionnaires et décideurs des programmes SIPPE inscrivent les pères dans leurs plans d'action et mettent en place des mécanismes de reddition de compte qui tiennent compte des interventions réalisées auprès des pères pour favoriser leur place dans l'accompagnement offert à leur famille. Enfin, nous soulignons la pertinence d'une perspective sensible au genre et le recours à la modélisation systémique, autant pour concevoir la relation d'accompagnement que pour réfléchir la pratique infirmière.

## **Références**

- Alehagen, S., Hägg, M., Kalén-Enterlöv, M. et Johansson, A. (2011). Experiences of community health nurses regarding father participation in childhealth care. *Journal of Child Health Care*, 15(3), 153-162. doi: 10.1177/1367493511403952
- Allen, W D. et Doherty, W J. (1996). The responsibilities of fatherhood as perceived by africanamerican teenage fathers. *Families in society*, 77(3), 142-155
- Barclay, L. et Lupton, D. (1999). The experiences of new fatherhood: A socio-cultural analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1013–1020.
- Barlett, E E. (2004). The effects of fatherhood on the health of men: a review of the literature. *JMHG*, 1(2–3), 159–169.
- Benzies, K., Magill-Evans, J., J.Harrison, M., MacPhail, S. et Kimak, C. (2008). Strengthening new fathers' skills in interaction with their 5-month-old infants: who benefits from a brief intervention? *Public Health Nursing*, 25(5), 431–439. doi: 10.1111/j.1525-1446.2008.00727.x
- Bernard, L. (2012). *Analyse critique de la culture de sécurité face aux risques biologiques et pandémiques pour les infirmières* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Bottorff, J L., Oliffe, J L., Robinson, C A. et Carey, J. (2011). Gender relations and health research: a review of current practices. *International Journal for Equity in Health*, 10 (60).doi:10.1186/1475-9276-10-60
- Bottorff, J.L., Oliffe, J.L., Kelly, M.T. et Chambers, N.A. (2012). Approches to examining gender relations in health research. Dans J.L. Oliffe et L. Greaves. *Designing and conducting gender, sex et health research* (pp. 175-188). London: SAGE Publications.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiment by Nature and Design*. Harvard University Press, Boston.
- Bronte-Tinkew, J., Carrano, J., Horowitz, A. et Kinukawa, A. (2008). Involvement among resident fathers and links to infant cognitive outcomes. *Journal of Family Issues*, 29(9), 1211-1244.

- Bryman, A. (2004). Interviewing in qualitative research. Dans: *Social research methods*, 2<sup>e</sup> édition, pp. 311-333. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Bunting, L. et McAuley, C. (2004). Research review : Teenage pregnancy and parenthood : The role of fathers. *Child and Family Social Work*, 9 (3), 295-303.
- Castillo, J., Welch, G. et Sarver, C. (2011). Fathering: the relationship between fathers' residence, fathers' sociodemographic characteristics, and father involvement. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 1342–1349.
- Chalmers, K. (1992). Working white men: an analysis of health visiting practice in families with young children. *International Journal of Nursing Studies*, 29(1), 3-16.
- Chinn, P. L. et Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing (8th ed.)*. St-Louis, Missouri: Mosby.
- Cohen, Y. (2012). Du nursing au care : le genre d'une profession. *Aporia. La revue en sciences infirmières*, 4(1), 42-50.
- Connell, RW. (1987). *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics*. Cambridge, England: Polity Press.
- Connell, RW. (1995). *Masculinities*. Cambridge : Polity.
- Conseil de la famille et de l'enfance (CFE) (2008). *L'engagement des pères. Le rapport 2007-2008 sur la situation et les besoins des familles et des enfants*. Gouvernement du Québec. Récupéré de : [http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/cfe\\_rapp\\_engagement-peres\\_web5.pdf](http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/cfe_rapp_engagement-peres_web5.pdf)
- Courtenay, W.H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science et Medicine* 50, 1385-1401.
- Creswell, J.W. (2009). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (3e éd.)*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Cronick, L M. (2007). The experiences of adolescent fathers (Mémoire de maîtrise inédit). University of Alaska Anchorage, États-Unis.
- Dallas, C., Wilson, T. et Salgado, V. (2000). Gender differences in teen parents' perceptions of parental responsibilities. *Public Health Nursing*, 17 (6), 423-433.



- Dallas, C. (2009). Interactions between adolescent fathers and health care professionals during pregnancy, labor, and early postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic et Neonatal Nursing*, 38, 290-299. DOI : 10.1111/j.1552-6909.2009.01022.x
- de Montigny, F. et Lacharité, C. (2004). Father's perceptions of the immediate postpartal period. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33(3), 328-339.
- de Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C., Quéniart, A., Dubeau, D., Miron, J.-M., Fleurant, A., Gervais, C., Dragon, J.-F., Este, D., St-Amand, N., Bélanger, J.-M. et Lozier, F. (2009). L'enseignement des enjeux de la paternité dans les universités canadiennes. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 15(1), 102-119. doi: 10.7202/029589ar
- Desjardins, M. et Paquette, D. (2008). Les jeunes pères. Besoins et services complémentaires? Dans C. Parent, S. Drapeau, M. Brousseau et E. Pouliot, *Visages multiples de la parentalité*. Québec, Canada : Les Presses de l'Université Laval.
- Deslauriers, J.M. (2010). L'expérience des futurs jeunes pères durant la période prénatale. *Reflets: revue d'intervention sociale en communautaire*, 16 (1), 63-100.
- Deslauriers, J-P. et Deslauriers, J-M. (2010). La recherche auprès des hommes : défis et enjeux. Dans J-M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest Dufault, D. Blanchette et J-Y. Desgagnés. *Regards sur les hommes et les masculinités. Comprendre et intervenir*. Presses de l'Université Laval.
- Dolan, A. et Coe, C. (2011). Men, masculine identities and childbirth. *Sociology of Health & Illness*, 33(7), 1019-1034. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01349.x
- Drummond, J.E., Weir, A.E. et Kysela, G.M. (2002). Home visitation programs for at-risk young families: A systematic literature review. *Canadian Journal of Public Health*, 93(2), 153-158.
- Dubé, V. (2012). *Développement, mise à l'essai et évaluation d'une intervention de pratique réflexive avec des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Dubeau, D., Deveault, A., & Forget, G. (2009). *La paternité au XXIe siècle*. Québec, Canada : Les Presses de l'Université Laval.
- Dupuis, F. (2007). *Modélisation systémique de la transition pour les familles ayant un adolescent atteint de fibrose kystique en phase pré-transfert vers l'établissement adulte* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.

- Dupuis, F., Duhamel, F. et Gendron, S. (2011). Transitioning care of an adolescent with cystic fibrosis: development of a systemic hypothesis between parents, adolescents, and health care professionals. *Journal of Family Nursing*, 17, 291-311. doi:10.1177/1074840711414907
- Durand, D. (1979). *La systémique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Fägerskiöld, A. (2006) Support of fathers on infants by the child health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 79-85.
- Ferguson, H. et Gates, P. (2015). Early intervention and holistic, relationship-based practice with fathers: evidence from the work of the Family Nurse Partnership. *Child and Family Social Work*, 20, 96–105. doi:10.1111/cfs.12059
- Forget, G. (2009). La promotion de l'engagement paternel, des archétypes à transformer, une pratique à construire. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 15(1), 79-101.
- Gahagan, J., Gray, K. et Whynacht, A. (2015). Sex and gender matter in health research: addressing health inequities in health research reporting. *International Journal for Equity in Health* Sample, doi:10.1186/s12939-015-0144-4
- Gavart-Perret, M-L., Gotteland, D., Haon C. et Jolibert, A. (2012). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion. Réussir son mémoire ou sa thèse*. (2e éd., p. 11-62). Montreuil, France: Pearson.
- Gendron, S. (2001). *La pratique participative en santé publique: l'émergence d'un paradigme*. Thèse de doctorat, Faculté de médecine, Université de Montréal. Montréal: Publication du GRIS (T01-04).
- Gendron, S., Dupuis, G., Moreau, J., Clavier, C., Dupuis, F. et Lachance-Fiola, J. (2014a). *Évaluation du programme de Soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie I. Portrait de l'intervention PSJP et analyse de l'accompagnement privilégié prénatale et postnatale 0-6 semaines*. Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Équipe d'Évaluation du Programme de soutien aux jeunes parents.

- Gendron, S., Moreau, J., Dupuis, G., Lachance-Fiola, J. et Clavier, C. (2014b). *Évaluation du programme de Soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 3. Modélisation de cibles d'actions du PSJP : le développement des enfants et les parcours de vie des jeunes parents*. Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Équipe d'Évaluation du *Programme de soutien aux jeunes parents*.
- Gendron, S., Pierre, M., Lamontagne, L., Vyncke, J., Goulet, C. et Équipe d'évaluation du PSJP (2011). *Les modalités d'accompagnement privilégié auprès des jeunes parents des Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE) en CLSC : quel rôle pour l'infirmière?* Communication par affiche présentée au Congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Montréal, Québec.
- Gendron, S et Richard, L. (2015). La modélisation systémique en analyse qualitative : un potentiel de pensée innovante. *Recherches qualitatives-Hors-séries*, 17, 78-97.
- Glikman, H. (2004). Low-income young fathers: contexts, connections, and self. *Social Work*, 49(2),195-206.
- Gough, B. et Robertson, S. (2012). Content and discourse analysis. Dans J.L. Oliffe et L. Greaves. *Designing and conducting gender, sex et health research* (pp. 161-173). London: SAGE Publications.
- Gouvernement du Québec (2010). *Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012. Un projet porteur de vie*. Récupéré de: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-918-01.pdf>
- Graves, L. (2012). Why put gender and sex into health research? Dans JL. Oliffe et L. Greaves. *Designing and conducting gender, sex et health research* (pp. 3-14). London: SAGE Publications.
- Guba, E.G. et Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications
- Guba, E. G., et Lincoln, Y. S. (1998). Competing Paradigms in Qualitative Research. Dans: *The Landscape of Qualitative Research, Theories and Issues*, NK Denzin et YS Lincoln (eds.). Thousand Oaks: Sage Publ, (pp. 195-220).

- Harden, A., Brunton, G., Fletcher, A., Oakley, A., Burchett, H. et Bakhs, M. (2006). *Young people, pregnancy and social exclusion: A systematic synthesis of research evidence to identify effective, appropriate, and promising approaches for prevention and support*. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Heaton, J. (1998). Secondary analysis of qualitative data. *Social research update*, 22, University of Surrey.
- Heaton, J. (2004). What is secondary analysis. Dans J. Heaton, *Reworking qualitative data* (pp 1-19). London: SAGE Publications. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781849209878.n1>
- Heaton, J. (2008). Secondary analysis of qualitative data: An Overview. *Historical Social Research*, 33(3), 33-45.
- Henwood, K. et Procter, J. (2003). The good father: reading men's accounts of paternal involvement during the transition to first-time fatherhood. *British Journal of Social Psychology*, 42, 337-355.
- Hesse-Biber, S N. et Leavy, P. (2011). *The practice of qualitative research, 2<sup>e</sup> édition*, Sage Edition.
- Höglund, A.T. et Holmström, I. (2008). "It's easier to talk to a woman". Aspects of gender in Swedish telenursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2979-2986.
- Holmes, D. (2001). *Articulation du contrôle social et des soins infirmiers dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Holmes, D. (2002). Police and pastoral power: governmentality and correctional forensic psychiatric nursing. *Nursing Inquiry* 9(2), 84-92.
- Holmes, D., & Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 557-565.
- Howson, R. (2006). *Challenging hegemonic masculinity*. New York: Routledge.
- Institut national de santé publique (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*. Gouvernement du Québec. Récupéré de [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1141\\_EfficaciteInterventionsSIPPE.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1141_EfficaciteInterventionsSIPPE.pdf)

- IRSC (2012). L'influence du genre et du sexe. Un recueil de cas sur la recherche liée au genre, au sexe et à la santé. Récupéré de : [http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/What a Difference Sex and Gender Make-fr.pdf](http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/What%20a%20Difference%20Sex%20and%20Gender%20Make-fr.pdf)
- Johnson, J. L. (2012). *Sex, gender and Qualitative health research*. Communication présentée au 18<sup>th</sup> Qualitative Health Research Conference, Montréal, Québec.
- Johnson, J. L., Greaves, L. et Repta, R. (2009). Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. *International Journal for Equity in Health*, 8(14), 1-11. doi:10.1186/1475-9276-8-14.
- Johnson, J. L. et Repta, R. (2012). Sex and gender. Beyond the binaries. Dans J.L. Oliffe et L. Greaves. *Designing and conducting gender, sex et health research* (pp. 17-37). London: SAGE Publications.
- Kaila-Behm, A. et Vehviläinen-Julkunen, K. (2000). Ways of being father: how first-time fathers and public health nurses perceive men as fathers. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 199-205.
- Knaak, S. (2004). On the reconceptualizing of gender: Implications for research design. *Sociological Inquiry*, 74(3), 302-317.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage.
- Lamb, M. E. (2010). *The role of fathers in child development, 5th edition*. New Jersey: Wiley.
- Lehti, V., Sourander, A., Sillanmäki, L., Helenius, H., Tamminen, T., Kumpulainen, K. et Almqvist, F. (2012). Psychosocial factors associated with becoming a young father in Finland: a nationwide longitudinal study. *BMC Public Health*, 12, 560. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/560>
- Lemay, C. A., Cashman, S. B., Elfenbein, D. S. et Felice, M. E. (2010). A Qualitative study of the meaning of fatherhood among young urban fathers. *Public Health Nursing*, 27 (3), 221-231.
- Le Moigne, J.-L. (1990). *La modélisation des systèmes complexes*. Paris, France: Dunod.
- Le Moigne, J.-L. (1999). *La modélisation des systèmes complexes*. (2<sup>e</sup> éd.). Paris: Dunod
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. et Boutin, G. (1995). *La recherche qualitative. Fondements et pratiques*. (2<sup>e</sup> éd.). Montréal : Éditions Nouvelles.

- Lewin, A., Mitchell, S J., Burrell, L., Beers, L.S.A et Duggan, A K. (2011). Patterns and predictors of involvement among fathers of children born to adolescent mothers. *Journal of Family social Work*, 14 (4), 335-353.
- Lobo, M.L. (1986). Secondary analysis as a strategy for nursing research. Dans P.L. Chinn, *Nursing research methodology* (pp.295-304). Buffalo: Aspen Publication.
- Magill-Evans, J., Harrison, M.J., Rempel, G. et Slater, L. (2006). Interventions with fathers of young children: Systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 248-264.
- Mahalik, J.R., Burns, S.M. et Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*, 64, 2201-2209.
- Martinez, G M., Chandra, A., Abma, J C., Jones, J., & Mosher, W D. (2006). Fertility, contraception, and fatherhood: Data on men and women from Cycle 6 (2002) of the National Survey of Family Growth. National Center for Health Statistics. *Vital Health Statistics*, 23(26).
- Massoudi, P., Wickberg, B. et Hwang, C P. (2011). Father's involvement in Swedish child health care - the role of nurses' practices and attitudes. *Acta Pædiatrica*, 100, 396-401.
- Ménard, A. M. (1999). *La vision du rôle paternel et les pratiques auprès des pères de milieux défavorisés d'infirmières œuvrant dans les services de périnatalité en CLSC* (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec.
- Ministère de la famille et des aînés du Québec (2011). *Les pères du Québec. Les soins et l'éducation de leurs jeunes enfants : Évolution et données récentes*. Gouvernement du Québec. Récupéré de: <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/les-Peres-du-Qc.pdf>
- Ministère de la santé et des Services sociaux (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008a). *Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie*. Gouvernement du Québec. Récupéré de: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf>
- Negura, L. et Deslauriers, J-M. (2010). Work and Lifestyle: Social representations among young fathers. *British Journal of Social Work*, 40, 2652-2668.

- Ngu, L. et Florsheim, P. (2011). The development of relational competence among young high-risk fathers across the transition to parenthood. *FamilyProcess*, 50, 184–202.
- Paillé, P. et Muchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (2e éd.) California: Sage publication.
- Payot, A., Gendron, S., Lefebvre, F. et Doucet, H. (2007). Deciding to resuscitate extremely premature babies: How do parents and neonatologists engage in the decision? *Social Science and Medicine*, 64(7), 1487-1500
- Pawson, R. et Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage
- Pierre, M., Gendron, S. et Villeneuve, R. (2012). *La place des pères dans l'offre de services de première ligne destinés aux familles d'enfants 0-5 ans: Analyse documentaire des plans d'action locaux de santé publique des 12 CSSS de l'île de Montréal*. Communication présentée au Colloque Alice Girard, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Laval, Québec.
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A.-P. Pires. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Montréal: Gaëtan Morin.
- Poland, B. (2002). Transcription Quality. Dans J. F. Gubrium et J.A. Holstein (dir.). *Handbook of Interview Research. Context and Method* (p. 629-650). Thousand Oaks: Sage.
- Potter, J. (1996). Discourse analysis as a way of analysing naturally occurring talk. Dans D. Silverman. *Qualitative Research: Theory, Method and Practice* (p. 144-160). London: Sage Publications
- Pruett, K. D. (1998). Research perspectives: Role of the father. *Pediatrics*, 102(5), 1253–1261.
- Quinlivan, J. et Condon, J. (2005). Anxiety and depression in fathers in teenage Pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 915–920.
- Reeves, J., Gale, L., Webb, J., Delaney, R. et Cocklin, N. (2009). Focusing on young men: developing integrated services for young fathers. *Community Practitioner*, 82(9), 18-21.

- Richard, L. (2013). *Modélisation systémique d'une pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Ross, N.J., Church, S., Hill, M., Seaman, P. et Roberts, T. (2012). The perspectives of young men and their teenage partners on maternity and health services during pregnancy and early parenthood. *Children et Society*, 26, 304–315. doi:10.1111/j.1099-0860.2010.00338.x
- Saleh, M. F. et Hilton, J. M. (2011). A comparaison of the paternal involvement of low-income fathers in four developmental stages: Adolescence, young adult, adult, midlife. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 19 (1), 47-55
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F. et Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica* 97, 153–158
- Savoie-Zajc, L. (2010). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (5<sup>e</sup> éd., pp. 337-360). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Schofield, T., Connell, R.W., Walker, L. Wood, J.F. et Butland, D.L. (2000). Understanding Men's Health and Illness: A Gender-relations Approach to Policy, Research, and Practice. *Journal of American College Health*, 48(6), 247-256. doi: 10.1080/07448480009596266
- Sherriff, N. et Hall, V. (2011). Engaging and supporting fathers to promote breastfeeding : a new role for Health Visitors. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 467-475. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00850.x
- Sims, S. T., Stefanick, M. L., Kronenberg, F., Sachedina, N. A. et Schiebinger, L. (2010). Gender innovations: A new approach for nursing science. *Biological Research for Nursing*, 12(2), 156-161. Doi: 10.1177/1 099 800 410 375 108
- Sipsma, H., Biello, K. B., Cole-Lewis, H. et Kershaw, T. (2010). Like father, like son: the intergenerational cycle of adolescent fatherhood. *American Journal of Public Health*, 100(3), 517-524.
- St-Arneault, K. (2013). *Perceptions des intervenants de leurs pratiques professionnelles à l'égard des pères dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec en Outaouais, Outaouais, QC.



- Steen, M., Downe, S., Bamford, N. et Edozien, L. (2011). Not-patient and not-visitor: A metasynthesis of fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*. doi:10.1016/j.midw.2011.06.009
- Stewart, D.W. et Kamins, M.A. (1993). Evaluating Secondary Sources. Dans D.W Stewart, D.W et M.A. Kamins. *Secondary Research* (pp.17-33). Thousand Oaks: SAGE Publications. doi :<http://dx.doi.org/10.4135/9781412985802.n2>
- Szabo, V. et Strang, V.R. (1997). Secondary analysis of qualitative data. *Advances in Nursing Science*, 20(2), 66-74.
- Taylor, J. et Green, L. (2008). Children, health and gender: recognition in nursing research? *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3226–3237. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02633.x.
- Tuffin, K., Rouch, G. et Frewin, K. (2010). Constructing adolescent fatherhood: responsibilities and intergenerational repair. *Culture, Health & Sexuality*, 12(5), 485-498.
- Turgeon, J. et Bernatchez, J. (2010). Les données secondaires. Dans B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (5<sup>e</sup> éd., pp. 489-528). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Weinman, M., Buzzi, R. et Smith, P. (2005). Addressing risk behaviors, service needs, and mental health issues in programs for young fathers. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86(2), 261-266.
- Wendland, J. & Levandowski, D.C. (2011). Les pères adolescents: le versant oublié des grossesses à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59, 433-438.
- West, C., Zimmerman, D.H. (1987). Doing gender. *Gender and Society* 1(2), 125-151.
- Whittemore, R., Chase, S. K. et Mandle, C. L. (2001). Validity in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 11(4), 522-537.
- Wilkes, L., Mannix, J. et Jackson, D. (2011). 'I am going to be a dad': experiences and expectations of adolescent and young adult expectant fathers. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 180-188.

**Appendice A**  
**Présentation de la recherche primaire**

## Présentation de la recherche primaire : l'Évaluation du PSJP

### But et échantillon

Le volet PSJP des SIPPE a fait l'objet d'une recherche évaluative à large échelle de 2005 à 2013. Cette recherche, menée par l'*Équipe d'évaluation du PSJP*<sup>12</sup> et financée par le MSSS, avait trois objectifs principaux : 1) Documenter l'actualisation du PSJP dans les CSSS ainsi que les territoires locaux et régionaux; 2) Rendre compte de changements qui y sont associés, notamment en ce qui a trait à des indicateurs de vulnérabilité sociale chez les jeunes parents et leurs enfants ainsi que les pratiques de collaboration entre les ressources locales engagées dans l'intervention; et 3) Modéliser des liens entre les pratiques en cours dans ce programme et les changements examinés afin de se doter de cadres théoriques ou pratiques pour réfléchir l'intervention auprès de familles vivant en situation de vulnérabilité sociale (Gendron et al., 2012). S'inscrivant dans une perspective systémique — en concevant le PSJP comme un système social complexe (Durand, 1979; Le Moigne, 1999) — et une épistémologie réaliste critique (Pawson et Tilley, 1997), les chercheurs ont privilégié un devis mixte, longitudinal et multicentrique pour explorer les différentes composantes du programme et répondre à leurs objectifs de recherche. Sept méthodes de collecte de données qualitatives ou quantitatives<sup>13</sup> ont été utilisées dont des entretiens auprès de jeunes parents et d'intervenantes œuvrant dans le PSJP. Les données ayant fait l'objet de ce mémoire ont été sélectionnées de ces entretiens.

L'équipe de recherche a opté pour un échantillonnage intentionnel stratifié (Patton, 1990). Les équipes EFJ en CLSC sélectionnés devaient de répondre aux critères d'inclusion suivants (Gendron et al., 2014a) : comporter plus de 30 naissances annuelles chez les femmes âgées de moins de 20 ans et être issues de régions socio-sanitaires qui comportent au moins une autre équipe EFJ du CLSC éligible afin de tenir compte de l'influence des

---

<sup>12</sup> Voir les rapports de l'*Évaluation du PSJP* pour la liste complète des chercheurs (Gendron et al., 2014a).

<sup>13</sup> Les sept méthodes sont : 1) analyse des dossiers cliniques des familles; 2) enquête par questionnaires auprès d'une cohorte de familles de jeunes parents (mères, pères/partenaires et leurs enfants); 3) entretiens auprès de jeunes parents et d'intervenantes; 4) enquête par questionnaires auprès d'intervenantes privilégiées du PSJP; 5) entretiens auprès de gestionnaires des équipes PSJP; 6) entretiens auprès des acteurs du volet CEF du PSJP; et 7) analyse de documents provenant d'espaces de concertation locale PSJP.

pratiques locales et régionales sur l'actualisation du PSJP. De plus, la sélection des sites a permis d'assurer une certaine hétérogénéité, particulièrement en fonction de l'indice de défavorisation sociale et matérielle des territoires, version 2001, a été considéré pour désigner les territoires. Au total, 18 équipes EFJ réparties dans sept régions sociosanitaires du Québec ont participé à cette étude évaluative pour un échantillon final de 451 familles de jeunes parents et 225 intervenants et gestionnaires de milieux institutionnels et communautaires. Parmi les 18 équipes EFJ sélectionnées, dix équipes ont été privilégiées pour étudier plus en profondeur le déroulement du programme et l'expérience des jeunes parents et leurs intervenantes de l'accompagnement privilégié de même que l'actualisation du volet CEF. Ces dix équipes se trouvent tant dans des régions métropolitaines qu'en région dans quatre régions socio-sanitaires du Québec.

### **Recrutement des participants**

La sélection de jeunes parents a été effectuée parmi ceux qui ont participé à l'étude de cohorte (Gendron et al., 2014a) parmi les 10 équipes où l'évaluation a été réalisée plus en profondeur. Les critères d'inclusion<sup>14</sup> ont permis d'assurer une certaine diversification quant aux réalités de vulnérabilité sociale des parents à partir des indicateurs suivants : l'âge de la mère (mineur, majeur), sa fréquentation scolaire au moment de l'annonce de la grossesse (fréquente ou ne fréquente pas l'école) ainsi que son expérience antérieure avec la DPJ (contacts oui ou non).

Cinquante jeunes mères et pères correspondaient à ces critères durant la période de recrutement pour cette partie de l'évaluation de 2009 à 2011. Bien que le processus de recrutement ait été le même pour les jeunes mères et les jeunes pères, nous décrivons ici celui des jeunes pères. Lorsqu'un jeune père correspondait aux critères et aux visées de diversification de l'échantillon, et qu'il avait donné son consentement pour être contacté pour un entretien en profondeur, une agente de recherche, différente de celle ayant effectué la collecte de données pour l'étude de cohorte, le contactait pour s'assurer qu'il était en mesure

---

<sup>14</sup>Outre ces critères, on s'assurait que chaque jeune père avait rencontré, à au moins trois reprises, une intervenante du CLSC au cours de la période prénatale, ou depuis moins de 6 mois en période postnatale, sans avoir pour autant signifié leur sortie du PSJP (Gendron et al., 2014a).

de s'entretenir sur son expérience de parentalité et de l'intervention PSJP. Lors de ce contact téléphonique, le jeune père a également été informé du but et des thèmes de l'entretien et avisé que sa participation à ce volet de la recherche était totalement volontaire; il pouvait donc se désister à tout moment même après avoir consenti à y participer. Lorsque le jeune père acceptait de participer, l'agente de recherche planifiait une rencontre selon la disponibilité de ce dernier, dans un endroit calme où il se sentait confortable et où il y avait peu de risques d'interruptions et de distractions (Hesse-Biber et Leavy, 2011).

Le Tableau 3 présente le nombre de jeunes parents (mères et pères) rencontrés pour ce volet de l'évaluation ainsi que le nombre d'entretiens complétés à travers les trois temps de collecte planifiés. Il était prévu de rencontrer les parents et leurs intervenantes à au moins deux reprises au cours de trois temps de collecte de données, soit au cours de la période prénatale et à l'âge de 6 et 18 mois de l'enfant. Ces périodes correspondaient aux phases de l'enquête par questionnaires auprès de la cohorte de familles de jeunes parents. À terme, 27 parents, dont 19 jeunes mères et huit jeunes pères ont accepté d'être rencontrés pour échanger sur leur expérience de l'intervention d'accompagnement du PSJP. Les 23 non-participants s'expliquent par la non-disponibilité des parents, la difficulté à être rejoints par l'agente de recherche ou parce qu'ils n'avaient pas assez de contacts récents avec leur intervenante privilégiée au moment de l'entretien projeté. Parmi les participants, un tiers des jeunes mères (6/19) étaient mineures tandis que tous les jeunes pères étaient âgés de plus de 18 ans. À travers les trois temps de collecte de données, 47 entretiens semi-dirigés ont été effectués auprès d'eux. Cinq mères ont participé aux trois entretiens envisagés et dix parents, dont 6 femmes et 4 hommes, ont été rencontrés deux fois. Au total, 12 entretiens ont été réalisés auprès de huit (8) jeunes pères.

Tableau 3

*Expérience de l'intervention d'accompagnement PSJP. Nombre de jeunes femmes et leurs partenaires ayant participé aux entretiens semi-dirigés, aux différents temps de collecte*

Participants (N=27)	Temps de collecte			Total des entretiens
	Prénatal	Bébé âgé de 6 mois	Bébé âgé de 18 mois	
<b>Femmes</b> (N=19)	10	13	12	35
<b>Hommes</b> (N=8)	4	6	2	12
<b>Total des entretiens</b>	14	19	14	47

Tiré de Gendron et al. (2014)

Pour le recrutement des intervenantes privilégiées (IP), un processus d'échantillonnage de type « boule de neige » fut privilégié par les chercheurs (Pires, 1997). À la fin de chaque entretien réalisé avec un jeune père, on lui demandait d'identifier deux IP qui intervenaient auprès de sa famille. À chaque rencontre, le parent avait la liberté de désigner les intervenantes de son choix. Chaque jeune père a été informé qu'un entretien serait effectué auprès d'une de ces intervenantes afin de documenter leur pratique, à partir de leur expérience d'intervention auprès de sa famille. Il était souligné que l'entretien n'avait pas pour but de discuter de la situation personnelle ou familiale du parent, mais bien de l'expérience de la pratique d'accompagnement. Suite à l'obtention de l'accord du père, l'IP identifiée a été invitée par l'agente de recherche à s'entretenir sur sa pratique d'accompagnement privilégié. Dans certains cas, il s'avérait judicieux de solliciter la deuxième intervenante identifiée par le jeune père afin d'assurer l'hétérogénéité des professions représentées. Par ailleurs, il est à préciser que si une même intervenante a été identifiée par le parent lors d'un deuxième ou troisième entretien, cette dernière était priorisée pour ces entretiens subséquents, dans la mesure du possible.

En respectant les ententes établies dans chaque site participant à l'étude, l'agente de recherche suivait les démarches pour entrer en contact avec l'une des deux intervenantes identifiées. Lors du premier contact, l'intervenante a été informée de l'objectif de l'entretien ainsi que du processus de recrutement. Une fois, qu'elle avait accepté de participer, l'identité

du parent lui a été dévoilée. Un aperçu des thèmes du guide d'entretien ainsi que le formulaire de consentement lui ont été transmis par télécopieur, avant la tenue de l'entretien. Il est toutefois important de spécifier que l'IP a été prévenue, avant et au cours de l'entretien, que le but de la rencontre était de s'entretenir sur sa pratique professionnelle en se référant à des exemples concrets afin de faciliter la description de sa pratique auprès du parent et non de discuter de l'expérience personnelle du parent ou de sa famille (Gendron et al., 2014a). Par ailleurs, elle a été avisée qu'elle était libre de rapporter d'autres exemples d'intervention auprès de jeunes parents pouvant enrichir ou nuancer la description de sa pratique.

Le Tableau 4 indique qu'à la fin de ce processus, 30 intervenantes, dont 17 infirmières ont été rencontrées dans ce volet de l'évaluation du PSJP. Cet échantillon d'intervenantes a permis de compléter 39 entretiens à travers les trois temps de mesure planifiés, dont 22 entretiens auprès de 17 infirmières.

Tableau 4

*Expérience de l'intervention d'accompagnement PSJP. Nombre d'intervenantes ayant participé aux entretiens semi-dirigés, aux différents temps de collecte*

Participants (N=30)	Temps de collecte			Total des entretiens
	Prénatal	Bébé âgé de 6 mois	Bébé âgé de 18 mois	
<b>Infirmières (N=17)</b>	6	11	5	22
<b>Travailleuses sociales (N=8)</b>	6	4	2	12
<b>Autres (N=5)</b>	2	2	1	5
<b>Total des entretiens</b>	14	17	8	39

Tiré de Gendron et al. (2014)

### Déroulement de la collecte de données

Pour ce volet de l'étude, la collecte de données auprès des jeunes parents et leurs intervenantes privilégiées a débuté en janvier 2009 et a pris fin en février 2011. Toute la collecte de données a été réalisée en français et par deux agentes de recherche. Dans la mesure du possible, la même personne rencontrait un parent et son intervenante et lors des temps de mesure subséquents. À terme, la durée de chaque rencontre de collecte de données variait entre 40 et 60 minutes.

*La collecte de données auprès des jeunes parents*

La collecte de données a été effectuée au domicile des parents ou au CLSC, selon leur choix. Au début de chaque rencontre, l'agente de recherche s'assurait d'expliquer à nouveau au jeune père<sup>15</sup> le but de l'entretien ainsi que les thèmes abordés, de l'informer du déroulement de la rencontre et de répondre à ses interrogations, s'il y avait lieu. Puis elle rappelait que l'entretien allait être enregistré sur bande audionumérique et transcrit de manière confidentielle et qu'il pouvait obtenir, s'il le désirait, une copie de cette transcription<sup>16</sup>. De plus, chaque jeune père a été informé que toutes les données étaient confidentielles et qu'elles allaient être conservées, sous clé et en lieu sûr; et qu'il avait le droit de se désister de la collecte de données jusqu'à 48 heures après la tenue de la rencontre en contactant un membre de l'équipe de recherche et cela sans aucune justification. Une fois le consentement libre et éclairé du jeune père obtenu par écrit, l'agente de recherche amorçait l'entretien. Après avoir épuisé toutes les questions du guide d'entretien, l'intervieweuse demandait au jeune père s'il avait d'autres commentaires à ajouter, lui rappelait son droit de se désister de la collecte de données et que ses propos demeureraient confidentiels. Puis elle le remerciait de sa disponibilité avant d'éteindre le magnétophone (Creswell, 2009). À la fin de chaque entretien, une compensation de 20 \$ a été remise au jeune père.

*Déroulement de la collecte de données auprès des intervenantes*

En ce qui a trait aux intervenantes, la collecte de données a été réalisée dans leur milieu, sur leurs heures de travail. Au début de chaque rencontre, l'agente de recherche faisait un rappel de ce qui avait été dit lors du premier contact téléphonique au moment du recrutement. Puis, elle s'assurait d'obtenir le consentement écrit de l'intervenante, l'avisait de son droit de se désister de la recherche dans les 48 heures suivant la rencontre ainsi que de la possibilité qu'elle puisse recevoir une copie de la transcription des verbatim, si elle le désirait. Aucune n'a demandé à recevoir ces transcriptions, dans les faits.

---

<sup>15</sup>Nous décrivons ici le processus de la collecte de données auprès des jeunes pères bien qu'il ait été le même auprès des jeunes mères.

<sup>16</sup>Aucune demande n'a été formulée en ce sens.



*Outils de collecte de données : guides d'entretien semi-dirigé*

En recherche qualitative, l'entretien semi-dirigé est la méthode de collecte de données la plus utilisée puisqu'elle contribue à l'obtention de données riches et détaillées qui permettent de mieux comprendre le sens que le répondant donne à son expérience (Boutin, 1997; Savoie-Zajc, 2010). La préparation de l'entretien est une étape essentielle à la qualité de celle-ci, à la richesse des données obtenues et, par conséquent, à la qualité de la recherche (Bryman, 2004). Ainsi, afin d'explorer en profondeur l'expérience de l'intervention PSJP auprès des participants, deux guides d'entretien semi-dirigé constitués de questions ouvertes (Kvale, 1996) ont été développés pour chaque temps de mesure. Ces questions ont été construites autour des thèmes en lien avec l'objectif de la recherche évaluative afin d'orienter la conversation tout en offrant une certaine latitude et liberté au répondant pour s'exprimer sur son expérience.

Afin de rendre compte de leur expérience de parentalité et de l'intervention PSJP, quatre thèmes ont été abordés lors des entretiens semi-dirigés auprès des jeunes parents (Appendice A.1, version prénatale). Il s'agit de : 1) Leur expérience de la maternité/paternité en tant que jeunes et parents; 2) Leurs projets de vie et l'évolution de ces projets à travers le temps; 3) Leur expérience de l'intervention d'accompagnement dans le cadre du PSJP, avec une attention particulière accordée à leur appréciation de l'intervention; à la nature de l'intervention ainsi qu'à sa concordance avec leurs besoins et au type de relations ou lien établis avec leur IP; et 4) Leur expérience avec d'autres ressources locales. Lorsque la première rencontre avec le jeune parent a eu lieu au 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> temps de mesure, leur expérience au cours de la période prénatale ou depuis la naissance de l'enfant a également été abordée. Des ajustements ont été apportés aux guides d'entretien, selon qu'il s'agissait de la jeune mère ou du jeune père/partenaire ou selon le temps de mesure. Dans ce dernier cas, les mêmes thèmes ont été abordés avec des nuances pour considérer la présence du bébé par exemple.

Les IP ont été invitées à décrire leur pratique auprès des jeunes parents dans le cadre du PSJP, autour de quatre thèmes également : 1) Leur rôle en tant qu'IP auprès de jeunes parents; 2) Leur pratique d'accompagnement auprès d'eux, en mettant l'accent sur le contenu de leur

intervention; les objectifs qu'elles poursuivent et la nature de leur relation avec les jeunes parents; 3) Leur expérience de collaboration interprofessionnelle en soutien à leur rôle auprès des jeunes parents; et 4) Leur expérience de collaboration avec les ressources locales dans le cadre de leur pratique (voir Appendice A.2, version prénatale).

*Outils de collecte de données : notes d'observations post-entretien.*

Après chaque entretien, l'agente de recherche a complété des notes complémentaires relatives à ses observations et impressions sur le déroulement de l'entretien, le propos ou contexte des participants et le lieu de l'entretien. Ces informations visaient à contextualiser l'entretien.

*Questionnaire sociodémographique*

Afin de décrire sommairement le profil des intervenantes, un questionnaire sociodémographique auto-administré leur a été remis à la fin de chaque entretien. Il s'agit de quelques questions relatives à leur profession, niveau de scolarité, nombre d'années d'expérience dans l'établissement ainsi qu'auprès de jeunes parents (Appendice A.3).

*Préparation des données colligées*

Tous les entretiens ont été transcrits intégralement sous forme de verbatim (Bryman, 2004) par une transcriptrice ayant préalablement signé un formulaire de confidentialité. Afin de produire un compte rendu des échanges qui ont eu lieu lors de l'entretien, les propos des répondants et la façon dont ils les rapportent ont été transcrits et indiqués afin de contextualiser le propos et réduire les risques d'invalidation d'une description (Poland, 2002). De plus, afin d'assurer la fidélité des verbatim, les premières transcriptions, puis au hasard pour les suivantes, ont fait l'objet d'une double vérification par l'agente de recherche. Par la suite, le verbatim de chaque entretien de même que les notes d'observations post-entretien correspondantes ont été identifiés de manière non nominale par un code identique et datés avant d'être transférés, en format RTF sur un support d'analyse (Atlas.ti).

*Considérations éthiques*

La recherche initiale a reçu l'approbation de 16 comités d'éthique de recherche, dont ceux du CHU Sainte-Justine et du MSSS, avant d'entamer le processus de collecte de données, en plus

d'un renouvellement annuel. Avant chaque entretien, les participants ont dû fournir un consentement libre et éclairé, en plus de signer le formulaire de consentement (Appendice A.4). À titre de rappel, tant les jeunes parents que les intervenantes ont été avisés de la possibilité de se désister de la collecte de données dans les 48 heures suivant leur entretien de même que de leur droit de ne pas répondre à des questions. Ils ont également été informés que leurs propos demeurent confidentiels; qu'aucune donnée nominale les concernant ne serait transcrite; et que la transcription de leur verbatim de même que les questionnaires sociodémographiques ainsi que leur enregistrement audio seraient conservés dans un bureau sous clé.

## Appendice A.1

### Guide d'entretiens – Jeunes pères (version prénatale)

Guide d'entretien – Père/Partenaire

Période prénatale



S'assurer de l'obtention d'un **consentement éclairé** : enregistrement de l'entretien, transcription, copie du verbatim s'il le désire, anonymat et confidentialité, droit de se désister dans les 48 h.

Nous allons commencer notre entretien. Au cours de la prochaine heure, je vais t'inviter à me raconter ce que tu vis autour de quatre thèmes. Je vais te poser des questions et te laisser du temps pour y penser :

- comment se passe ton expérience face à la grossesse de ta partenaire;
- le projet que tu veux réaliser et qui te tient le plus à cœur;
- les services que tu reçois du CLSC; et
- les services que tu reçois d'autres ressources.

Tu peux aussi parler d'autres sujets qui te viendront en tête. Sois bien à l'aise de dire ce que tu penses. Ce qui compte, c'est ton opinion et ton expérience personnelle. Alors, tu comprends qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ce que l'on veut, c'est comprendre ce que vivent les parents pour améliorer les services du CLSC et d'autres ressources. Ce que tu dis demeure strictement confidentiel, entre toi, moi et les chercheurs.

Durant cet entretien, c'est important que nous puissions parler tranquillement, sans être trop dérangés. C'est aussi important, pour l'enregistrement, qu'il n'y ait pas trop de bruits autour de nous.... Y aurait-il un endroit où nous pourrions nous installer afin d'être seuls durant l'entretien?

#### **Thème 1 : Expérience de la grossesse de ta partenaire**

Pour commencer, j'aimerais que tu me parles de ton expérience face à la grossesse de ta partenaire (ou la mère de ton bébé).

**Comment vis-tu cette grossesse en ce moment?**

**Raconte-moi comment ça s'est passé lorsque tu as appris que ta partenaire était enceinte ?**

Quelles ont été tes pensées ?

Comment ça s'est passé lorsque tu as appris que ta partenaire a décidé de poursuivre sa grossesse ?

**Comment vis-tu le fait d'être jeune et d'avoir une partenaire enceinte ?**

**Comment vis-tu le fait de devenir papa ?**

Qu'est-ce que cela va t'apporter ?

**J'aimerais que tu me racontes comment ça s'est passé lorsque tu as appris à ton entourage que ta partenaire était enceinte; tes amis; ta famille; ta belle-famille ?**

**Maintenant, comment cela se passe-t-il avec; la mère du bébé; tes amis; ta famille; ta belle-famille?**

**Comment tes relations avec ces personnes ont-elles changé depuis que tu as appris la grossesse de ta partenaire ?**

## **Thème 2 : Projets de vie**

**J'aimerais maintenant que tu me parles d'un projet à toi – quelque chose que tu aimerais réaliser, qui te tient à cœur, qui fait partie des rêves que tu désires réaliser.**

Trois sphères de projets:

*Sphère scolaire et professionnelle* : études, travail, acquisition de compétences, stages de formation...

*Sphère personnelle et familiale* : connaissance et développement de soi, paternité, lien parent-enfant, relations amoureuses, amitiés, amélioration de tes conditions de vie...

*Sphère sociale et citoyenne* : développement de réseaux sociaux divers, participation sociale et citoyenne, engagement social...

**Quel est LE projet que tu veux réaliser et qui te tient le plus à cœur, en ce moment ?**

Qu'est-ce que tu arrives à faire pour, un jour, réaliser ton projet ?

Qu'est-ce qui t'aides, toi, dans la réalisation de ton projet ?

Qu'est-ce qui rend difficile la réalisation de ton projet ?

Qui t'aide dans la réalisation de ton projet ?

Concrètement, qu'est-ce que ces personnes font pour t'aider à réaliser ton projet ?

Dans 2 ans, quel âge auras-tu? Tu te vois où dans 2 ans?

### **Thème 3 : Expérience de l'intervention PSJP**

Nous continuons. J'aimerais que tu me racontes comment se passe pour toi l'accompagnement ou l'aide que tu reçois du CLSC.

**\* SI RAPPORTE DES CONTACTS AVEC DES INTERVENANTS IMPLIQUÉS AUPRÈS DE LA MÈRE – QUE CE SOIT UNIQUEMENT POUR LA MÈRE OU POUR LUI AUSSI : ALLER À LA PAGE 5.**

**\* SI NE RAPPORTE AUCUN CONTACT AVEC DES INTERVENANTS, CONTINUER ICI :**

#### **Intervenante privilégiée/Concordance aux besoins:**

**Aimerais-tu avoir ton intervenante privilégiée**, comme pour ta partenaire?

La même personne que l'intervenante de ta partenaire ou une autre? Pourquoi?

Quelles qualités souhaiterais-tu que cette intervenante ait?

Quelle sorte de relation souhaiterais-tu?

**Selon toi, que devraient faire l'intervenante de ta partenaire, ou d'autres intervenants du CLSC, pour t'accompagner ou t'aider comme parent/père de l'enfant à naître?**

Que souhaiterais-tu recevoir comme accompagnement? (rencontres individuelles, de groupe, au téléphone, accompagnement – diversité de formes de services disponibles)

Comment voudrais-tu que ça se passe?

Que voudrais-tu que vous fassiez ensemble?

De quoi voudrais-tu parler?

**Voudrais-tu parler avec une intervenante privilégiée du projet/rêve** que tu as mentionné tantôt et qui te tient à cœur?

Voudrais-tu que cette personne t'aide dans la réalisation de ton projet?

Comment voudrais-tu que ça se passe?

**Avec quels besoins souhaiterais-tu que les intervenants du CLSC t'aident ou t'accompagnent?** (Pense à une situation particulière où tu aurais eu besoin de l'aide d'un intervenant du CLSC)

**Sens-tu que tu peux appeler au CLSC pour parler à l'intervenante** de ta partenaire ou à une autre personne de son équipe qui offre des services aux parents? Comment te sens-tu vis-à-vis cette ou ces personnes?

Dis-moi, **si tu as besoin de parler à quelqu'un en tant que parent/père: à qui fais-tu appel?**

#### **Thème 4 : Mise en réseau avec d'autres ressources**

Nous arrivons presque à la fin de notre entretien.

Depuis que ta partenaire (ou la mère de l'enfant) est enceinte, **est-ce que tu as reçu des services ou as été accompagné** (pour toi seulement ou pour toi et ta partenaire) par **d'autres services ou ressources**? As-tu reçu des services ailleurs qu'au CLSC?

De quels services ou ressources s'agit-il?

Exemples de ressources :

- autre équipe du CLSC
- services gouvernementaux ou municipaux (accès à ressources financières et matérielles)
- services de garde
- école/travail
- services de 2<sup>e</sup> ligne (services spécialisés hôpitaux, protection de la jeunesse etc.)
- organismes communautaires, réseaux bénévoles et d'entraide

Dis-moi, **est-ce que l'intervenante privilégiée de ta partenaire lui a donné des informations qui t'ont fait connaître UNE ressource (autre que le CLSC) de ton quartier ou de ta ville**, qui peuvent t'aider en tant que parent/père?

Peux-tu me parler de cette ressource ?

Quelle ressource?

Quels services sont offerts?

Quel accueil as-tu reçu?

A-t-on répondu à tes besoins?

Est-ce que tu fréquentes toujours cette ressource?

**Pour terminer**, j'aimerais que tu me dises **comment perçois-tu ton futur rôle de père/parent?**

— Qu'est-ce qui va se passer après l'accouchement?

— Comment ça va être d'avoir un enfant?

**Nous avons maintenant terminé l'entretien.**

Avant d'éteindre l'enregistreuse, j'aimerais savoir s'il y a des choses dont on n'a pas discutées, mais dont tu aimerais me parler ?



Comment as-tu trouvé ça l'entretien? Est-ce que tu as des questions ?

Je te rappelle que tout ce que tu as raconté reste entre nous. Tes propos sont identifiés par un code.

**Éteindre l'enregistreuse.**

Comme je te l'ai précisé plus tôt, j'aimerais rencontrer l'intervenante de ta partenaire pour qu'elle me parle de son intervention, de sa façon de travailler avec les parents.

Peux-tu me donner le nom de la personne que ta partenaire considère comme étant son intervenante? Si tu ne le sais pas, peux-tu vérifier et je te rappelle demain?

Profession?

Au cas où je n'arriverais pas à rejoindre cette intervenante, peux-tu me donner le nom d'une autre personne que ta partenaire rencontre lorsqu'elle va au CLSC ou qui est déjà venu la rencontrer à domicile pour son suivi prénatal? Si tu ne le sais pas, peux-tu vérifier et je te rappelle demain?

Profession?

**Je te remercie de ta collaboration.** Ton expérience est importante pour comprendre les réalités des parents et pour améliorer les services du CLSC. Je te rappelle que tout ce que tu as raconté reste entre nous.

**REMETTRE COMPENSATION FINANCIÈRE.**

**FAIRE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE SUR LE PROFIL.**

**\* SI RAPPORTE DES CONTACTS AVEC DES INTERVENANTS IMPLIQUÉS AUPRÈS DE LA MÈRE – QUE CE SOIT UNIQUEMENT POUR LA MÈRE OU POUR LUI AUSSI :**

**Thème 3 : Expérience de l'intervention PSJP**

Nous continuons. J'aimerais que tu me racontes comment se passe pour toi et/ou ta partenaire l'accompagnement ou l'aide que vous recevez du CLSC.

**Entrée dans le programme :**

**Premièrement, comment en es-tu arrivé à recevoir des services de la part du CLSC?**

Depuis quand reçois-tu des services du CLSC?

Comment as-tu connu ces services pour les jeunes/parents? Qui t'en a parlé?

Qu'est-ce que tu es venu chercher au CLSC? Pour quels besoins as-tu demandé l'accompagnement du CLSC?

**Premiers contacts :**

Tu viens de commencer à recevoir des services en tant que parent. **Raconte-moi comment s'est passé ton premier contact** (où il y a eu rencontre/intervention avec un intervenant):

Qui as-tu rencontré,

Où vous êtes-vous rencontrés,

De quoi avez-vous parlé?

Qu'avez-vous fait ensemble?

Comment te sentais-tu durant ces premiers contacts?

**Intervention prénatale PSJP :**

Personnes rencontrées

Peux-tu me dire **par qui toi et/ou ta partenaire êtes suivis au CLSC?**

Qui **toi et/ou ta partenaire** rencontres ? Que faites-vous ensemble? De quoi parlez-vous? (pour chacun des intervenants)

**Services reçus et concordance**

Maintenant, j'aimerais que l'on parle des services que tu reçois du CLSC. **Dis-moi, quels services toi et/ou ta partenaire recevez du CLSC ?**

(rencontres individuelles, de groupe, au téléphone, accompagnement – diversité de formes de services disponibles)

En fait, j'aimerais **savoir si les services que toi et/ou ta partenaire recevez du CLSC répondent à tes besoins.**

Peux-tu me donner **un exemple** d'une fois où tu trouves qu'on a bien répondu à tes besoins ou ceux de ta partenaire ?

Qui? Où? Quoi?

Peux-tu me donner **un exemple** d'une fois où tu trouves qu'on n'a pas bien répondu à tes besoins ou ceux de ta partenaire (ou pas du tout)?

Qui? Où? Quoi?

**Intervenante privilégiée : (si ne peut identifier une personne... explorer considérant tous les intervenants impliqués)**

Considères-tu que l'intervenante privilégiée de ta partenaire est aussi ton intervenante à toi ?

\* SI NON et QUE N'A PAS D'INTERVENANT PRIVILÉGIÉ : CONTINUER ICI

\* SI NON, MAIS A SON INTERVENANT PRIVILÉGIÉ : ALLER À LA PAGE 9

\* SI OUI : ALLER À LA PAGE 9

**Pourquoi ne la considères-tu pas comme ton intervenante?**

**Aimerais-tu avoir ton intervenante privilégiée, comme pour ta partenaire?**

La même personne que l'intervenante de ta partenaire ou une autre? Pourquoi?

Quelles qualités souhaiterais-tu que cette intervenante ait?

Quelle sorte de relation souhaiterais-tu?

**Selon toi, que devraient faire l'intervenante de ta partenaire, ou d'autres intervenants du CLSC, pour t'accompagner ou t'aider comme parent/père de l'enfant à naître?**

Comment voudrais-tu que ça se passe?

Que voudrais-tu que vous fassiez ensemble?

De quoi voudrais-tu parler?

**Voudrais-tu parler avec une intervenante privilégiée du projet/rêve que tu as mentionné tantôt et qui te tient à cœur?**

Voudrais-tu que cette personne t'aide dans la réalisation de ton projet?

Comment voudrais-tu que ça se passe?

**Sens-tu que tu peux appeler au CLSC pour parler à l'intervenante de ta partenaire ou à une autre personne de son équipe qui offre des services aux parents? Comment te sens-tu vis-à-vis cette ou ces personnes?**

**Dis-moi, si tu as besoin de parler à quelqu'un en tant que parent/père: à qui fais-tu appel?**

#### **Thème 4 : Mise en réseau avec d'autres ressources**

Nous arrivons presque à la fin de notre entretien.

Depuis que ta partenaire (ou la mère de l'enfant) est enceinte, **est-ce que tu as reçu des services ou as été accompagné** (pour toi seulement ou pour toi et ta partenaire) par **d'autres services ou ressources**? As-tu reçu des services ailleurs qu'au CLSC?

Des quels services ou ressources s'agit-il?

Exemples de ressources :

- autre équipe du CLSC
- services gouvernementaux ou municipaux (accès à ressources financières et matérielles)
- services de garde
- école/travail
- services de 2<sup>e</sup> ligne (services spécialisés hôpitaux, protection de la jeunesse etc.)
- organismes communautaires, réseaux bénévoles et d'entraide

Dis-moi, **est-ce que l'intervenante privilégiée de ta partenaire lui a donné des informations qui t'ont fait connaître UNE ressource (autre que le CLSC) de ton quartier ou de ta ville**, qui peuvent t'aider en tant que parent/père?

Peux-tu me parler de cette ressource ?

Quelle ressource?

Quels services sont offerts?

Quel accueil as-tu reçu?

A-t-on répondu à tes besoins?

Est-ce que tu fréquentes toujours cette ressource?

**\* PRÉCISER SI NÉCESSAIRE :**

**Est-ce que l'intervenante privilégiée de ta partenaire t'a accompagné** (toi seulement ou toi et ta partenaire) vers une autre ressource de ton quartier ou de ta ville ? Comment ça s'est passé ?

---

**Pour terminer**, j'aimerais que tu me dises **comment perçois-tu ton futur rôle de père/parent?**

— Qu'est-ce qui va se passer après l'accouchement?

— Comment ça va être d'avoir un enfant?

**Nous avons maintenant terminé l'entretien.**

Avant d'éteindre l'enregistreuse, j'aimerais savoir s'il y a des choses dont on n'a pas discutées, mais dont tu aimerais me parler ?

Comment as-tu trouvé ça l'entretien? Est-ce que tu as des questions ?

Je te rappelle que tout ce que tu as raconté reste entre nous. Tes propos sont identifiés par un code.

**Éteindre l'enregistreuse.**

Comme je l'ai précisé plus tôt, j'aimerais rencontrer l'intervenante de ta partenaire pour qu'elle me parle de son intervention, de sa façon de travailler avec les parents.

Peux-tu me donner le nom de la personne que ta partenaire considère comme étant son intervenante? Si tu ne le sais pas, peux-tu vérifier et je te rappelle demain?

Profession?

Au cas où je n'arriverais pas à rejoindre cette intervenante, peux-tu me donner le nom d'une autre personne que ta partenaire rencontre lorsqu'elle va au CLSC ou qui est déjà venu la rencontrer à domicile pour son suivi prénatal? Si tu ne le sais pas, peux-tu vérifier et je te rappelle demain?

Profession?

**Je te remercie de ta collaboration.** Ton expérience est importante pour comprendre les réalités des parents et pour améliorer les services du CLSC. Je te rappelle que tout ce que tu as raconté reste entre toi et moi.

**REMETTRE COMPENSATION FINANCIÈRE.  
FAIRE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE SUR LE PROFIL.**

**\* SI A UNE INTERVENANTE PRIVILÉGIÉE (la même que sa partenaire ou non)**

**Thème 3 : Expérience de l'intervention PSJP**

**Intervenante privilégiée :**

Peux-tu me dire, en tes mots, **pourquoi tu considères cette personne comme TON intervenante.**

J'aimerais que tu penses à **la meilleure rencontre** que tu as eue avec ton intervenante, **la rencontre que tu as le plus appréciée.** Raconte-moi :

(Avec qui ?) si n'a pas identifié **une** IP

Qu'est-ce que vous avez fait ensemble ?

De quoi avez-vous parlé?

Qui a décidé de ce que vous avez fait ensemble cette fois-là?

Qu'est-ce qui fait que c'est la rencontre que tu as le plus appréciée ?

Maintenant, j'aimerais que tu penses à **une rencontre** que tu as eue avec ton intervenante et **que tu as moins (ou pas du tout) appréciée.** Raconte-moi :

(Avec qui ?) si n'a pas identifié **une** IP

Qu'est-ce que vous avez fait ensemble ?

De quoi avez-vous parlé?

Qui a décidé de ce que vous avez fait cette fois-là?

Qu'est-ce qui fait que c'est la rencontre que tu as le moins appréciée ?

**Avez-vous déjà parlé de ton projet dont on vient de parler avec ton intervenante (ou avec l'une de tes intervenantes), celui que tu veux réaliser, qui te tient le plus à cœur?**

(Avec qui ?) si n'a pas identifié **une** IP

Est-ce que ton intervenante t'aide dans la réalisation de ton projet ?

Raconte-moi comment elle t'aide? Ce qu'elle fait pour toi ou avec toi ?

Quelle est la démarche qui t'a été le plus utile ?

**\* Si n'en a pas parlé avec son intervenante :**

Sens-tu que tu peux en parler avec elle si tu en as besoin ? Peux-tu m'expliquer ?

**Quand tu es avec ton intervenante, comment te sens-tu?** Dis-moi ce qui te fait sentir comme ça. \* Répéter la question si le jeune a plus d'un IP.

**Comment fais-tu pour rejoindre ton intervenante** et lui parler quand tu en as besoin?

Dirais-tu que c'est assez facile ou parfois difficile?

**\* Si le jeune parent a plusieurs IP :**

Qui appelles-tu en premier quand tu en as besoin ?

#### **Thème 4 : Mise en réseau avec d'autres ressources**

Nous arrivons presque à la fin de notre entretien.

Depuis que ta partenaire (ou la mère de l'enfant) est enceinte, **est-ce que tu as reçu des services ou as été accompagné** (pour toi seulement ou pour toi et ta partenaire) par **d'autres services ou ressources**? As-tu reçu des services ailleurs qu'au CLSC?

Des quels services ou ressources s'agit-il?

Exemples de ressources :

- autre équipe du CLSC
- services gouvernementaux ou municipaux (accès à ressources financières et matérielles)
- services de garde



- école/travail
- services de 2<sup>e</sup> ligne (services spécialisés hôpitaux, protection de la jeunesse etc.)
- organismes communautaires, réseaux bénévoles et d'entraide

Dis-moi, **est-ce que ton intervenante privilégiée t'a fait connaître UNE ressource (autre que le CLSC) de ton quartier ou de ta ville**, qui peuvent t'aider en tant que parent/père?

Peux-tu me parler de cette ressource ?

Quelle ressource?

Quels services sont offerts?

Quel accueil as-tu reçu?

A-t-on répondu à tes besoins?

Est-ce que tu fréquentes toujours cette ressource?

**\* PRÉCISER SI NÉCESSAIRE :**

**Est-ce que ton intervenante privilégiée t'a accompagné** vers une autre ressource de ton quartier ou de ta ville ? Comment ça s'est passé ?

---

**Pour terminer**, j'aimerais que tu me dises **comment perçois-tu ton futur rôle de père/parent?**

- Qu'est-ce qui va se passer après l'accouchement?
- Comment ça va être d'avoir un enfant?

**Nous avons maintenant terminé l'entretien.**

Avant d'éteindre l'enregistreuse, j'aimerais savoir s'il y a des choses dont on n'a pas discutées, mais dont tu aimerais me parler ?

Comment as-tu trouvé ça l'entretien? Est-ce que tu as des questions ?

Je te rappelle que tout ce que tu as raconté reste entre nous. Tes propos sont identifiés par un code.

<b>Éteindre l'enregistreuse</b>	
Comme je l'ai précisé plus tôt, j'aimerais rencontrer ton intervenante pour qu'elle me parle de son intervention, de sa façon de travailler avec les parents.	
Peux-tu me donner le nom de la personne que tu considères comme étant ton intervenante?	<input type="text"/>
	Profession?
Au cas où je n'arriverais pas à la rejoindre, peux-tu me donner le nom d'une autre personne que tu rencontres lorsque tu vas au CLSC ou qui est déjà venu te rencontrer à domicile depuis que ta partenaire est enceinte?	
	<input type="text"/>
	Profession?

**Je te remercie de ta collaboration.** Ton expérience est importante pour comprendre les réalités des parents et pour améliorer les services du CLSC. Je te rappelle que tout ce que tu as raconté reste entre toi et moi.

**REMETTRE COMPENSATION FINANCIÈRE.  
FAIRE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE SUR LE PROFIL.**

## Appendice A.2

### Guide d'entretiens – Intervenantes (version prénatale)



#### Guide d'entretien IP Période prénatale

S'assurer de l'obtention d'un **consentement éclairé** : enregistrement de l'entretien, transcription, copie du verbatim s'il le désire, anonymat et confidentialité, droit de se désister dans les 48 h.

---

Nous allons commencer notre entretien. Au cours de la prochaine heure, je vais vous inviter à me raconter votre **expérience d'intervention prénatale** auprès de la famille XXX à travers trois thèmes :

- votre **pratique d'accompagnement** dans le cadre des SIPPE/PSJP;
- votre **rôle** en tant qu'intervenante privilégiée; et
- votre expérience avec votre équipe interdisciplinaire et d'autres ressources à travers votre accompagnement prénatal des jeunes parents.

Vous pouvez aussi aborder d'autres sujets au fil de notre conversation. Soyez bien à l'aise de dire ce que vous pensez. Ce qui compte, c'est votre expérience d'intervention. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ce que l'on veut, c'est comprendre l'expérience et la pratique des intervenants pour identifier des pistes pouvant ajuster et bonifier si cela s'avère pertinent, les services du CLSC et d'autres ressources.

---

#### **Thème 1 : Pratique d'accompagnement prénatal<sup>1</sup>**

Pour commencer, nous allons parler de votre pratique d'accompagnement auprès des jeunes parents.

#### **Assignation du dossier**

D'abord, j'aimerais savoir comment le dossier de la famille XXX vous a été attribué ?

---

<sup>1</sup> Si l'entretien avec cet intervenant découle d'une identification par un père/partenaire, s'assurer que l'intervenant ne parle pas seulement de l'intervention auprès de la mère ou de la famille, mais aussi plus spécifiquement auprès du père/partenaire.

- L'attribution des dossiers se fait-elle toujours de cette façon ? Si non, en quoi est-ce différent ?

### **Première rencontre**

Maintenant, j'aimerais que vous pensiez à la **première rencontre** que vous avez eue avec la famille XXX.

**Comment s'est passée votre première rencontre avec la famille XXX?** (où? avec qui?)

**Qu'avez-vous fait** avec la famille XXX lors de cette première rencontre (gestes, actions)?

**Quels sont les objectifs** que vous vous étiez donnés pour cette **première rencontre**?

### **Rencontres prénatales subséquentes**

Maintenant, nous allons parler de votre intervention d'accompagnement prénatale avec la famille XXX.

Premièrement, **auprès de qui** intervenez-vous, au juste? (mère, père, grand-parents??)

Pourriez-vous me dire **comment** vous avez décidé de vos **priorités d'intervention** pour cette famille?

Comment déterminez-vous ces priorités d'intervention?

- implication du parent — comment
- implication d'autres acteurs — comment

Diriez-vous que **vos priorités d'intervention concordent ou diffèrent** de ceux de la famille XXX? Pourriez-vous me donner un exemple?

Maintenant, pourriez-vous me donner des **exemples de ce que vous faites** (gestes, actions) dans votre pratique avec la famille XXX?

- type de contacts (visite à domicile, au CLSC, dans autres ressources, téléphone, activités de groupe)
- qui initie les contacts/comment
- fréquence des contacts
- thèmes abordés (COMMENT ÉTABLIR LIEN DE CONFIANCE?)
- défis

Pourriez-vous me donner un exemple d'une **intervention qui, selon vous, a été la plus aidante** pour la famille XXX?

Qu'est-ce que vous avez posé comme geste ou action?

Quelle a été la réponse/la réaction/le changement chez XXX?

À l'inverse, avez-vous un exemple d'une **intervention qui, selon vous, n'a pas fonctionné**?

De quoi s'agit-il? Parlez-moi de ce que **vous avez fait et essayé** avec cette famille.

**Quand et comment avez-vous décidé (ou allez-vous décider) d'arrêter votre intervention** avec la famille XXX si cela ne fonctionne pas?

**SI APPLICABLE** : Dites-moi, comment déterminez ou décidez-vous que les objectifs fixés pour l'intervention ont été atteints?

- implication du parent — comment
- implication d'autres acteurs — comment

**J'aimerais maintenant vous entendre parler de votre relation avec la famille XXX dans le cadre d'un programme comme le PSJP.**

Comment pourriez-vous décrire votre relation avec la famille XXX?

Comment vous sentez-vous avec (ou vis-à-vis de) cette famille lorsque vous la rencontrez?

## **Thème 2 : Rôle en tant qu'intervenante privilégiée – phase prénatale**

**Nous allons maintenant aborder votre rôle en tant qu'intervenante privilégiée auprès de la famille XXX.**

**Comment voyez-vous votre rôle auprès de la famille XXX durant la phase prénatale de votre intervention?**

À votre avis, quels sont les **défis à l'exercice de votre rôle, tel que vous souhaitez l'exercer** (éléments personnels, professionnels, organisationnels)?

Et maintenant, quels sont les **obstacles à l'exercice de votre rôle, tel que vous souhaitez l'exercer** (éléments personnels, professionnels, organisationnels)?

Selon vous, qu'est-ce qui est **facilitant, aidant**, dans l'exercice de votre rôle auprès de cette famille? (éléments personnels, professionnels, organisationnels)

Compte tenu de votre expérience, **que souhaiteriez-vous pour optimiser votre rôle** en tant qu'intervenante privilégiée auprès de la famille XXX durant la phase prénatale de votre intervention?

- ressources
- supervision clinique
- soutien EI /collaboration avec autres acteurs
- formation continue

### **Thème 3 : Expérience de collaboration**

**J'aimerais vous entendre au sujet de votre expérience avec votre équipe** de travail **et d'autres ressources** dans votre intervention d'accompagnement prénatal auprès de la famille XXX.

#### **Équipe CLSC**

Dans un premier temps, pourriez-vous me parler du fonctionnement de votre équipe de travail ?

- composition (qui, profession)
- fréquence des rencontres
- thèmes abordés
- présentation du dossier/discussion
- relation entre les membres de l'équipe

Comment collaborez-vous avec les autres membres de votre équipe dans l'intervention d'accompagnement prénatal auprès de la famille XXX ?

- Avec qui/profession
- Thèmes abordés
- Type d'intervention privilégié

Le fait de travailler avec d'autres membres de votre équipe : qu'est-ce que cela vous apporte ? Apporte à la famille XXX ?

Exemples.

Selon votre expérience, que **souhaiteriez-vous pour rendre plus optimal : le fonctionnement de votre équipe de travail ? Votre collaboration avec vos collègues ?**

- l'équipe : type d'acteurs; fonctionnement; rapports entre les acteurs
- le contexte organisationnel : ressources; organisation du travail

**\* Si n'a pas d'implication de l'EI dans l'intervention d'accompagnement prénatal :**

Souhaiteriez-vous une collaboration de vos collègues en appui à votre intervention d'accompagnement prénatal auprès de la famille XXX?

Si oui : donnez-moi un exemple de ce qui aurait été/serait aidant pour vous?

- qui
- sur quoi/thème
- soutien à l'IP — comment
- intervention directe auprès du ou des parents — comment

Si non : je suis curieuse de savoir pourquoi...? pas besoin/ressources adéquates? fonctionnement d'équipe? rapports entre les acteurs?

### **Autres ressources**

Maintenant, j'aborde les autres ressources que vous utilisez ou avec lesquels vous collaborez dans votre intervention d'accompagnement prénatal.

Exemples de ressources :

- autre équipe du CLSC
- services gouvernementaux ou municipaux (accès aux ressources financières et matérielles)
- services de garde
- école/travail
- services de 2<sup>e</sup> ligne (services spécialisés hôpitaux, protection de la jeunesse etc.)
- organismes communautaires, réseaux bénévoles et d'entraide
- médecin de famille, clinique de grossesse pour adolescentes, GMF

Pourriez-vous me dire **comment vous utilisez ou collaborez avec les autres ressources dans votre intervention d'accompagnement** prénatal auprès de la famille XXX?

- qui
- information — références — accompagnement
- sur quoi/thème

Le fait **d'utiliser ou de collaborer avec d'autres ressources** : qu'est-ce que cela **vous apporte? apporte à la famille XXX?**

**\* PRÉCISER SI NÉCESSAIRE :**

Dites-moi, **vous est-il arrivé d'accompagner la famille XXX** dans d'autres ressources, durant la grossesse?

Si oui : Pourriez-vous me raconter une de vos expériences?

- qui/où
- thème
- accueil
- résultat pour IP – implication dans CEF?
- résultat pour parent

Le fait **d'accompagner la famille dans d'autres ressources** : qu'est-ce que cela **vous apporte? apporte à la famille XXX?**

Si non : je suis curieuse de savoir pourquoi...? pas besoin? accessibilité? rapports entre les acteurs? parents ne veulent pas? pas son rôle?

**\*Si n'a pas utilisé ou collaboré avec d'autres ressources dans l'intervention d'accompagnement prénatal auprès de la famille XXX:**

**Auriez-vous souhaité pouvoir utiliser ou collaborer avec d'autres ressources** pour appuyer votre intervention d'accompagnement prénatal auprès de la famille XXX?

Si oui : donnez-moi un exemple de ce qui aurait été/serait aidant pour vous?

- qui
- information — références — accompagnement
- sur quoi/thème



Si non : je suis curieuse de savoir pourquoi...? pas besoin/ressources adéquates? accessibilité? rapports entre les acteurs? parents ne veulent pas?

Selon votre expérience, **que souhaiteriez-vous pour rendre plus optimale la collaboration avec d'autres ressources en appui à votre intervention d'accompagnement** prénatal auprès de la famille XXX?

- développement de vos compétences
- action de votre équipe
- action de votre organisation
- action des autres ressources

### Programme

Maintenant, j'aimerais vous entendre parler plus spécifiquement du programme.

Au départ, lorsque vous avez pris connaissance du programme, qu'en avez-vous pensé ? (objectifs, intervention proposée etc.)

Maintenant, que pensez-vous du programme ?

Ce programme a-t-il changé vos façons de travailler avec :

- Les jeunes parents ?
- Vos collègues de travail ?
- Les partenaires du milieu ?
- Les organismes communautaires ?

Selon votre expérience, que souhaiteriez-vous pour rendre optimal le programme SIPPE/PSJP ?

### Création d'environnements favorables

Pouvez-vous m'expliquer qu'est-ce qui se passe sur votre territoire dans le cadre du volet « Création d'environnements favorables » ?

- Quelle est votre implication dans ce volet des SIPPE ?

Selon votre expérience, que souhaiteriez-vous pour rendre optimal la création d'environnements favorables ?

**Pour terminer,** pourriez-vous me dire si votre pratique avec la famille XXX est représentative ou non de votre intervention prénatale PSJP en général?

Si non : en quoi ce dont nous avons discuté aujourd'hui est différent de ce que vous faites habituellement?

**Nous avons maintenant terminé l'entretien.**

Avant d'éteindre l'enregistreuse, j'aimerais savoir s'il y a des thèmes que l'on n'a pas abordés par rapport au programme pour les jeunes parents, par rapport à la pratique d'intervention, mais dont vous aimeriez me parler ?

Comment avez-vous trouvé l'expérience de participer à cet entretien? Avez-vous des questions ?

**Je vous remercie de votre collaboration.** Votre expérience est importante pour comprendre les réalités des intervenants pour faire une évaluation juste et pertinente du programme SIPPE destiné aux jeunes parents. Je vous rappelle que tout ce que vous avez raconté reste entre nous. Vos propos sont identifiés par un code.

## Appendice A.3

### Profil des répondants — Intervenants



#### PROFIL DES RÉPONDANTS – INTERVENANTS

##### FICHE AUTO-ADMINISTRÉE LORS D'ENTRETIENS INDIVIDUELS OU DE GROUPE

**Sexe :** Femme  (1) Homme  (2)

##### Dans quel type d'organisation travaillez-vous présentement?

- |  |   |
|--|---|
| Centre jeunesse <input type="checkbox"/> (1)         | Milieu scolaire <input type="checkbox"/>                    |
|  | (6)   |
| Centre local d'emploi (CLE) <input type="checkbox"/> | Groupe de médecine familiale (GMF) <input type="checkbox"/> |
| (2)  | (7)   |
| Clinique médicale <input type="checkbox"/>           | Hôpital <input type="checkbox"/>                            |
| (3)  | (8)   |
| CLSC/CSSS <input type="checkbox"/>                   | Organisme communautaire <input type="checkbox"/>            |
| (4)  | (9)   |
| CPE, service de garde <input type="checkbox"/>       | Autre : _____ <input type="checkbox"/>                      |
| (5)  | (10)  |

**Quelle est votre fonction au sein de cette organisation?** Intervenant(e)  (1)

Gestionnaire  (2)

##### Quelle est votre discipline professionnelle?

- |  |   |
|--|---|
| Ergothérapeute/Physiothérapeute <input type="checkbox"/> (1) | Médecin <input type="checkbox"/> (3)                          |
| Infirmier/Infirmière <input type="checkbox"/>                | Nutritionniste/Diététiste <input type="checkbox"/> (4)        |
| (2)  | Organisateur/trice communautaire <input type="checkbox"/> (5) |

- Orthopédagogue  (6)      Travailleur/travailleuse sociale   
(10)
- Orthophoniste/Audiologiste       Auxiliaire familiale   
(7)      (10)
- Psycho-éducateur/éducatrice       Autre : \_\_\_\_\_   
(8)      (12)
- Psychologue   
(9)

**Quel est le dernier diplôme que vous avez obtenu?**

- Diplôme d'études collégiales   
(1)
- Certificat universitaire (1<sup>er</sup> cycle)   
(2)
- Baccalauréat   
(3)
- Diplôme d'études supérieures (2<sup>e</sup> cycle)   
(4)
- Maîtrise   
(5)
- Doctorat   
(6) Autre : \_\_\_\_\_  
  
(7)

**Depuis combien d'années travaillez-vous...**

- a) En tant qu'intervenant(e) ou professionnel(le)?      \_\_\_ ans      OU      \_\_\_ mois
- b) Au sein de cette organisation?      \_\_\_ ans      OU      \_\_\_ mois
- c) Auprès des jeunes parents?      \_\_\_ ans      OU      \_\_\_ mois
- d) Dans le PSJP ?       N/A      OU      \_\_\_ ans      OU      \_\_\_ mois

**AGENTE DE RECHERCHE DOIT COMPLÉTER VERSO DE LA FICHE.**

**Appendice A.4**  
**Formulaires de consentement des participants**



## Formulaire d'information et de consentement



Université  
de Montréal

**Titre du projet de recherche**

« Évaluation du volet soutien aux jeunes parents (PSJP) des services intégrés en périnatalité et en petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité »

**Population visée**

Parents et enfants



### I. INFORMATION

#### Qui fait cette recherche?

#### Chercheuses principales :

Céline Goulet, Ph.D.  
Professeure titulaire

et

Sylvie Gendron, Ph.D.  
Professeure agrégée

Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

#### Co-chercheurs :


Linda Bell, Ph.D.	Faculté des sciences infirmières, Université de Sherbrooke
Angèle Bilodeau, Ph.D.	Direction de la santé publique de Montréal
Carl-Ardy Dubois, Ph.D.	Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
France Dupuis, Ph.D.	Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Gilles Dupuis, Ph.D.	Département de psychologie, Université du Québec à Montréal
Marie Marquis, Ph.D.	Département de nutrition, Université de Montréal
Jacques Moreau, Ph.D.	École de service social, Université de Montréal
Jocelyne St-Arnaud, Ph.D.	Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Denise St-Cyrr-Tribble, Ph.D.	Département des sciences infirmières, Université de Sherbrooke
Audette Sylvestre, Ph.D.	Département d'orthophonie, Université Laval
Geneviève Turcotte, M.Sc.	Institut de recherche pour le développement social des jeunes


**Organisme subventionnaire** : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

<p><b>Introduction</b></p>	<p>Les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les organismes communautaires du Québec offrent un service qui vise à aider les jeunes dans leur nouveau rôle de parents.</p> <p>Le service s'appelle le « <i>Programme de Soutien aux Jeunes Parents (PSJP)</i> ».</p> <p>Dans le cadre de ce programme, une assistance est offerte aux jeunes parents au cours de la grossesse et tout au long des premières années de vie de l'enfant (de la naissance jusqu'à 5 ans).</p> <p>Une équipe de recherche s'intéresse à évaluer le « <i>Programme de Soutien aux Jeunes Parents</i> » du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.</p>
<p><b>Les buts et les objectifs de l'étude</b></p>	<p>Le projet vise essentiellement à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documenter l'application du programme, c'est-à-dire à dresser un portrait des conditions qui favorisent ou nuisent à sa mise en place;</li> <li>▪ Évaluer les changements que le programme suscite sur la vie des jeunes parents et de leurs enfants, sur la famille, sur les milieux de vie, sur les services et les ressources offerts dans la communauté pour soutenir les familles et sur les politiques publiques.</li> </ul> <p>L'évaluation du programme permettra de soutenir et de bonifier l'actualisation du « <i>Programme de Soutien aux Jeunes Parents</i> ». Elle offrira l'opportunité de renforcer les intervenants dans leur pratique, et les jeunes parents et leurs enfants dans la poursuite de leur projet de vie et leur développement optimal.</p>
<p><b>Qu'est-ce que je devrai faire ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'adhésion à l'étude demande aux parents de participer à 6 entrevues individuelles avec une agente de recherche de l'équipe, de la période prénatale jusqu'à 41 mois de vie de l'enfant (au début de la grossesse, à 34-36 semaines de la grossesse, à 5 mois de vie de l'enfant et à 17, 29 et 41 mois).</li> <li>▪ Ces rencontres auront lieu au CLSC, au domicile des parents ou encore à un autre endroit choisi par les participants.</li> <li>▪ Les rencontres prénatales durent 60 minutes ou moins. Les autres rencontres peuvent s'échelonner jusqu'à 90 minutes (1:30h).</li> <li>▪ Au cours des rencontres il est demandé aux parents : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ De remplir une série de questionnaires de façon assistée. Cette activité dure entre 30 et 60 minutes.</li> <li>◦ D'assister à une activité de jeux réalisée par l'agente de recherche avec le jeune enfant qui permettra de connaître son niveau de développement. Cette activité dure 30 minutes.</li> </ul> </li> <li>▪ Donner accès au carnet de vaccination pour le suivi des vaccins de l'enfant.</li> <li>▪ Les jeunes parents pourront aussi, selon leur choix, participer à une discussion de groupe animée par l'agente de recherche afin d'échanger avec d'autres parents sur l'actualisation du programme.</li> <li>▪ Les jeunes parents pourront aussi, selon leur choix, participer à jusqu'à 4 entretiens semi dirigés avec l'agente de recherche afin d'échanger sur leur expérience du programme. Les entretiens s'effectueront aux temps de mesure suivants : prénatal, 6 mois de vie de l'enfant, 18 mois et 30 mois.</li> </ul> <p>Chaque rencontre, d'une durée de 60 minutes, sera enregistrée sur support audio</p>





	<p>afin de pouvoir rendre compte le plus fidèlement possible des propos. Les rencontres auront lieu au CLSC.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Donner accès au dossier clinique de la famille au CLSC afin de recueillir de l'information sur la façon dont le programme est implanté.</li> </ul>
<p><b>Qui est visé par le projet ?</b></p>	<p>Le « <i>Programme Soutien aux Jeunes Parents</i> » s'adresse aux parents dont la mère aura moins de 20 ans à la naissance de l'enfant et à leurs enfants. Nous avons besoins de rencontrer près de 1000 jeunes parents dans 7 régions du Québec.</p> <p>Pour participer à l'étude il faut que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les jeunes femmes aient moins de 20 ans à la naissance de leur enfant;</li> <li>▪ Que la mère, le père ou les deux parents bénéficient du « <i>Programme de Soutien aux Jeunes Parents</i> » offert par le CLSC;</li> <li>▪ Que les parents comprennent et s'expriment en français ou en anglais.</li> </ul>
<p><b>Qu'est-ce que ma participation peut m'apporter ?</b></p>	<p>En participant à l'étude, les jeunes parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assisteront à l'évaluation du développement de leur enfant et pourront bénéficier d'un rapport verbal transmis par l'agente de recherche;</li> <li>▪ Collaboreront à mieux adapter les services à leurs besoins et à ceux d'autres jeunes parents et leurs enfants;</li> <li>▪ Contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine des soins et services offerts aux jeunes familles au Québec.</li> </ul>
<p><b>Les risques et les inconforts possibles</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ À notre connaissance, nous estimons qu'il n'y a que l'inconvénient du temps que les rencontres nécessitent.</li> <li>▪ Les bénéfices escomptés pour les jeunes dépassent grandement l'inconvénient de temps apporté par la participation à la recherche.</li> <li>▪ Toutes les précautions seront prises pour assurer le confort, la sécurité et le bien-être des participants. Au cours des rencontres, certains thèmes abordés avec les parents pourraient, dans certains cas, susciter un malaise. L'agente de recherche respectera la réserve des parents à aborder certains sujets et offrira une référence vers les ressources appropriées en cas de besoin. Dans une situation nécessitant une intervention, avec l'accord du parent, le recours à l'intervenante privilégiée sera assuré par l'agente de recherche.</li> </ul>
<p><b>Qu'est-ce qui arrivera si je ne veux plus participer à cette recherche ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La participation à cette étude est volontaire.</li> <li>▪ Les participants pourront se retirer de l'étude à tout moment sans avoir à le justifier. Il faudra toutefois contacter la coordonnatrice du projet pour l'avertir de la décision.</li> <li>▪ Le choix de ne pas participer ou de se retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur le droit que les jeunes parents ont d'avoir accès au « <i>Programme de Soutien aux Jeunes Parents</i> » et à d'autres services et ressources du CLSC et des autres organismes communautaires du milieu.</li> </ul>
<p><b>Qui saura que j'ai participé à cette étude ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'information transmise par les participants sera utilisée uniquement pour les besoins de la recherche et demeurera strictement confidentielle, sauf exception de la loi.</li> <li>▪ Un code de participation sera assigné à chaque participant et il apparaîtra sur tous</li> </ul>

	<p>les documents qui le concernent. Seuls les chercheuses principales et le personnel de recherche auront accès aux renseignements nominatifs et pourraient faire le lien entre ces renseignements et les données de recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des procédures seront prises par les responsables du projet afin qu'aucune information recueillie lors des rencontres ne soit transmise à un intervenant du CLSC ou d'un autre organisme du milieu. Les questionnaires et enregistrements audio seront réservés à l'usage exclusif de l'équipe de recherche.</li> <li>▪ L'encodage des données sera réalisé par un membre de l'équipe de recherche qui n'a aucun lien avec les participants.</li> <li>▪ Tous les questionnaires et enregistrements seront conservés pendant 7 ans après la fin du projet de recherche. Ils seront détruits par la suite.</li> <li>▪ Afin de vérifier la saine gestion de la recherche, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique de la recherche et qu'un représentant du ministère de la Santé et des Services sociaux consultent les données de recherche.</li> <li>▪ Les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués dans des forums de discussion dans les milieux et dans des congrès scientifiques mais aucune information pouvant identifier les participants ne sera dévoilée.</li> </ul>
<p><i>Est-ce que ma participation sera compensée?</i></p>	<p>Comme compensation pour le temps que vous nous avez accordé, un montant de 20\$ sera offert pour les 3 premiers questionnaires et un montant de 35\$ pour les 3 derniers questionnaires à chacun des participants (mère-père/partenaire) qui acceptent de répondre aux questionnaires.</p> <p>Tout parent qui accepte, sur invitation, de participer à un groupe de discussion ou aux entretiens individuels, recevra une compensation de 20\$ par rencontre.</p>
<p><i>Les droits légaux</i></p>	<p>En acceptant de participer à l'étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou l'établissement où se déroule cette étude de leurs responsabilités civile et professionnelle.</p>
<p><i>À qui je peux poser des questions sur cette étude ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour toutes questions au sujet de ce projet, s'il survient un incident quelconque ou encore pour se retirer de l'étude, il suffit de contacter :</li> </ul> <p><b>Sylvie Gendron, Ph.D</b>                      ou                      <b>Céline Goulet, Ph.D.</b>  Tél. : [REDACTED]                                      Tél. : [REDACTED]  Sans fax : [REDACTED]                                      Sans fax : [REDACTED]  Courriel : [REDACTED]                                      Courriel : [REDACTED]</p>
<p><i>Éthique</i></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le comité d'éthique à la recherche du Centre Hospitalier Universitaire de l'Hôpital Sainte-Justine a approuvé ce projet de recherche et il en assure le suivi.</li> <li>▪ Il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire de consentement et au protocole de recherche.</li> <li>▪ Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule la participation d'une personne à ce projet, on peut, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer les préoccupations à : <ul style="list-style-type: none"> <li>o La conseillère à la clientèle de l'Hôpital Sainte-Justine au 514-345-4749.</li> </ul> </li> </ul>



## II. CONSENTEMENT (copie du participant)



Je soussigné-e

\_\_\_\_\_

(Nom et prénom en lettres moulées)

CODE : \_\_\_\_\_

Confirme que,

\_\_\_\_\_

(Nom et prénom en lettres moulées)

m'a remis une copie du document « *Formulaire d'information et de consentement* » sur le projet. Conjointement avec l'agente de recherche nous avons pris connaissance de la totalité de l'information.

On m'a **expliqué** et je **comprends** les objectifs, en quoi consiste ma participation volontaire, celle de mon(ma) partenaire (s'il y a lieu) et celle de mon enfant, le caractère confidentiel des informations recueillies ainsi que les avantages et les inconvénients à participer au projet de recherche.

On m'a **expliqué**, je **comprends** et j'accepte de participer aux rencontres individuelles.

On m'a **expliqué** et je **comprends** que j'ai le choix de participer ou non à une rencontre de groupe.

On m'a **expliqué** et je **comprends** que j'ai le choix de participer ou non à des entretiens individuels.

On m'a **expliqué** et je **comprends** qu'en signant ce formulaire de consentement, je ne renonce à aucun de mes droits prévus par la loi et je ne libère pas les membres de l'équipe de recherche et les intervenants de leurs responsabilités légale et professionnelle.

Je **comprends** que je demeure libre de me retirer en tout temps, sans préjudice d'aucune sorte.

J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

On m'a accordé un temps de réflexion suffisant pour prendre une décision.

En signant le formulaire de consentement, j'accepte :

- De participer librement et volontairement avec mon enfant.
- De permettre l'accès à mon dossier (médical, social et autre) et à celui de mon enfant au CLSC tout au cours de mon implication dans le projet.
- De participer aux rencontres d'évaluation individuelles.

J'accepte de participer à une rencontre de groupe et que cette rencontre soit enregistrée sur support audio:

OUI  NON

J'accepte de participer à des entretiens individuels et que ces entretiens soient enregistrés sur support audio:

OUI  NON

Signature du participant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Dans la situation d'un participant mineur, signature d'un:  parent

adulte qui n'est pas en lien avec la recherche

Signature du parent ou d'un autre adulte : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Le projet de recherche doit être décrit au participant ainsi que les modalités de la participation. Un membre de l'équipe de recherche doit répondre à ses questions et doit lui expliquer que la participation au projet de recherche est libre et volontaire. L'équipe de recherche s'engage à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

\_\_\_\_\_  
Nom du chercheur responsable  
(Lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date



## II. CONSENTEMENT (copie de l'équipe de recherche)



Je soussigné-e

\_\_\_\_\_ (Nom et prénom en lettres moulées)

CODE : \_\_\_\_\_

Confirme que,

\_\_\_\_\_ (Nom et prénom en lettres moulées)

m'a remis une copie du document « *Formulaire d'information et de consentement* » sur le projet.

Conjointement avec l'agente de recherche nous avons pris connaissance de la totalité de l'information.

On m'a expliqué et je comprends les objectifs, en quoi consiste ma participation volontaire, celle de mon(ma) partenaire (s'il y a lieu) et celle de mon enfant, le caractère confidentiel des informations recueillies ainsi que les avantages et les inconvénients à participer au projet de recherche.

On m'a expliqué, je comprends et j'accepte de participer aux rencontres individuelles.

On m'a expliqué et je comprends que j'ai le choix de participer ou non à une rencontre de groupe.

On m'a expliqué et je comprends que j'ai le choix de participer ou non à des entretiens individuels.

On m'a expliqué et je comprends qu'en signant ce formulaire de consentement, je ne renonce à aucun de mes droits prévus par la loi et je ne libère pas les membres de l'équipe de recherche et les intervenants de leurs responsabilités légale et professionnelle.

Je comprends que je demeure libre de me retirer en tout temps, sans préjudice d'aucune sorte.

J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

On m'a accordé un temps de réflexion suffisant pour prendre une décision.

En signant le formulaire de consentement, j'accepte :

- De participer librement et volontairement avec mon enfant.
- De permettre l'accès à mon dossier (médical, social et autre) et à celui de mon enfant au CLSC tout au cours de mon implication dans le projet.
- De participer aux rencontres d'évaluation individuelles.

J'accepte de participer à une rencontre de groupe et que cette rencontre soit enregistrée sur support audio:

OUI  NON

J'accepte de participer à des entretiens individuels et que ces entretiens soient enregistrés sur support audio:

OUI  NON

Signature du participant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Dans la situation d'un participant mineur, signature d'un:  parent

adulte qui n'est pas en lien avec la recherche

Signature du parent ou d'un autre adulte : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Le projet de recherche doit être décrit au participant ainsi que les modalités de la participation. Un membre de l'équipe de recherche doit répondre à ses questions et doit lui expliquer que la participation au projet de recherche est libre et volontaire. L'équipe de recherche s'engage à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

\_\_\_\_\_  
Nom du chercheur responsable  
(Lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date



## II. CONSENTEMENT (copie pour les archives)

15/10/08  
J.M.

Je soussigné-e

\_\_\_\_\_ (Nom et prénom en lettres moulées)

Confirme que,

\_\_\_\_\_ (Nom et prénom en lettres moulées)

m'a remis une copie du document « *Formulaire d'information et de consentement* » sur le projet. Conjointement avec l'agente de recherche nous avons pris connaissance de la totalité de l'information.

On m'a **expliqué** et je **comprends** les objectifs, en quoi consiste ma participation volontaire, celle de mon(ma) partenaire (s'il y a lieu) et celle de mon enfant, le caractère confidentiel des informations recueillies ainsi que les avantages et les inconvénients à participer au projet de recherche.

On m'a **expliqué**, je **comprends** et j'accepte de participer aux rencontres individuelles.

On m'a **expliqué** et je **comprends** que j'ai le choix de participer ou non à une rencontre de groupe.

On m'a **expliqué** et je **comprends** que j'ai le choix de participer ou non à des entretiens individuels.

On m'a **expliqué** et je **comprends** qu'en signant ce formulaire de consentement, je ne renonce à aucun de mes droits prévus par la loi et je ne libère pas les membres de l'équipe de recherche et les intervenants de leurs responsabilités légale et professionnelle.

Je **comprends** que je demeure libre de me retirer en tout temps, sans préjudice d'aucune sorte.

J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

On m'a accordé un temps de réflexion suffisant pour prendre une décision.

En signant le formulaire de consentement, j'accepte :

- De participer librement et volontairement avec mon enfant.
- De permettre l'accès à mon dossier (médical, social et autre) et à celui de mon enfant au CLSC tout au cours de mon implication dans le projet.
- De participer aux rencontres d'évaluation individuelles.

J'accepte de participer à une rencontre de groupe et que cette rencontre soit enregistrée sur support audio:

OUI  NON

J'accepte de participer à des entretiens individuels et que ces entretiens soient enregistrés sur support audio:

OUI  NON

Signature du participant :

Date : \_\_\_\_\_

Dans la situation d'un participant mineur, signature d'un:  parent

adulte qui n'est pas en lien avec la recherche

Signature du parent ou d'un autre adulte :

Date : \_\_\_\_\_

Le projet de recherche doit être décrit au participant ainsi que les modalités de la participation. Un membre de l'équipe de recherche doit répondre à ses questions et doit lui expliquer que la participation au projet de recherche est libre et volontaire. L'équipe de recherche s'engage à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

\_\_\_\_\_  
Nom du chercheur responsable  
(Lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date



## Formulaire d'information et de consentement

  
 CHU Sainte-Justine  
 Le centre hospitalier  
 universitaire mère-enfant  
 Pour l'amour des enfants

  
 Université de Montréal

**Titre du projet de recherche**

« Évaluation du volet soutien aux jeunes parents (PSJP) des services intégrés en périnatalité et en petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité »

**Population visée**

Intervenant-e-s PSJP - Étude de cas



### I. INFORMATION

**Qui fait cette recherche ?**

**Chercheuses principales :**

Céline Goulet, Ph.D.  
Professeure titulaire

et

Sylvie Gendron, Ph.D.  
Professeure agrégée

Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

**Co-chercheurs :**

Linda Bell, Ph.D.

Faculté des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

Angèle Bilodeau, Ph.D.

Direction de la santé publique de Montréal

Carl-Ardy Dubois, Ph.D.

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

France Dupuis, Ph.D.

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Gilles Dupuis, Ph.D.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Marie Marquis, Ph.D.

Département de nutrition, Université de Montréal

Jacques Moreau, Ph.D.

École de service social, Université de Montréal

Jocelyne St-Arnaud, Ph.D.

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Denise St-Cyrr-Tribble, Ph.D.

Département des sciences infirmières, Université de Sherbrooke


Audette Sylvestre, Ph.D.

Département d'orthophonie, Université Laval

Geneviève Turcotte, M.Sc.

Institut de recherche pour le développement social des jeunes


**Organisme subventionnaire :** Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

<p><b>Introduction</b></p> 	<p>Le volet soutien aux jeunes parents des <i>Services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité</i> constitue une réponse adaptée à la problématique des jeunes parents en ce qu'il tient compte des conditions favorables et des limites colligées dans les écrits recensés.</p> <p>Cependant, les particularités de ce programme, tel que le suivi intense auprès des jeunes parents et leurs enfants, exigent que l'on procède à une évaluation approfondie de son implantation et des changements qu'il induit afin d'en maximiser les retombées et d'en assurer la réussite tant pour les familles que pour tous les partenaires impliqués dans sa réalisation.</p>
<p><b>Buts et objectifs de l'étude</b></p>	<p>Le projet vise essentiellement à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluer l'actualisation du programme, c'est-à-dire à dresser un portrait des conditions qui favorisent ou entravent sa mise en place et documenter son application en décrivant par exemple la nature des interventions réalisées, leur adéquation et efficacité, la mobilisation des intervenants directement concernés par l'intervention et la satisfaction des familles quant au programme.</li> <li>▪ Évaluer les changements que le programme suscite sur la vie des jeunes parents et de leurs enfants, sur la famille, sur les milieux de vie, sur les services et les ressources offerts dans la communauté pour soutenir les familles et sur les politiques publiques.</li> </ul> <p>L'évaluation du programme permettra de soutenir et de bonifier l'actualisation du « <i>Programme de Soutien aux Jeunes Parents</i> ». Elle offrira l'opportunité de renforcer les intervenants dans leur pratique, et les jeunes parents et leurs enfants dans la poursuite de leur projet de vie et leur développement optimal.</p>
<p><b>Modalités de participation à l'étude</b></p>	<p>L'adhésion à l'étude demande aux intervenant-e-s PSJP de remplir 1 à 2 questionnaires pouvant être complétés par 1 ou 2 entretiens individuels ou une rencontre de groupe. De plus, il leur sera demandé de faciliter l'accès ou de fournir une copie des documents internes en lien avec le « <i>Programme de Soutien aux Jeunes Parents</i> ».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un questionnaire auto-administré devra être rempli et une mise à jour sera effectuée chaque année. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Les thèmes abordés viseront à recueillir de l'information sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les perceptions des intervenants concernant le Programme de Soutien aux Jeunes Parents et sa pertinence;</li> <li>- Leurs caractéristiques sociodémographiques, leur formation, leur charge de travail et les formes de soutien reçu et nécessaire à l'intervention.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▪ Une ou deux rencontres individuelles seront réalisées avec un-e agent-e de recherche de l'équipe sous la forme d'entretiens semi dirigés en fonction de l'analyse des données issues des questionnaires et de la documentation fournie par l'établissement. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Les rencontres auront lieu dans l'institution professionnelle du participant.</li> <li>◦ Les rencontres dureront 1 :30 heures.</li> <li>◦ Le contenu des rencontres sera enregistré sur support audio afin de rendre compte le plus fidèlement possible de tous les propos.</li> </ul> </li> </ul>

	<p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Les thèmes abordés viseront à recueillir de l'information sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les caractéristiques et le rôle des intervenants privilégiés;</li> <li>- La nature de l'intervention en termes de forme et de contenu;</li> <li>- La relation entre l'intervenant privilégié et les membres de la famille;</li> <li>- Les interventions réalisées afin de soutenir la mise en réseau des familles avec les intervenants du CLSC et des ressources / services locaux;</li> <li>- Les liens entre les intervenants et leur équipe interdisciplinaire.</li> </ul> </li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une rencontre sera réalisée en groupe et permettra d'échanger avec différents intervenants sur la mise en réseau des familles avec les intervenants du CLSC et des ressources / services locaux. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ La rencontre aura lieu au CLSC.</li> <li>◦ La rencontre durera 1 :30 heures.</li> <li>◦ Le contenu des rencontres sera enregistré sur support audio afin de rendre compte le plus fidèlement possible de tous les propos.</li> </ul> </li> <li>◦ Les thèmes abordés viseront à recueillir de l'information sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les ressources et services du territoire en regard des besoins des jeunes parents et de leurs enfants;</li> <li>- Les interventions réalisées afin d'optimiser l'utilisation des ressources locales et des services de la communauté par les familles;</li> <li>- Les innovations, les défis soulevés et le rôle des jeunes parents dans la praticabilité de ces interventions.</li> </ul> </li> </ul> </p>
<p><b>Conditions de participation</b></p>	<p>Les professionnels interpellés par l'évaluation sont de divers ordres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les responsables du programme au niveau ministériel et dans les agences régionales seront sollicités;</li> <li>▪ Dans les CLSC, nous ferons appel aux cadres supérieurs et aux professionnels des programmes Enfance-Jeunesse-Famille;</li> <li>▪ Les intervenants des organismes partenaires, communautaires et institutionnels, seront également rejoints;</li> <li>▪ Les professionnels en liens directs et indirects avec le « <i>Programme de Soutien aux Jeunes Parents</i> » sont concernés par l'évaluation.</li> </ul>
<p><b>Avantages à participer à l'étude</b></p>	<p>En participant à l'étude, les professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contribueront à bonifier l'actualisation du « <i>Programme de Soutien aux Jeunes Parents</i> »;</li> <li>▪ Alimenteront la formation des intervenants au programme;</li> <li>▪ Permettront de développer des politiques publiques adéquates et favoriseront une meilleure organisation des services en périnatalité et en petite enfance pour les jeunes parents au sein de l'action intersectorielle;</li> <li>▪ Contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine des soins et services offerts aux jeunes parents au Québec.</li> </ul>
<p><b>Risques et inconvénients</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ À notre connaissance, nous estimons qu'il n'y a que l'inconvénient du temps que les rencontres nécessitent.</li> </ul>





<p><b>Participation volontaire et retrait de l'étude</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La participation à cette étude est volontaire.</li> <li>▪ Les participants pourront se retirer de l'étude à tout moment sans avoir à le justifier. Il faudra toutefois contacter la coordonnatrice du projet pour l'avertir de la décision.</li> </ul>			
<p><b>Caractère confidentiel des informations</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'information transmise par les professionnels sera utilisée uniquement pour les besoins de la recherche et demeurera strictement confidentielle.</li> <li>▪ Un code de participation sera assigné à chaque participant et il apparaîtra sur tous les documents qui le concernent. Cette liste de codes sera conservée à l'Université de Montréal dans une filière barrée sous la responsabilité de la coordonnatrice de l'évaluation. Seuls les chercheuses principales et le personnel de recherche auront accès aux renseignements nominatifs et pourraient faire le lien entre ces renseignements et les données de recherche.</li> <li>▪ Les entretiens semi dirigés seront enregistrés sur support audio pour rendre compte le plus fidèlement possible des propos tenus.</li> <li>▪ Les questionnaires et enregistrements audio seront réservés à l'usage exclusif de l'équipe de recherche.</li> <li>▪ L'encodage des données sera réalisé par un membre de l'équipe de recherche qui n'a aucun lien avec les participants.</li> <li>▪ Tous les questionnaires et enregistrements audio seront conservés à l'Université de Montréal dans une filière barrée sous la responsabilité de la coordonnatrice de l'évaluation pendant 7 ans après la fin du projet de recherche. Ils seront détruits par la suite.</li> <li>▪ Afin de vérifier la saine gestion de la recherche, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique de la recherche et qu'un représentant du ministère de la Santé et des Services sociaux consultent les données de recherche.</li> <li>▪ Les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués dans des forums de discussion dans les milieux et dans des congrès scientifiques mais aucune information pouvant identifier les participants ne sera dévoilée.</li> </ul>			
<p><b>Dédommagement en cas de préjudices</b></p>	<p>En acceptant de participer à l'étude, les professionnels ne renoncent à aucun de leurs droits ni ne libèrent les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.</p>			
<p><b>Questions sur l'étude</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour toutes questions au sujet de ce projet, s'il survient un incident quelconque ou encore pour se retirer de l'étude, il suffit de contacter :</li> </ul> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>Sylvie Gendron</b> Co-responsable de l'évaluation Tél. : (514) [REDACTED] Sans frais : [REDACTED] Courriel : [REDACTED]</p> </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: top;">ou</td> <td style="width: 40%; vertical-align: top;"> <p><b>Céline Goulet</b> Co-responsable de l'évaluation Tél. : [REDACTED] Sans f [REDACTED] Courr [REDACTED]</p> </td> </tr> </table>	<p><b>Sylvie Gendron</b> Co-responsable de l'évaluation Tél. : (514) [REDACTED] Sans frais : [REDACTED] Courriel : [REDACTED]</p>	ou	<p><b>Céline Goulet</b> Co-responsable de l'évaluation Tél. : [REDACTED] Sans f [REDACTED] Courr [REDACTED]</p>
<p><b>Sylvie Gendron</b> Co-responsable de l'évaluation Tél. : (514) [REDACTED] Sans frais : [REDACTED] Courriel : [REDACTED]</p>	ou	<p><b>Céline Goulet</b> Co-responsable de l'évaluation Tél. : [REDACTED] Sans f [REDACTED] Courr [REDACTED]</p>		
<p><b>Éthique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le comité d'éthique à la recherche du Centre Hospitalier Universitaire de l'Hôpital Sainte-Justine a approuvé ce projet de recherche et il en assure le suivi.</li> <li>▪ Il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire de consentement et au protocole de recherche.</li> </ul>			

- |  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule la participation d'une personne à ce projet, on peut, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer les préoccupations à :<ul style="list-style-type: none"><li>○ La conseillère à la clientèle de l'Hôpital Sainte-Justine au (514) 345-4749.</li></ul></li></ul> |
|--|--|



## Formulaire Intervenant-e-s PSJP - Étude de cas

### II. CONSENTEMENT (copie du participant)

Je soussigné-e \_\_\_\_\_

(Nom et prénom en lettres moulées)



Confirme que, \_\_\_\_\_

(Nom et prénom en lettres moulées)

m'a remis une copie du document « *Formulaire d'information et de consentement* » sur le projet. J'ai pris connaissance de la totalité de l'information.

On m'a **expliqué** et je **comprends** :

- La nature, les objectifs et le déroulement du projet de recherche;
- En quoi consiste ma participation volontaire;
- Le caractère confidentiel des informations recueillies;
- Les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche.

On m'a **expliqué**, je **comprends** et j'accepte de participer à une ou deux rencontres individuelles ainsi qu'à une rencontre de groupe.

Je **comprends** que les documents et enregistrements audio des rencontres seront codés de manière à ce que ni les participants, ni les institutions ne puissent être reconnus.

Je **comprends** que les échanges effectués dans le cadre de cette étude sont confidentiels et qu'ils ne doivent pas poser de préjudice à qui que soit.

On m'a **expliqué** et je **comprends** qu'en signant ce formulaire de consentement, je ne renonce à aucun de mes droits prévus par la loi et je ne libère pas les membres de l'équipe de recherche et les intervenants de leurs responsabilités légale et professionnelle.

Je **comprends** que je demeure libre de me retirer en tout temps, sans préjudice d'aucune sorte.

J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

On m'a accordé un temps de réflexion suffisant pour prendre une décision.

En signant le formulaire de consentement, j'accepte :

- De compléter des questionnaires.
- De participer à une ou deux rencontres individuelles.
- De participer à une rencontre de groupe.

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de la personne qui obtient le consentement : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Le projet de recherche doit être décrit au participant ainsi que les modalités de la participation. Un membre de l'équipe de recherche doit répondre à ses questions et doit lui expliquer que la participation au projet de recherche est libre et volontaire. L'équipe de recherche s'engage à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

SYLVIE GENDRON

Nom du chercheur responsable  
(Lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

19.10.2010

Date

**Formulaire Intervenant-e-s PSJP - Étude de cas**

**II. CONSENTEMENT** (copie de l'équipe de recherche)



Je soussigné-e \_\_\_\_\_

(Nom et prénom en lettres moulées)

Confirme que, \_\_\_\_\_

(Nom et prénom en lettres moulées)

m'a remis une copie du document « *Formulaire d'information et de consentement* » sur le projet. J'ai pris connaissance de la totalité de l'information.

On m'a **expliqué** et je **comprends** :

- La nature, les objectifs et le déroulement du projet de recherche;
- En quoi consiste ma participation volontaire;
- Le caractère confidentiel des informations recueillies;
- Les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche.

On m'a **expliqué**, je **comprends** et j'accepte de participer à une ou deux rencontres individuelles ainsi qu'à une rencontre de groupe.

Je **comprends** que les documents et enregistrements audio des rencontres seront codés de manière à ce que ni les participants, ni les institutions ne puissent être reconnus.

Je **comprends** que les échanges effectués dans le cadre de cette étude sont confidentiels et qu'ils ne doivent pas poser de préjudice à qui que soit.

On m'a **expliqué** et je **comprends** qu'en signant ce formulaire de consentement, je ne renonce à aucun de mes droits prévus par la loi et je ne libère pas les membres de l'équipe de recherche et les intervenants de leurs responsabilités légale et professionnelle.

Je **comprends** que je demeure libre de me retirer en tout temps, sans préjudice d'aucune sorte.

J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

On m'a accordé un temps de réflexion suffisant pour prendre une décision.

En signant le formulaire de consentement, j'accepte :

- De compléter des questionnaires.
- De participer à une ou deux rencontres individuelles.
- De participer à une rencontre de groupe.

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de la personne qui obtient le consentement : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Le projet de recherche doit être décrit au participant ainsi que les modalités de la participation. Un membre de l'équipe de recherche doit répondre à ses questions et doit lui expliquer que la participation au projet de recherche est libre et volontaire. L'équipe de recherche s'engage à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

SYLVIE GENDRON  
Nom du chercheur responsable  
(Lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

19.10.2010  
Date

**Appendice B**  
**Première liste de thèmes**

## Première liste de thèmes-entretiens JP

---

### Arrêt des services/suivi PSJP

Raisons reliées à la cessation du suivi.

---

### Attentes vs paternité

JP parle de ce qui la paternité lui apportera, impacts potentiels sur lui et la relation de couple

---

### Besoins manifestés r/a rôle paternel

Services souhaités, en soutien à son rôle paternel ou en soutien à la réalisation de son projet de vie

---

### Caractéristiques personnelles

Identité JP

---

### Caractéristiques potentielles d'une IP

Perception du JP des caractéristiques potentielles d'IP, qualités recherchées

---

### Concordance des services avec leurs besoins

Efficacité selon le JP, thèmes abordés, place du père  
 Appréciation générale des services reçus de son CLSC et autres  
 Appréciation des services en fonction de ses besoins

---

### Contexte de vie

Conditions de vie actuelle : situation de vie, occupation actuelle, etc., réseau social

---

### Émotions liées au futur rôle de père; questionnements sur capacités parentales

Changements suscités par la paternité et les actions posées, démarches effectuées pour se préparer l'arrivée du bébé, à devenir un père modèle.

---

### Entrée dans le PSJP/services CLSC

Démarches effectuées, personne référente

---

### Expérience de paternité-prénatal

Décision de poursuivre la grossesse lorsque la grossesse n'était pas planifiée  
 Raisons qui justifient de garder l'enfant, processus de prise de décision  
 État mental, sentiments liés à la grossesse; composer avec sautes d'humeur  
 Relation avec le fœtus  
 Contact du jeune père avec la bedaine de la femme enceinte. Sentiments envers le bébé à naître

---

### Expérience de paternité-postnatal

Déroulement de l'accouchement, émotions vécues

### Expérience de paternité

Expérience de transition à la paternité : dans les débuts en postnatal, expérience, émotions, sentiments. Adaptation au rôle parental

Propos relatifs à son expérience d'être père au quotidien (exercice de son rôle paternel, émotions, sentiments, processus de développement de compétence parentale)

### Méconnaissance du PSJP/des services du CLSC

Réaction du JP lorsqu'on lui demande si sa conjointe ou lui fait toujours partie du PSJP.

Méconnaissance des services du CSLC

### Mise en réseau avec d'autres ressources/services

Contact du JP avec les ressources du RLS, Rôle de l'Infirmière ou de l'IP, appréciation des services reçus dans ces milieux, Relation avec les intervenants du RLS

### Paternité-identités

Perception du rôle paternel

Identités liées au rôle paternel selon le JP

Pouvoir d'agir

C'est surtout dans la forme du discours, perception du JP de ses capacités en tant qu'individu, futur père, père.

### Paternité à un jeune âge/Regard des autres

Perception du JP de la manière dont les autres le perçoivent en tant que jeune parent

Propos relatifs aux avantages perçus par le père d'être un jeune parent, raisons qui justifient le désir d'avoir un enfant alors qu'il est encore jeune. En période postnatale, réflexion sur ce choix

### Perception rôle de l'infirmière

Propos relatifs à une catégorisation du rôle infirmier vs les autres professionnels. Perception de ce que fait l'infirmière et à qui ses interventions s'adressent

### Perception rôle des intervenantes SIPPE/Relation avec autres intervenantes SIPPE

Sentiments du JP vis-à-vis ces professionnelles. Description de la relation.

Lorsque la famille est suivie par plusieurs intervenantes; contacts avec chaque intervenante, thèmes abordés avec chacune d'entre elles, services reçus

### Personnes ressources en soutien à son rôle parental/Réseau social

Les premières personnes que le JP contacterait pour obtenir du soutien à son rôle parental

### Projets de vie/Soutien perçu pour réaliser ce projet

Projets, rêves que le JP souhaite réaliser maintenant, dans les deux prochaines années ou à long terme. Comprend également, les actions prises pour les réaliser, les conditions facilitantes et obstacles identifiés.

Perception du JP du soutien potentiel que peut lui apporter les intervenantes du CLSC dans la

réalisation de son projet de vie

---

### **Relation avec infirmière**

Description faite par le JP de sa relation avec l'infirmière [type, qualité], comment il se sent en sa présence, notamment au moment de leur première rencontre.

Caractéristiques personnelles de l'infirmière qui favorisent l'établissement d'une relation de réciprocité ou qui créent obstacle.

---

### **Relation de couple-grossesse**

Description de la relation de couple avant l'annonce de la grossesse et après. Communication dans le couple, etc.

Propos du jeune père pour décrire sa partenaire, sa réaction à l'annonce de la grossesse

---

### **Relation de couple-postnatal**

Propos du JP relatifs à sa relation de couple depuis l'arrivée du bébé. Enjeux de cette relation, perspective d'avenir

---

### **Relation avec le bébé-postnatal**

Description du jeune père des caractéristiques de son bébé, la relation qu'il entretient avec lui, ses sentiments pour lui

---

### **Réseau social : Relation avec amis-grossesse**

Relation du JP avec ses amis et les amis de sa copine, leur réaction à l'annonce de la grossesse. Soutien perçu et reçu

### **Réseau social : Relation avec amis-postnatal**

Relation du JP avec ses amis et les amis de sa copine depuis la naissance du bébé. Soutien perçu et reçu

---

### **Réseau social : relation avec la belle-famille-grossesse**

Description de sa relation avec son beau-père, sa belle-mère et autres membres de la famille de sa partenaire. Leur réaction à l'annonce de la grossesse ou à l'accouchement. Soutien reçu et perçu.

### **Réseau social : Relation avec la belle-famille-postnatal**

---

### **Réseau social : Relation avec la fratrie**

Relation du JP avec ses frères et sœurs au cours de la grossesse et en postnatal. Leur réaction à la grossesse et depuis la naissance du bébé, soutien perçu et reçu

---

### **Réseau social : relation avec ses propres parents**

Relation du JP avec ses parents lorsqu'il ne précise pas le genre du parent. Leur réaction à l'annonce de la grossesse. Soutien perçu et reçu. Réaction des parents face au désir du Jeune de devenir père alors qu'il est jeune.



Relation du jeune père avec sa mère, soutien reçu, sa perception d'elle.  
Relation du JP avec son père

---

**Rôle paternel**

Conception du JP de son rôle paternel, ou du rôle paternel. Spécificité par rapport au rôle de la mère

---

**Sentiment de compétence parentale-postnatal**

Perception du JP de ses habiletés, capacités parentales depuis la naissance du bébé

---

**Trajectoire de vie/antécédents familiaux**

Conditions de vie, situation familiale dans l'enfance et avant la grossesse

## Première liste de thèmes-entretiens INF

### **Absence du JP/conjoint**

Lorsque le couple est séparé et que l'IP n'a jamais eu de contact avec le JP

Lorsque le conjoint est dans le portrait, mais que son horaire de travail fait en sorte que l'IP n'a jamais intervenu auprès de lui.

---

### **Arrêt des services-raisons**

Éléments invoqués par l'infirmière pour justifier la cessation du suivi soit par la famille ou l'IP

---

### **Besoins nommés pour optimisation de sa pratique**

#### **CEF-pistes d'amélioration**

Collaboration avec ressources locales

Aspects identifiés par l'infirmière pour optimiser le volet CEF

---

#### **Collaboration avec les ressources locales**

Collaboration avec ressources locales

Type de collaboration entre les intervenants SIPPE et les organismes communautaires

Rôle dans la mise en réseau des familles

---

#### **Collaboration interprofessionnelle**

Collaboration interprofessionnelle

Description du lien, type de collaboration entre l'infirmière et les autres membres de l'équipe SIPPE ou équipe inter du CLSC

---

#### **Conception identités/rôles de genre-la complexité des relations hommes/femmes**

Caractéristiques spécifiques attribuées aux hommes/femmes

---

#### **Concordance interventions et besoins des familles**

Selon le point de vue de l'infirmière, concordance ou discordance entre les actions posées auprès de la famille (types d'interventions) et les besoins manifestés par celle-ci. Intervention jugée la plus aidante pour les parents/JP

---

#### **Conditions de vie de la famille/Enjeux de la pratique dans le PSJP**

Perception de l'infirmière des conditions des jeunes parents et impacts sur sa pratique

---

#### **Construction du lien de confiance**

Processus de création ou du maintien du lien entre l'infirmière et le JP-famille.

---

#### **Implication du JP dans l'intervention**

Perception de l'infirmière de l'intérêt du JP pour le PSJP

Participation du JP au programme

Attitude du JP lors des rencontres

---

**Interventions auprès du père**

Exemples de pratiques/accompagnement auprès du JP

Thèmes abordés lors des rencontres

Perception d'une intervention la plus aidante auprès du JP

Perception d'une intervention la moins aidante auprès du JP

Défis-enjeux nommés. Éléments facilitants

---

**Perception de la famille du JP**

Description de la situation de la famille

Perception de la conjointe du JP. Relation Infirmière-JP-famille

Rôle auprès de la famille

Défis-enjeux nommés. Éléments facilitants

---

**Perception du JP et de son rôle paternel**

Façons de percevoir le JP, conception du rôle paternel du JP

---

**Projet de vie des parents-rôle de l'infirmière**

Perception de son rôle dans l'accompagnement de JP à la réalisation de leur projet de vie

---

**Relation avec JP**

Description de son premier contact avec le JP

Perception de sa relation avec le JP

---

**Relation avec la famille**

Description de sa relation avec la jeune mère et famille

---

**Réflexivité sur la collaboration interprofessionnelle**

Piste d'amélioration de la collaboration

---

**Réflexivité sur sa pratique auprès de jeunes pères et dans les SIPPE**

Pistes d'amélioration nommées. Besoins d'outils d'intervention nommés

Souplesse dans l'application du programme

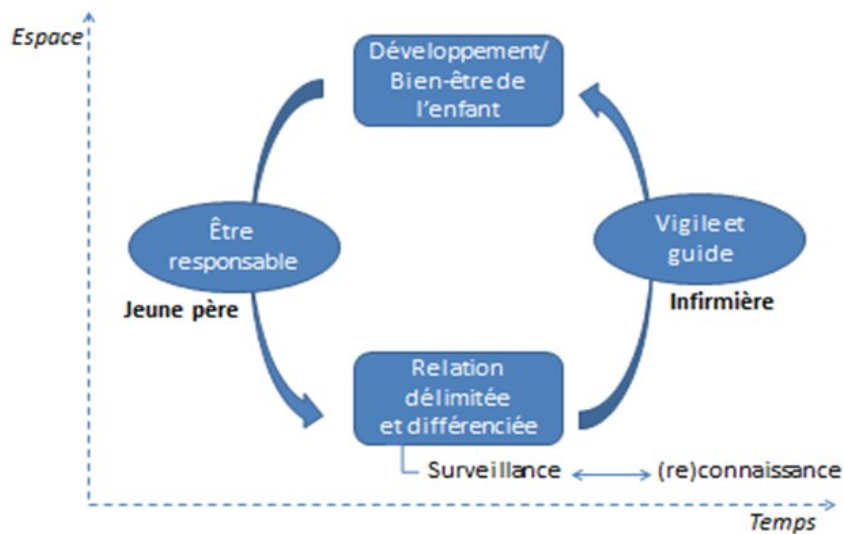
**Appendice C**  
**Exemple de travail de thématization**

### Exemple du travail de thématisation-entretiens JP

Thème général	Thèmes regroupés	Sous-thèmes
Identité et rôle paternel	Perception des responsabilités paternelles envers le bébé	Responsabilités : rôle de pourvoyeur, rôle affectif. Implication dans toutes les sphères de la vie de l'enfant Présence Implication dans les suivis Transmission de valeur Transmission de savoir
	Identité masculine liée à la paternité	C'est valorisant Rend mature (appel à la responsabilité) Rend plus homme : « Se sentir plus un homme »
	Attentes envers la paternité	Renforcement du lien conjugal Procure une famille, de l'amour, du plaisir dans la vie, de la fierté Apprentissage de la vie
	Besoins liés à son rôle paternel	D'être informé Soutien moral Soutien instrumental Meilleur revenu
	Perceptions de ses responsabilités paternelles envers lui-même	Matérielle : Se mobiliser pour l'achat des équipements, Planification personnelle : Changements de comportement, mode de vie Connaître les ressources/services : obtenir su soutien informationnel Élaborer des projets (déménagement)
	Exercice de la paternité	Être père au foyer Connaissance sur le développement de l'enfant Connaissance des besoins de l'enfant Apprentissage quotidien C'est un changement de style de vie. C'est épuisant
	Sentiment de compétence parentale	Être un meilleur père que je pensais. Développement de compétences parentales de manière progressive Contrôle de son stress Peu d'expérience avec les enfants, mais bonne capacité d'apprendre. Plus de patience

**Appendice D**  
**Exemple d'exercices de modélisation**

Figure 3. Modélisation de la relation qui prend forme entre des jeunes pères et des infirmières dans un programme de soutien aux jeunes parents



Exercice de modélisation en cours d'analyse (juin 2015). Ce modèle a soutenu notre présentation au 6<sup>e</sup> congrès du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF).

**Appendice E**  
**Caractéristiques détaillées des jeunes pères**



### Caractéristiques des jeunes pères

<b>Pères</b>	<b>Âge*</b>	<b>Diplôme</b>	<b>Sources de revenus</b>	<b>Temps de collecte de données selon l'âge du bébé</b>
JP01	23 ans	DES	Prestations pour études	1 <sup>er</sup> entretien : prénatal 2 <sup>e</sup> entretien : à l'âge de 8 mois du bébé
JP02	26 ans	Aucun	Emploi	1 <sup>er</sup> entretien : à l'âge de 6 mois du Bébé 2 <sup>e</sup> entretien : à l'âge de 18 mois du bébé
JP03	19 ans	DES	Aide de derniers recours	1 <sup>er</sup> entretien : prénatal 2 <sup>e</sup> entretien : à l'âge de 6 mois du bébé
JP04	21 ans	Aucun	Emploi	1 <sup>er</sup> entretien : prénatal
JP05	26 ans	Aucun	Emploi	1 <sup>er</sup> entretien : à l'âge de 6 mois du bébé 2 <sup>e</sup> entretien : à l'âge de 18 mois du bébé
JP06	22 ans	DEC	Emploi	1 <sup>er</sup> entretien : à l'âge de 18 mois du bébé
JP07	23 ans	Aucun	Emploi	1 <sup>er</sup> entretien : à l'âge de 6 mois du bébé
JP08	21 ans	DES	Prestations pour études	1 <sup>er</sup> entretien : à l'âge de 6 mois du bébé

\* Âge au moment du premier entretien

**Appendice F**  
**Exemplaires de certificats d'éthique de la recherche initiale**

## LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

### Un comité de l'Hôpital Sainte-Justine formé des membres suivants:

Jean-Marie Therrien, éthicien et président  
 Anne-Claude Bernard-Bonnin, pédiatre  
 Geneviève Cardinal, juriste  
 Anny Daigneault, infirmière de recherche  
 Françoise Grambin, représentante du public  
 Denis Lebel, pharmacien  
 Florina Moldovan, scientifique



**CENTRE  
 DE RECHERCHE  
 DE L'HÔPITAL  
 SAINTE-JUSTINE**  
*Le centre hospitalier  
 universitaire mère-enfant*


*Pour l'amour des enfants*

Les membres du comité d'éthique de la recherche ont étudié le projet de recherche clinique intitulé:

*L'évaluation du volet soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité.*

soumis par: *Céline Goulet Ph. D., et Sylvie Gendron, Ph.D.*

et l'ont trouvé conforme aux normes établies par le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Sainte-Justine. Le projet est donc accepté par le Comité.

  
 Jean-Marie Therrien, Ph.D., éthicien  
 Président du Comité d'éthique de la recherche

Date d'approbation: 16 mars 2005



Le 31 janvier 2007

Madame Céline Goulet  
 Faculté des sciences infirmières  
 Université de Montréal  
 C.P. 6128, succursale Centre-Ville  
 Montréal, Québec  
 H3C 3J7

Objet: Évaluation du volet soutien aux parents (PSJP) des services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité. CCER 05-06-017

Madame Goulet,

J'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé à l'unanimité par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les établissements pour lesquels vous avez l'autorisation du Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux pour réaliser votre étude sont :

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

Les documents que le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux a approuvés et que vous pouvez utiliser pour la réalisation de votre projet sont les suivants :

- L'évaluation du volet soutien aux parents (PSJP) des services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité. Devis de recherche daté du 14 juin 2004
- Formulaire d'information et de consentement du Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme, daté du 24 janvier 2007

Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux  
 500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 800  
 Montréal (Québec) H3A 3C6  
 Tél. : (514) 873-2114 poste 252  
 Fax : (514) 873-8768  
 Courriel (Lohané de Champlain) : jdechamplain@frsq.gouv.qc.ca

Approbation finale CCER 05-06-017

- Formulaire d'information et de consentement du Centre de santé et de services sociaux du [REDACTED], daté du 24 janvier 2007
- Formulaire d'information et de consentement du Centre de santé et de services sociaux de la [REDACTED], daté du 24 janvier 2007
- Formulaire d'information et de consentement du Centre de santé et de services sociaux [REDACTED], daté du 24 janvier 2007
- Formulaire d'information et de consentement du Centre de santé et de services sociaux de [REDACTED], daté du 24 janvier 2007
- Formulaire d'information et de consentement du Centre de santé et de services sociaux [REDACTED], daté du 24 janvier 2007
- le questionnaire portant sur l'entrevue prénatale 1
- le questionnaire portant sur l'entrevue prénatale 2
- le questionnaire portant sur l'entrevue à 5 mois.

Nous comprenons que dès que possible vous nous ferez parvenir l'ensemble des autres documents afférents à votre recherche afin que le Comité puisse les évaluer et vous donner l'autorisation de les utiliser pour la réalisation de votre étude.

Cette approbation éthique est valide pour un an à compter du 24 janvier 2007, date de l'approbation initiale. Un mois avant la date d'échéance vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet.

Je vous rappelle que toute modification au protocole ou au formulaire de consentement en cours d'étude doit être notifiée et approuvée par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet.

De plus, vous devez notifier au Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, dès que cela est porté à votre connaissance, tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'accroître les risques et les inconvénients des sujets, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de continuer sa participation.

Je vous rappelle que vous devez notifier au Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, dans les six jours ouvrables qui suivent, les incidents et réactions indésirables observées en cours de recherche, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet.

Également, vous devez notifier au Comité, la cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente, et ce, dès que cela est porté à votre connaissance, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet.

Aussi, vous devez notifier au Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, dans les meilleurs délais, tout problème identifié par un

Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux  
 500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 800  
 Montréal (Québec) H3A 3C6  
 Tél. : (514) 873-2114 poste 252  
 Fax : (514) 873-8768  
 Courriel (Johane de Champlain) : jdechamplain@frsq.gouv.qc.ca

2

Approbation finale CCER 05-06-017

tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une vérification interne ou externe, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet.

Je vous rappelle également que vous devez notifier au Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux dans les meilleurs délais, toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par l'organisme de réglementation, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet.

De plus, je vous rappelle que vous devez conserver vos dossiers de recherche pour une période d'au moins un an suivant la fin de votre étude afin de permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux ou par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Finalement, je vous rappelle que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

En terminant, je vous invite à consulter le site internet du Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux à l'adresse suivante : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/ccer.phtml>

Avec l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Serge Gauthier, M.D.  
Président, Comité central d'éthique de la recherche  
du ministre de la Santé et des Services sociaux

SG/



Montréal, le 4 juillet 2014

Madame Céline Goulet  
Madame Gendron  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
C.P. 6128, succursale Centre-ville  
Montréal, Québec  
H3C 3J7

Objet: CCER 05-06-017 – Rapport de fin d'étude.

**Évaluation du volet soutien aux parents (PSJP) des services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité.**

Madame Goulet, Madame Gendron,

Madame Drouin a soumis au Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, par courriel, le 16 décembre 2013, votre rapport de fin d'étude pour votre projet de recherche cité en rubrique.

Le comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux a pris connaissance de votre rapport et s'en déclare satisfait. Nous fermons donc votre dossier.

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.

  
Johane de Champlain  
Vice-présidente, Comité central d'éthique de la recherche  
du ministre de la Santé et des Services sociaux

JdeC/

