

L'intervention avec les familles monoparentales et recomposées :
une étude des besoins des intervenants en périnatalité et petite enfance
de la Capitale-Nationale.

Daniel Turcotte

Pamela Alvarez-Lizotte

Maryse St-Gelais

2017



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. INTERVENIR AVEC LES FAMILLES SÉPARÉES OU RECOMPOSÉES	2
Les changements dans la structure familiale et le développement des enfants	2
La vie en famille monoparentale.....	3
La vie en famille recomposée	3
La période entourant la naissance de l'enfant.....	4
Les défis pour l'intervention.....	6
Pertinence scientifique et sociale.....	7
2. LA MÉTHODOLOGIE	8
Étape 1 – Groupe de discussion.....	8
Étape 2 – Questionnaire autoadministré	10
Considérations éthiques	12
3. LES RÉSULTATS.....	13
Profil des répondantes.....	13
Motifs à la base de l'intervention des répondantes.....	14
Facteurs de risque des familles recomposées et monoparentales	16
Défis rencontrés en intervention	18
Sentiment de compétences en intervention.....	20
4. LA DISCUSSION.....	25
Est-ce que les intervenantes se sentent bien préparées pour travailler avec les familles séparées et recomposées?	25
Est-ce que l'offre de services est adaptée à la réalité de ces familles et est-ce que les intervenantes connaissent bien les ressources qui peuvent les accompagner dans leur travail avec ces familles?	26
Forces et limites de la recherche.....	30
CONCLUSION.....	31
RÉFÉRENCES	32
TABLEAUX.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau A-1 Organismes consultés pour le recrutement des participantes au groupe de discussion.....	37
Tableau A-2 Organismes communautaires qui ont participé à l'étape 2 de la recherche.....	38
Tableau A-3 Lien entre les motifs à la base de l'intervention des répondantes et leur secteur d'emploi.....	39

Tableau A-4 Lien entre les motifs à la base de l'intervention des répondantes et le type d'organisme dans lequel elles travaillent.....	40
Tableau A-5 Test de Mann-Whitney entre les facteurs de risque des familles et le secteur d'emploi des répondantes	41
Tableau A-6 Lien entre les facteurs de risque des familles et le type d'organisme dans lequel les intervenantes travaillent	43
Tableau A-7 Test de Mann-Whitney entre les situations familiales ou d'interventions qui posent des défis dans la pratique et le secteur d'emploi des répondantes	45
Tableau A-8 Test de Mann-Whitney entre le degré auquel les répondantes se sentent outillées pour effectuer certaines tâches de travail et leur secteur d'emploi	46
Tableau A-9 Test t entre l'appréciation du degré d'adéquation de différents aspects de la pratique et le type d'organisme dans lequel les intervenantes travaillent.....	47
Tableau A-10 Test de Khi carré d'indépendance statistique entre les modalités de soutien à la pratique des intervenantes et le type d'organisme dans lequel elles travaillent	48
Tableau A-11 Ressources avec lesquelles les répondantes ont été en contact	49
Tableau A-12 Liste des autres organismes avec lesquels les répondantes sont en contact	50

INTRODUCTION

Bien que les familles nucléaires représentent la norme sociale (Rouyer, Huet-Gueye & Baude, 2013), on observe une croissance dans la diversité des compositions familiales au Canada (Gouvernement du Canada, 2011a). Les enfants peuvent en effet aussi vivre avec un parent monoparental, dans une famille recomposée ou dans deux milieux familiaux différents lorsque les parents sont séparés (Gouvernement du Canada, 2011a; Saint-Jacques, Drapeau, Parent & Godbout, 2012). La séparation, la monoparentalité et la recomposition familiale peuvent affecter les enfants (Allison & Furstenberg, 1989; Fagan, 2013; Saint-Jacques, Turcotte, Drapeau & Cloutier, 2004; Rouyer *et al.*, 2013; Zill, Morrison & Coiro, 1993) et entraîner d'importants changements dans la vie des familles (Desrosiers & Simard, 2010; Saint-Jacques *et al.*, 2012; Saint-Jacques & Drapeau, 2008). De plus, il arrive que ces périodes de transition soient vécues au cours d'une autre importante période d'adaptation, soit celle entourant la naissance d'un enfant. Dans ce contexte, les familles séparées ou recomposées sont susceptibles de faire face à d'autres défis (Hamelin-Brabant *et al.*, 2013; Roy *et al.*, 2014) et de rencontrer davantage de difficultés. Malgré la complexité des situations vécues par ces familles, les intervenants manquent de balises pour encadrer leur pratique auprès d'elles (Marino & Fortier, 1990; Parent *et al.*, 2013). La présente recherche vise donc à combler ce vide dans la littérature en vue d'offrir des pistes d'intervention qui soutiendront la pratique des intervenants. Une recension des écrits qui dépeint la réalité de ces familles permettra d'abord au lecteur de saisir le contexte dans lequel elles vivent ainsi que les enjeux qui peuvent être rencontrés en intervention. La méthodologie de la recherche est ensuite présentée, suivie des résultats. Enfin, une discussion des résultats, des retombées pratiques et des pistes de recherche future conclut le rapport.

1. INTERVENIR AVEC LES FAMILLES SÉPARÉES OU RECOMPOSÉES

Au Canada et aux États-Unis, on estime qu'environ le tiers des enfants ne vivent pas avec leurs deux parents biologiques ou adoptifs (Marcil-Gratton, 2004). Dans la grande majorité des cas, cette situation résulte d'une séparation des parents. Depuis la fin des années 1980, le nombre de Canadiens qui ont divorcé avant leur 30^e anniversaire de mariage varie entre 35 % et 42 % (Gouvernement du Canada, 2011b). Le taux de divorce seul est cependant un indicateur imprécis du nombre de séparations, car il ne tient pas compte de la rupture des unions de fait, qui sont de plus en plus nombreuses.

La monoparentalité qui résulte de la rupture du couple entraîne pour certains enfants une réalité familiale et économique qui a pour effet de les placer dans une plus grande vulnérabilité (Mersky, Berger, Reynolds & Gromoske, 2009; Sidebotham & Heron, 2006). Cette situation de monoparentalité est toutefois transitoire pour certains de ces enfants, car plusieurs parents composent une nouvelle famille dans les années qui suivent leur séparation (Saint-Jacques *et al.*, 2004). Dans les cinq années suivant la séparation parentale, environ sept enfants sur dix âgés de 13 ans ou moins en 1997 ont vu l'un ou l'autre de leurs parents former une famille recomposée (Juby, Marcil-Gratton, Le Bourdais, 2005). Aux États-Unis, 30 % des familles sont recomposées (National stepfamily resource center, 2011 cité dans Hall Alogna, 2011). Au Québec, il est estimé que 10,7 % des familles sont recomposées (Ministère de la Famille et des Aînés, 2011).

Les changements dans la structure familiale et le développement des enfants

Au cours des cinquante dernières années, de nombreuses études ont été réalisées sur la réaction des enfants à la séparation de leurs parents (Heterington, Bridge & Insabella, 1998; Heterington & Stanley-Hagan, 1999; Heterington & Kelly, 2002; Saint-Jacques *et al.*, 2004). Il s'en dégage que la séparation est une expérience qui comporte son lot de peines, de conflits et de déceptions. Elle est particulièrement préoccupante parce qu'elle débouche sur un nouveau cadre de vie qui peut se révéler problématique pour l'enfant, comme la monoparentalité et la recomposition familiale (Saint-Jacques *et al.*, 2004). Même si des travaux sur l'adaptation des jeunes de familles recomposées montrent que c'est la séparation des parents qui affecte principalement les enfants, la monoparentalité et la recomposition familiale exigent également d'importantes adaptations (Saint-Jacques & Drapeau, 2008). D'autant plus que la rupture s'inscrit

souvent dans un processus de transformations qui s'accompagne de perturbations familiales qui peuvent débiter bien avant la séparation des parents et se poursuivre à court, moyen ou long terme.

La vie en famille monoparentale

Même si la majorité des enfants qui vivent dans une famille monoparentale se développent sans problèmes significatifs, la vie en famille monoparentale représente un facteur de risque pour le développement de l'enfant. Le taux d'enfants vivant dans la pauvreté est quatre fois supérieur parmi ceux élevés par une mère monoparentale comparativement aux enfants de familles biparentales intactes (Conseil canadien de développement social, 2006). Or, au Canada, 80% des familles monoparentales sont dirigées par une femme. Le stress économique associé à la monoparentalité s'accompagne souvent de détresse psychologique et d'isolement social de la famille, puisque le parent seul dispose de moins de temps et d'énergie pour maintenir son réseau social et s'investir dans sa communauté (Saint-Jacques *et al.*, 2004). Comme il doit assumer toutes les responsabilités familiales, cette exigence se traduit par un temps de contact plus limité avec son enfant, un niveau de supervision plus faible et une diminution des occasions de communication. Ce contexte serait particulièrement vrai dans les premiers temps suivant une séparation (Freeman & Newland, 2002; Strohschein, 2007), alors que beaucoup d'énergie est investie dans la réorganisation familiale. De plus, le parent peut être absorbé par ses difficultés émotives et il peut être plus susceptible de souffrir de dépression ou de consommation abusive d'alcool, ce qui affecte ses compétences parentales (Kelly & Emery, 2003). La famille monoparentale rend difficile le développement d'une dynamique de responsabilité partagée entre les deux parents face à l'encadrement et au soutien de l'enfant : « le parent monoparental n'a pas de « co-parent » sur qui compter et avec qui échanger dans l'immédiat de la vie quotidienne » (Saint-Jacques *et al.*, 2004 : 45). Bien que l'exercice de la coparentalité demeure possible en situation de séparation conjugale, elle pose des défis particuliers aux parents qui doivent, notamment, apprendre à séparer les rôles de parents et de conjoints (Drapeau, Tremblay, Cyr, Godbout et Gagné, 2008).

La vie en famille recomposée

La famille recomposée, qui se distingue par le fait que les membres de la famille ne sont pas tous unis par des liens de sang; elle fait donc appel à la parenté sociale plutôt que biologique.

À cet effet, elle donne lieu à un large éventail de dynamiques relationnelles entre le beau-parent, le parent biologique et les enfants, dynamiques qui sont soumises à plusieurs influences. Par exemple, la relation entre l'enfant et le beau-père s'avère généralement positive lorsque la mère biologique se charge d'instaurer les règles et la discipline auprès des enfants (Hall Alogna, 2011). Si le beau-père s'investit dans cette sphère familiale rapidement, il risque d'affecter sa relation avec les enfants et avec sa conjointe (Weaver & Coleman, 2010). Du côté des belles-mères, on s'attend à ce qu'elles adoptent un rôle de soignante auprès des enfants (Guisinger, Cowen & Schuldberg, 1989). Cependant, lorsqu'elles tentent de se modeler au rôle traditionnel de mère, elles ont plus de difficultés à vivre la belle-parentalité comparée aux belles-mères qui n'adoptent pas ce rôle traditionnel (Doodson & Morely, 2006; Weaver & Coleman, 2005).

Bien qu'il soit difficile de parler de la recomposition familiale comme d'une réalité homogène, il est possible de relever certains éléments qui constituent des facteurs de risque de tension dans la famille. Un premier tient aux préjugés envers les beaux-parents qui sont souvent perçus comme moins aimants et moins attentionnés que les parents biologiques (Claxton-Oldfield, 2008). Un second tient à la répétition des transitions. Une proportion importante des familles qui reçoivent des services se caractérisent non seulement par le fait qu'elles sont séparées ou recomposées, mais par la présence de trajectoires familiales marquées par des transitions en série. Ainsi, les enfants ne connaissent pas uniquement une séparation parentale et une recomposition familiale, mais des ruptures et remises en couple répétées de leurs parents, lesquelles peuvent avoir des impacts négatifs importants sur leur adaptation (Brody & Neubaum, 1996; Hao & Xie, 2002; Saint-Jacques *et al.*, 2009). Par ailleurs, certains cycles de la vie familiale peuvent être particulièrement difficiles à traverser pour les familles en transition. C'est le cas, notamment, pour la période entourant la naissance d'un enfant et pour la période préscolaire.

La période entourant la naissance de l'enfant

À elle seule, la période périnatale représente une importante période d'adaptation. Avec l'arrivée d'un enfant, les parents doivent en effet passer d'une vie entre conjoints à une vie à trois, ce qui entraîne des changements sur plusieurs aspects de leur vie (Hamelin-Brabant *et al.*, 2013). Les parents doivent s'ajuster sur le plan individuel (ex. : apprendre à devenir parent) et interpersonnel (ex. : maintenir la relation de couple) (Roy, Schumm & Britt, 2014). Ils doivent aussi définir leurs rôles et responsabilités dans la famille et négocier la répartition des tâches avec

le conjoint. La transition à la maternité, par exemple, peut impliquer que la femme interrompe ses activités afin de passer plus de temps à la maison après la naissance de l'enfant (Bouchard, Boudreau & Hébert, 2006; Roy *et al.*, 2014). Les pères, eux, continuent plus souvent à travailler, puisqu'on leur attribue souvent le rôle de pourvoyeur auprès de l'enfant (Roy *et al.*, 2014).

La naissance d'un nouvel enfant est positive et stimulante, mais elle peut aussi s'accompagner de difficultés. Pendant cette période, les parents sont susceptibles de vivre différentes conditions de vulnérabilité telles que l'anxiété, la détresse psychologique, le manque de sommeil, la difficulté à allaiter, la fragilisation de l'estime de soi, etc. (Habib, 2012; Hamelin-Brabant *et al.*, 2013; Henderson & Redshaw, 2013; Pancer, Pratt, Hunsberger & Gallant, 2000; Roy *et al.*, 2014). Différentes circonstances peuvent amener les parents à vivre ces difficultés. C'est le cas, par exemple, des complications durant la grossesse, de la présence ou non d'expériences antérieures de parentalité, du temps écoulé depuis la naissance, du jeune âge des parents, de la présence de problèmes de santé mentale chez les parents ainsi que de la perception du parent quant à la disponibilité de l'entourage à lui offrir du soutien (Hamelin-Brabant *et al.*, 2013; Henderson & Redshaw, 2013). Une étude réalisée auprès de mères primipares rapporte aussi que la manière dont ces dernières se représentent leur rôle de mère avant la naissance influence leur adaptation à la maternité une fois que l'enfant est né (Churchill & Davis, 2010). Plus spécifiquement, les auteurs rapportent que les mères qui, avant la naissance de l'enfant, ont une conception irréaliste et utopique de la maternité ont davantage de symptômes dépressifs après la naissance de l'enfant comparativement aux mères qui, avant la naissance de l'enfant, ont une conception réaliste de la maternité. Ceci s'explique par le fait que les mères ayant une conception réaliste de la maternité ont à la fois des réflexions positives et négatives concernant la maternité, ce qui les prépare mieux aux défis qu'elles rencontreront durant cette transition (Churchill & Davis, 2010).

Les futurs ou nouveaux parents peuvent aussi vivre des difficultés d'ordre conjugal au cours de la période périnatale (Bouchard *et al.*, 2006; Desrosiers & Simard, 2010; Pancer *et al.*, 2000). L'adaptation des parents à leur nouveau rôle entraîne des changements qui peuvent créer des tensions (Bouchard *et al.*, 2006; Roy *et al.*, 2014). C'est le cas, par exemple, des changements qui touchent la division des responsabilités auprès de l'enfant (Adamson, 2013). Cette division se fait souvent de façon stéréotypée, ce qui peut entraîner des insatisfactions et une dégradation de la relation conjugale (Desrosiers & Simard, 2010). Plusieurs inquiétudes peuvent aussi survenir

concernant la réorganisation de la maison et la réaction des autres membres de la famille et ces questionnements sont amplifiés lorsqu'il s'agit d'une famille recomposée (Thanh Tu, 2011). Les premières années de la vie de l'enfant peuvent d'ailleurs se révéler particulièrement anxiogènes si la trajectoire de la famille est marquée par des épisodes de séparation et de recomposition, puisque ce type de trajectoire se traduit par une instabilité des places dans la famille et une imprécision des rôles parentaux. Il se produit alors un certain flou quant à la place de l'enfant et aux conditions de son éducation (Neyrand, 2012). Les études sur les réactions à la séparation indiquent que les enfants d'âge préscolaire sont plus à risque de vivre des problèmes socioaffectifs lorsque leurs parents se séparent (Allison & Furstenberg, 1989; Zill, Morrison & Coiro, 1993). Ils peuvent aussi régresser dans leurs acquisitions motrices ou scolaires, avoir des troubles du sommeil, être angoissés ou avoir de la difficulté à contrôler leur agressivité (Rouyer *et al.*, 2013). S'ils se retrouvent dans une famille recomposée, ils sont plus à risque d'avoir des problèmes d'apprentissage du langage comparativement aux enfants vivant dans une famille intacte (Fagan, 2013).

Les défis pour l'intervention

Les familles séparées et recomposées qui ont de jeunes enfants doivent faire face à deux importantes périodes de transition qui demandent beaucoup d'adaptation. La diversité des difficultés qu'elles sont susceptibles de rencontrer soulève plusieurs enjeux pour l'intervention. D'abord, il arrive que les intervenants ne soient pas sensibles aux besoins particuliers de ces familles (Hall Alogna, 2011) et qu'ils interviennent avec les familles recomposées comme si elles étaient des familles nucléaires (Visher & Visher, 1979). Ce type de pratique est généralement critiqué par les familles qui reçoivent les services (Pasley, Rhoden, Visher & Visher, 1996). D'autres sont conscients des particularités de ces familles, mais ne savent pas comment adapter leur intervention. Les professionnels qui interviennent en périnatalité / petite enfance peuvent être confrontés à plusieurs problèmes : prématurité du bébé, présence d'anomalies congénitales chez l'enfant, grossesse à l'adolescence, violence, abus ou négligence dans la famille, etc. (Gouvernement du Québec, 2008). La complexité de ces situations peut être amplifiée lorsqu'elles se produisent dans des familles séparées ou recomposées, posant ainsi un défi supplémentaire pour les intervenants. Par exemple, lorsque la relation coparentale est conflictuelle après la séparation, le travail conjoint avec les deux parents peut être plus difficile (Rouyer *et al.*, 2013; Cyr, Di Stefano & Desjardins, 2013). Même si la séparation conjugale et la recomposition familiale sont des

phénomènes répandus, les enjeux que comporte l'intervention avec ces familles dans le domaine de la périnatalité demeurent peu documentés. On ne sait pas quelles sont les difficultés auxquelles les intervenants sont confrontés. Se sentent-ils bien préparés pour travailler avec les familles séparées et recomposées? Est-ce que l'offre de services est adaptée à la réalité de ces familles? Est-ce que ces intervenants connaissent bien les ressources qui peuvent les accompagner dans leur travail avec ces familles?

Voilà autant de questions auxquelles la présente recherche tente d'apporter des éléments de réponse. Trois objectifs y sont visés: 1) documenter les difficultés rencontrées par les intervenants en périnatalité et en petite enfance dans leur travail avec les familles séparées et recomposées, 2) identifier leurs besoins de soutien à l'intervention avec ces familles et 3) mesurer la connaissance des intervenants à propos des ressources qui peuvent les guider dans leurs interventions.

Pertinence scientifique et sociale

Selon Marino et Fortier (1990), il n'y a pas encore de tradition établie en matière d'ajustement à la recomposition familiale, ce qui fait en sorte que les jeunes parents qui vivent cette situation peuvent être facilement pris au piège avec leurs difficultés. Il importe donc d'alimenter les connaissances sur le sujet. En outre, il arrive que les familles qui vivent une recomposition familiale soient aux prises avec plusieurs conditions de vulnérabilité, qu'elles soient spécifiques à la recomposition familiale, à la périnatalité (Gouvernement du Québec, 2008) ou à d'autres problèmes sociaux associés tels que la violence vécue dans la famille (Parent, Saint-Jacques, Labonté & Dubeau, 2013). Les intervenants qui travaillent avec ces familles sont donc amenés à intervenir dans des situations complexes sans avoir nécessairement en main les outils appropriés (Parent *et al.*, 2013). Cette inadéquation des services se traduit par de l'insatisfaction chez les familles qui reçoivent des services que ce soit en lien avec leur situation de recomposition familiale (Pasley *et al.*, 1996) ou en lien avec leurs besoins particuliers en matière de périnatalité (Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion & Epiney, 2011). Il est essentiel de mieux connaître les besoins des familles et les difficultés que rencontrent les intervenants lorsqu'ils interviennent avec ces familles pour contribuer à faire en sorte que leur pratique soit adaptée à la réalité terrain.

2. LA MÉTHODOLOGIE

La démarche privilégiée pour la réalisation de cette étude descriptive s'est réalisée en deux étapes. D'abord, un groupe de discussion avec des intervenants de différents horizons professionnels a eu lieu pour tracer un portrait global des défis de l'intervention avec les familles séparées ou recomposées. Les données issues de cette première étape ont été utilisées pour développer un questionnaire. À la deuxième étape de la recherche, ce questionnaire a été prétesté et ensuite envoyé à tous les intervenants de la Capitale-Nationale qui travaillent dans le domaine de la périnatalité / petite enfance et dont le milieu de travail a accepté de participer à la recherche. Les paragraphes qui suivent expliquent en détail comment ces trois étapes se sont déroulées.

Étape 1 – Groupe de discussion

Le groupe de discussion a été réalisé avec des personnes qui présentaient les caractéristiques suivantes : 1) être un intervenant en périnatalité / petite enfance (ex : infirmier, nutritionniste, travailleur social, psychologue, etc.), 2) rencontrer des familles séparées ou recomposées dans sa pratique et 3) travailler dans le CIUSSS de la Capitale-Nationale¹ ou dans un organisme communautaire Famille dont l'offre de services touche le territoire ou une partie du territoire de la Capitale-Nationale. La procédure utilisée pour recruter ces personnes a impliqué, dans un premier temps, qu'un membre de l'équipe de recherche contacte par courriel la personne responsable des équipes en périnatalité de 8 CLSC et de 12 organismes communautaires Familles. Le tableau A-1 en annexe présente la liste des organismes contactés. Ce courriel invitait les responsables d'équipe à fournir le nom d'un ou deux intervenants intéressés à participer à une discussion de groupe. Pour les aider à identifier les participants potentiels, le courriel envoyé présentait brièvement les objectifs et procédures de la recherche ainsi que les trois critères d'inclusion des participants. Cette stratégie a conduit au recrutement de quatre personnes présentant des caractéristiques différentes relativement au type de formation (intervenantes en

¹ La présente recherche a été réalisée au moment de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux. Cette réorganisation a, entre autres, mené à la fusion de plusieurs établissements publics en CISSS et en CIUSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015). Le présent rapport réfère donc au CIUSSS de la Capitale-Nationale plutôt qu'aux CSSS, puisque ces derniers ont été fusionnés. Il importe toutefois de noter que le recrutement ne s'est pas réalisé auprès de tous les intervenants qui travaillent dans le CIUSSS de la Capitale-Nationale, mais auprès de ceux qui, avant les fusions, travaillaient dans le CSSS suivants : Charlevoix, Portneuf, Québec-Nord et Vieille-Capitale.

santé et intervenante sociale) et au milieu de travail (rural, urbain). Toutes œuvraient dans un établissement du réseau (CIUSSS). Un membre de l'équipe de recherche a contacté chaque participant référé par téléphone pour valider son intérêt à participer à la recherche ainsi que pour préciser les objectifs et les modalités de la discussion du groupe. La rencontre, d'une durée de 2h00, a eu lieu dans un local de la Direction régionale de la santé publique de la Capitale-Nationale. Toutes les intervenantes rencontrées travaillaient en périnatalité / petite enfance. Deux intervenantes étaient travailleuses sociales, une était infirmière et la quatrième était éducatrice spécialisée.

Un guide de discussion (voir l'annexe A) a été développé pour structurer les échanges. Les thèmes abordés sont les suivants : a) présentation des participants, b) nature des services offerts aux familles par les participants, c) particularités de l'intervention auprès des familles séparées ou recomposées, d) opinions concernant la capacité des intervenants à répondre aux besoins des familles séparées ou recomposées, e) suggestions concernant le contenu à aborder dans le questionnaire autoadministré et f) suggestions concernant les stratégies à privilégier pour diffuser les résultats de la recherche. Cette discussion a été coanimée par le chercheur principal et une assistante de recherche qui a vu également à prendre des notes et à tenir une liste des échanges selon leur ordre chronologique. Cette stratégie, jumelée à l'enregistrement de la présentation des participants au début de l'entretien, aurait permis d'éliminer les propos d'une participante qui aurait souhaité se retirer de la recherche avant que le questionnaire autoadministré soit construit. Mais ce ne fut pas le cas.

Les échanges ont été enregistrés et retranscrits. Ce matériel a fait l'objet d'une analyse de contenu thématique (Paillé & Mucchielli, 2012). Cette analyse visait à identifier les principaux enjeux de l'intervention en périnatalité / petite enfance avec les familles séparées et recomposées ainsi que les principales situations auxquelles les intervenants sont confrontés dans leur pratique. Pour procéder à l'analyse, la démarche proposée par Paillé et Mucchielli (2012) a été respectée dans son ensemble. D'abord, le chercheur principal et l'assistante de recherche ont fait individuellement une lecture des notes prises durant l'entretien de groupe. Comme ils ont utilisé une démarche de thématization en continu, les thèmes ont été identifiés au fur et à mesure de la lecture de ce matériel. Par la suite, ils ont mis en commun leur travail afin de construire une seule

et unique banque de thèmes. Ces étapes leur ont permis de formuler des questions pour le questionnaire autoadministré ainsi que les choix de réponses associés.

Étape 2 – Questionnaire autoadministré

La seconde étape de la recherche s'est appuyée sur le questionnaire autoadministré développé à l'étape 1. Ce questionnaire a été rédigé, prétesté et adapté avant d'être transmis aux personnes qui répondaient aux critères d'inclusion. Afin de réaliser le prétest, trois intervenants correspondant au profil recherché pour la recherche ainsi que six personnes travaillant à la Direction de la santé publique de la Capitale-Nationale, mais n'ayant pas le profil recherché, ont complété le questionnaire. Ces participants en ont commenté le contenu, ce qui a amené l'équipe de recherche à supprimer des questions et à modifier certaines formulations ainsi que des choix de réponses. Étant donné que les participants au prétest ne répondaient pas tous aux critères d'inclusion et que le questionnaire a été amélioré, les résultats obtenus au prétest n'ont pas été retenus pour les analyses. Les modifications réalisées ont permis de développer la version finale du questionnaire autoadministré qui est présentée à l'annexe B. Elle comprend 17 questions avec choix de réponses dichotomiques ou polytomiques (ex. : échelle de Likert) et quelques questions à court développement. Trois principaux thèmes y sont abordés, soit 1) le portrait des difficultés vécues par les familles séparées ou recomposées, 2) les défis de l'intervention auprès de ces familles et 3) le soutien qu'ont les intervenants dans leur travail auprès de ces familles. À la fin du questionnaire, quelques questions d'ordre sociodémographiques sont posées. Le temps de complétion moyen du questionnaire a été de 12 minutes.

Les personnes qui ont été invitées à compléter le questionnaire devaient avoir les caractéristiques suivantes : 1) être un intervenant en périnatalité / petite enfance (infirmière, nutritionniste, travailleur social, psychologue, etc.), 2) être appelé à rencontrer des familles séparées ou recomposées dans sa pratique et 3) travailler dans le CIUSSS de la Capitale-Nationale ou un organisme communautaire Famille dont l'offre de services touche le territoire ou une partie du territoire de la Capitale-Nationale. Pour les inviter à participer à la recherche, deux stratégies ont été utilisées. Pour les établissements du réseau, une représentante de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale a envoyé un courriel aux responsables des équipes Famille-Enfance-Jeunesse du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ce courriel conviait les responsables à transmettre aux membres de leur équipe une invitation à participer à la recherche précisant le lien

menant à la version électronique du questionnaire. Comme les responsables des équipes du CIUSSS de la Capitale-Nationale ont accès à un répertoire électronique qui leur permet de rejoindre rapidement les professionnels qui travaillent avec eux, cette stratégie s'est avérée être la plus fiable pour rejoindre l'ensemble des intervenants concernés tout en s'assurant qu'ils aient la possibilité de décider en toute confidentialité s'ils souhaitent participer à la recherche ou non.

Pour les organismes communautaires Familles, le contact a été fait au téléphone par l'assistante de recherche. Afin d'identifier les organismes communautaires Familles de la Capitale-Nationale dont la mission concordait avec l'objet de la recherche, le *Répertoire des services, activités et programmes pour les familles avec des enfants de moins de 12 ans offerts par les organismes communautaires de la région de la Capitale-Nationale* (Belfares, Paradis & l'équipe Adaptation familiale et sociale et santé dentaire 0-5 ans, 2014) a été consulté. Cette opération a permis d'identifier 37 organismes communautaires à contacter. Au cours de l'appel téléphonique, l'assistante de recherche présentait la recherche aux responsables de ces organismes communautaires, validait la pertinence de solliciter leur participation à la recherche et vérifiait leur intérêt. En tout, 25 organismes communautaires ont accepté de participer à la recherche (voir le tableau A-2 en annexe). Une fois cette acceptation obtenue, l'assistante de recherche demandait aux responsables s'ils préféraient recevoir le questionnaire en version électronique ou en version papier. Dans la majorité des cas, ils ont préféré recevoir le questionnaire en version électronique. Dans ce cas, la même procédure que celle utilisée avec les responsables du CIUSSS de la Capitale-Nationale a été utilisée : un message précisant le lien menant au questionnaire électronique était envoyé par courriel à l'adresse identifiée par le responsable de l'organisme. Dans une minorité de cas, les organismes ont préféré recevoir les questionnaires en version papier. Le nombre de questionnaires souhaités était alors envoyé par la poste aux responsables des organismes communautaires, qui se chargeaient d'en remettre une copie aux intervenants répondant aux critères d'inclusion. Le questionnaire était transmis dans une enveloppe préaffranchie afin de respecter la confidentialité et d'éviter que les intervenants ressentent de la pression à participer à la recherche. En effet, cette façon de faire permettait aux participants de retourner eux-mêmes leur questionnaire à l'équipe de recherche, sans que leur employeur sache s'ils avaient rempli le questionnaire ou non.

Ces deux procédures ont conduit au retour de 70 questionnaires dûment remplis. Les réponses ont fait l'objet d'analyses descriptives et de mesures d'association à l'aide de la version

13 du logiciel SPSS. Un test t pour échantillons indépendants ainsi que des tests de Mann-Witney ont été réalisés pour comparer les réponses données par les intervenants selon le secteur d'emploi. Le niveau de signification alpha utilisé pour les tests de comparaison paramétriques et non paramétriques est de 0.05.

Peu de répondants ont utilisé les espaces réservés aux réponses à court développement dans le questionnaire. Ces données ont donc fait l'objet d'analyses limitées. Lorsque possible, les données qualitatives ont été regroupées en catégories et comptabilisées. Dans les autres cas, les idées partagées par les répondants ont été rapportées dans le rapport afin d'alimenter les résultats quantitatifs. Il importe de préciser que les analyses ont été réalisées avec le souci d'éviter les comparaisons entre les milieux de travail concernant leur performance dans l'offre de services, puisqu'il ne s'agit pas d'un objectif visé par la recherche.

Considérations éthiques

Cette recherche porte sur les défis que les intervenants en périnatalité / petite enfance rencontrent dans leur travail auprès des familles séparées ou recomposées et sur leurs besoins en matière de soutien à leurs actions professionnelles. L'information recueillie est générale et ne fait pas référence à des personnes spécifiques. Différentes stratégies ont été mises en place pour assurer une participation volontaire à la recherche. Ainsi, avant de participer au groupe de discussion, les intervenantes ont signé un formulaire de consentement assurant une participation libre et éclairée. Les intervenants qui ont rempli le questionnaire autoadministré à l'étape 2 ont donné un consentement anonyme.

Différentes mesures ont été prises pour que les données collectées demeurent confidentielles et accessibles à l'équipe de recherche uniquement. Par exemple, les noms des participants ne paraissent dans aucun rapport, les résultats individuels ne sont jamais communiqués, les matériaux de recherche sont situés dans un local sous clés, les fichiers cryptés sont protégés par un mot de passe, etc. L'assistante de recherche qui a accès aux données a aussi signé un formulaire d'engagement à la confidentialité.

3. LES RÉSULTATS

Profil des répondantes

Le tableau 1 présente les caractéristiques des 70 intervenantes² qui ont participé à la recherche. La majorité est de sexe féminin (87.8%) et est âgée entre 25 et 44 ans (63.4%). Les participantes n'ont pas toutes le même nombre d'années d'expérience dans le domaine de la périnatalité / petite enfance : certaines sont dans le domaine depuis 1 an alors que d'autres y travaillaient depuis 30 ans, pour une moyenne d'expérience de 9.6 ans ($ET = 7.1, N = 35$). Bien qu'un peu plus de la moitié des répondantes (51.2%) soient travailleuses sociales ou intervenantes sociales, une diversité d'emplois est observée dans l'échantillon. En effet, on y retrouve des infirmières (26.8%), des psychoéducatrices ou éducatrices spécialisées (7.3%), une ergothérapeute, une orthophoniste, une psychologue, une diététiste ou nutritionniste, une directrice générale et une personne qui travaille en counselling / orientation. Près de deux répondantes sur trois (63.4%) occupent un emploi à vocation sociale (travailleuse sociale ou intervenante sociale, psychoéducatrice ou éducatrice spécialisée, psychologue, counselling ou orientation), alors que le tiers (34.1%) a un emploi en santé : infirmière, diététiste ou nutritionniste, ergothérapeute, orthophoniste. Une répondante occupe un emploi associé à l'administration et la gestion.

La majorité des répondantes travaillent dans le CIUSSS de la Capitale-Nationale (61.0%); les autres interviennent dans un organisme communautaire Famille (39.0%) (voir le tableau 1). Il y a une association entre le secteur d'emploi et le type d'organisme. En effet, les intervenantes du domaine de la santé se retrouvent essentiellement dans le CIUSSS (13 sur 14) alors les intervenantes du domaine social sont présentes également entre les deux types d'organismes.

Le territoire de travail est réparti sur celui du CSSS Québec-Nord (55.9%), du CSSS de la Vieille-Capitale (23.5%), du CSSS de Charlevoix (14.7%) et du CSSS de Portneuf (5.9%) (voir le tableau 1). Enfin, les répondantes qui travaillent dans le CIUSSS de la Capitale-Nationale sont impliquées dans un ou plusieurs des programmes suivants : services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), programme *Petite enfance*, programme OLO (œufs, lait, orange), programme négligence, clinique prénatale, retard de développement et familles en difficultés.

² Le féminin sera utilisé pour refléter le profil des répondantes. Le questionnaire comporte des données manquantes. Le N valide pour chaque résultat est précisé dans les tableaux.

Tableau 1
Caractéristiques des répondantes au questionnaire autoadministré

Caractéristiques	N	%
Sexe		
Femme	36	87.8
Homme	5	12.2
Total	41	100
Âge		
25-34 ans	13	31.7
35-44 ans	13	31.7
45-54 ans	10	24.4
55-64 ans	3	7.3
65 ans et plus	2	4.9
Total	41	100
Titre d'emploi		
Travailleuse sociale ou intervenante sociale	21	51.2
Infirmière	11	26.8
Psychoéducatrice / Éducatrice spécialisée	3	7.3
Ergothérapeute	1	2.4
Orthophoniste	1	2.4
Psychologue	1	2.4
Diététiste / Nutritionniste	1	2.4
Counselling / Orientation	1	2.4
Directrice générale	1	2.4
Total	41	100
Territoire de travail		
Québec-Nord	19	55.9
Vieille-Capitale	8	23.5
Charlevoix	5	14.7
Portneuf	2	5.9
Total	34	100
Milieu de travail		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)	25	61.0
Organisme communautaire	16	39.0
Total	41	100

Motifs à la base de l'intervention des répondantes

Différentes raisons expliquent que les répondantes entrent en contact avec les familles séparées ou recomposées dans le cadre de leur travail. Deux motifs proposés dans le questionnaire sont rapportés comme « toujours » ou « souvent » présents par environ la moitié des répondantes. Il s'agit de la présence de problèmes de comportement chez l'enfant (56.0%) et du besoin d'aide pour l'adaptation à la séparation ou à la recombinaison familiale (46.0%). Par contre, pour sept

répondantes sur dix, les complications à la naissance, les complications pendant la grossesse et les difficultés liées à l'allaitement sont rarement ou jamais des motifs de consultation (voir tableau 2).

Tableau 2
Motifs à la base de l'intervention avec les familles séparées ou recomposées (N=50)

Motifs à la base de l'intervention	Choix de réponses					Score moyen*
	Toujours (4) %	Souvent (3) %	Parfois (2) %	Rarement (1) %	Jamais (0) %	
Problèmes de comportement de l'enfant	8.0	48.0	26.0	6.0	12.0	2.4
Adaptation à la séparation ou à la recomposition familiale	4.0	42.0	28.0	10.0	16.0	2.1
Retard de développement de l'enfant	6.0	20.0	44.0	18.0	12.0	1.9
Violence conjugale	2.0	18.0	48.0	18.0	14.0	1.8
Programmes de soutien à la grossesse (OLO, SIPPE ou autres)	12.0	28.0	16.0	6.0	38.0	1.7
Négligence parentale	-	18.0	52.0	14.0	16.0	1.7
Retour à la maison difficile après la naissance	-	26.0	28.0	14.0	32.0	1.5
Accompagnement durant la grossesse (visites et cours prénataux)	4.0	26.0	16.0	16.0	38.0	1.4
Complications concernant la grossesse	-	2.0	28.0	24.0	46.0	0.9
Complications à la naissance	-	4.0	26.0	24.0	46.0	0.9
Difficulté d'allaitement	-	8.0	26.0	8.0	58.0	0.8

* Le score moyen a été calculé en fonction de la valeur (4, 3, 2, 1, 0) attribuée à chaque choix de réponse.

Il y a un lien entre le secteur d'emploi et la nature des motifs à la base de l'intervention avec les familles séparées ou recomposées. Les répondantes qui travaillent dans le domaine de la santé sont plus souvent appelées à intervenir pour les complications à la naissance ($Z = - 2.4, p = 0.025$) et les difficultés d'allaitement ($Z = - 3.0, p = 0.005$), alors que les intervenantes du secteur social sont davantage concernées par les problèmes de comportements de l'enfant ($Z = - 3.1, p = 0.003$) (voir le tableau A-3 en annexe).

Il y a également une différence dans les motifs à la base des interventions entre les acteurs des organismes communautaires et ceux du CIUSSS. Considérant la forte association entre le type d'organisme et le domaine d'emploi, il n'est pas étonnant de constater que ces derniers

interviennent davantage pour des questions liées à la santé : accompagnement durant la grossesse ($Z = -3.6, p = 0.000$), programme de soutien à la grossesse ($Z = -3.6, p = 0.000$), complications concernant la grossesse ($Z = -2.6, p = 0.016$), complications à la naissance ($Z = -2.4, p = 0.026$), retour difficile à la maison après la naissance ($Z = -2.1, p = 0.043$). En fait, pour la plupart des répondantes œuvrant dans les organismes communautaires, leurs interventions ne se déroulent pas pendant la grossesse, mais après la naissance de l'enfant (voir le tableau A-4 en annexe).

En plus des motifs mentionnés dans le questionnaire autoadministré, quelques répondantes ont identifié d'autres raisons à la base de leurs interventions avec les familles séparées ou recomposées. Certaines font référence à des difficultés vécues dans la famille et d'autres à l'accès à des services matériels offerts par l'organisme. En ce qui concerne les difficultés vécues dans la famille, la présence d'un trouble de santé mentale ou d'une déficience intellectuelle légère chez les parents, le maintien du lien parent-enfant lors d'une séparation et des difficultés d'adaptation ou un retard de langage chez l'enfant sont mentionnés. Les demandes relatives à l'accès aux services sont en lien avec des demandes d'aide alimentaire, financière ou vestimentaire, l'accès à des services de répit, l'accompagnement des familles monoparentales ainsi que les services qui aident les familles à concilier la vie familiale avec les études.

Facteurs de risque des familles recomposées et monoparentales

Les familles recomposées et monoparentales sont susceptibles d'être exposées à différents facteurs de risque. En analysant les données présentées au tableau 3, il est possible d'en cibler trois qui, selon les répondantes, sont plus fréquents chez les familles qu'ils rencontrent : la pauvreté, le manque de soutien et l'isolement social. Ces trois facteurs de risque se retrouvent « Toujours » ou « Souvent » chez plus de 70% des familles, tant chez les familles monoparentales que chez les familles recomposées. À l'autre extrême, la présence d'activités criminelles dans la famille et les déficits cognitifs sont rarement rencontrés.

Il y a une différence entre les répondantes qui travaillent dans le domaine de la santé et celles qui travaillent dans le domaine social concernant les facteurs de risque présents chez les familles monoparentales qu'ils rencontrent.

Tableau 3

Facteurs de risques présents chez les familles recomposées et monoparentales (N=50)

Facteurs de risque	Choix de réponses				Score moyen
	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais	
	(3)	(2)	(1)	(0)	
	%	%	%	%	
Familles recomposées					
Manque de soutien social	8.0	64.0	14.0	14.0	1.7
Pauvreté	16.0	58.0	10.0	16.0	1.7
Isolement social	2.0	70.0	14.0	14.0	1.6
Problème de santé mentale	-	52.0	32.0	16.0	1.4
Toxicomanie ou alcoolisme	-	34.0	46.0	20.0	1.1
Violence conjugale	-	28.0	52.0	20.0	1.1
Parents adolescents	-	24.0	50.0	26.0	1.0
Déficit cognitif	-	14.0	62.0	24.0	0.9
Problème de santé physique	-	12.0	64.0	24.0	0.9
Activités criminelles	-	12.0	42.0	46.0	0.7
Familles monoparentales					
Pauvreté	26.0	56.0	6.0	12.0	2.0
Manque de soutien social	12.0	68.0	8.0	12.0	1.8
Isolement social	12.0	70.0	6.0	12.0	1.8
Problème de santé mentale	-	64.0	22.0	14.0	1.5
Toxicomanie ou alcoolisme	-	38.0	42.0	20.0	1.2
Problème de santé physique	-	22.0	62.0	16.0	1.1
Violence conjugale	-	28.0	50.0	22.0	1.1
Parents adolescents	-	26.0	50.0	24.0	1.0
Déficit cognitif	-	18.0	56.0	26.0	0.9
Activités criminelles	-	8.0	54.0	38.0	0.7

La présence de problèmes de santé mentale ($Z = -2.6, p = 0.036$) ou de santé physique ($Z = -2.6, p = 0.031$) et de violence conjugale ($Z = -3.0, p = 0.006$) est plus souvent mentionnée par les répondantes du secteur social (voir le tableau A-5 en annexe). Cet écart s'explique notamment par le fait que les intervenantes du domaine social identifient davantage de difficultés chez les

familles monoparentales (moyenne= 9.4) que celles du secteur de la santé (moyenne = 7.7) ($t(14.6) = - 2.2, p = 0.42$).

En comparaison avec les intervenantes du CIUSSS, celles des organismes communautaires sont moins nombreuses à mentionner qu'elles rencontrent des problèmes de santé mentale ($Z = - 2.4, p = 0.035$), des parents adolescents ($Z = - 2.4, p = 0.030$) et des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme ($Z = - 2.6, p = 0.019$) chez les familles recomposées. Par contre, elles font davantage référence à des problèmes de santé physique ($Z = - 3.2, p = 0.007$) chez les familles monoparentales (voir le tableau A-6 en annexe).

Défis rencontrés en intervention

L'intervention auprès des familles séparées ou recomposées comporte différents défis. Les trois difficultés le plus fréquemment rencontrées par les intervenantes en périnatalité/petite enfance dans la pratique avec ces familles sont la communication déficiente entre les parents biologiques, les mésententes concernant les méthodes éducatives et les conflits. Pour plus de sept intervenantes sur dix, elles se retrouvent « toujours » ou « souvent » chez les familles avec lesquelles elles interviennent. D'autres réalités abordées dans le questionnaire posent moins de difficulté, puisqu'elles sont « rarement » ou « jamais » rencontrées en intervention. Il s'agit des aspects suivants : assurer la confidentialité des interventions, définir les droits des beaux-parents, départager les responsabilités entre le parent non gardien et les beaux-parents (voir le tableau 4).

Quelques différences quant aux défis rencontrés en intervention selon le secteur d'emploi des répondantes ont été identifiées. Ainsi, les répondantes du domaine social sont davantage confrontées à des mères qui font obstacle à l'engagement du père ($Z = - 2.2, p = 0.045$) et au refus des services par un parent ($Z = - 2.2, p = 0.041$) (voir le tableau A-7 en annexe). Il n'y a pas de différences sur ces aspects entre les intervenantes du CIUSSS et celles des organismes communautaires.

Les répondantes ont identifié d'autres défis que ceux présentés dans le questionnaire. Certains sont associés à des difficultés vécues par les familles, telles que la pauvreté, l'exclusion sociale et l'isolement, autant d'éléments qui limitent les possibilités qui s'offrent aux familles pour faire face à leurs difficultés. D'autres rapportent le manque d'introspection des parents, la présence d'un enfant autiste dans la famille et la barrière de la langue avec les familles

immigrantes. D'autres défis sont en lien avec les tâches et responsabilités qui sont confiées aux intervenantes. Sur ce plan, des répondantes soulignent la complexité de tâches telles que : reconnaître les situations d'aliénation parentale, assumer la supervision des droits d'accès, rédiger des rapports pour la Cour et y témoigner et collaborer avec certains organismes. Voici une illustration :

« La collaboration pour suivi conjoint avec l'organisme X [...] ils interpellent peu leurs collaborateurs dans le milieu, contactent rarement les infirmières OLO/SIPPE et interfèrent même parfois au suivi nursing en donnant des conseils non éclairés (allaitement, soin/sécurité du bébé, alimentation et introduction des solides, etc.) » [Répondante # 11]

Des répondantes rapportent leur difficulté à rejoindre les pères. Ils demandent de l'aide moins rapidement que les femmes et ils sont moins portés à se diriger vers les ressources communautaires, ce qui pose certaines limites dans la pratique :

« Le soutien aux pères et aux mères en situation de conflit/séparation se fait très différemment étant donné que la mère demande de l'aide plus tôt dans le processus. Les mères ont donc souvent une longueur d'avance dans le soutien qu'elles ont obtenu (psychologique, légale) et ce n'est pas rare que le père mentionne se voir imposer beaucoup de choses en situation de séparation. Il n'est pas rare d'entendre les pères mentionner qu'ils n'ont pas de ressources pour eux en situation de séparation. » [Répondante # 15]

Tableau 4
Situations qui posent des défis dans la pratique (N=45)

Défis	Choix de réponses					Score moyen
	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	
	(4) %	(3) %	(2) %	(1) %	(0) %	
Communication déficiente entre les parents biologiques	2.2	75.6	15.6	2.2	4.4	2.7
Mésententes entre les parents biologiques concernant les méthodes éducatives	4.4	71.1	15.6	4.4	4.4	2.7
Conflits entre les parents biologiques	4.4	66.7	17.8	6.7	4.4	2.6
Manque d'implication du père biologique	-	53.3	42.2	-	4.4	2.4
Manque de motivation des familles	-	31.1	51.1	15.6	2.2	2.1
Mère qui fait obstacle à l'engagement du père	-	33.3	46.7	13.3	6.7	2.1
Difficulté d'accès au parent non gardien	2.4	31.0	33.3	26.2	7.1	2.0
Instabilité résidentielle des parents biologiques	-	29.5	40.9	25.0	4.5	2.0
Famille nombreuse	-	26.7	44.4	17.8	11.1	1.9
Père qui fait obstacle à l'engagement de la mère	-	13.3	53.3	24.4	8.9	1.7
Refus des services par un parent	-	18.6	48.8	16.3	16.3	1.7
Manque d'implication de la mère biologique	-	4.4	62.2	24.4	8.9	1.6
Difficulté à définir les droits des beaux-parents	-	27.9	18.6	27.9	25.6	1.5
Difficulté à départager les responsabilités entre le parent non gardien et les beaux-parents	-	25.6	20.9	30.2	23.3	1.5
Défi d'assurer la confidentialité des interventions	4.7	7.0	20.9	53.5	14.0	1.4

Sentiment de compétences en intervention

Nous nous sommes intéressés à examiner jusqu'à quel point les répondantes se sentent outillées pour intervenir avec les familles séparées ou recomposées. Pour ce faire, nous leur avons présenté différentes tâches possibles dans ce type d'intervention en leur demandant d'indiquer,

pour chacune, jusqu'à quel point elles se sentent outillées pour les accomplir. Elles étaient invitées à se situer sur un continuum allant de « 1 » (pas du tout outillé) à « 5 » (parfaitement outillé). Le résultat moyen pour les différentes tâches varie entre 2.4 ($ET = 0.9$) et 3.5 ($ET = 1.1$) (voir tableau 5).

Tableau 5
Degré auquel les répondantes se sentent outillées pour effectuer certaines tâches de travail

Tâches de travail	<i>N</i>	<i>M (ET)</i>
Reconnaitre une situation de violence conjugale	40	3.5 (1.1)
Intervenir lorsqu'il y a des conflits entre les parents biologiques	39	3.3 (0.9)
Intervenir lorsqu'il y a des mésententes entre les parents biologiques concernant les méthodes éducatives	37	3.3 (0.9)
Intervenir en situation de violence conjugale	40	3.2 (1.1)
Informers les parents concernant les droits et responsabilités des parents biologiques	38	3.0 (1.1)
Déterminer quand il est pertinent de faire des rencontres conjointes avec les parents biologiques	28	3.0 (1.0)
Déterminer s'il est pertinent d'impliquer le beau-parent dans l'intervention	30	3.0 (1.0)
Déterminer le moment où il est pertinent d'impliquer les enfants dans l'intervention	34	2.9 (1.1)
Soutenir la participation des parents biologiques qui s'impliquent peu dans l'intervention	35	2.9 (0.8)
Établir la communication entre des parents biologiques en conflit	38	2.8 (1.0)
Informers les parents concernant les droits et responsabilités des beaux-parents	35	2.7 (1.2)
Informers les parents concernant les dispositions légales sur la garde des enfants et sur les révisions de garde	34	2.7 (1.2)
Intervenir avec les deux parents sans glisser dans le rôle de médiateur	37	2.7 (1.0)
Comprendre le sens que la séparation a dans les cultures différentes de la vôtre	40	2.4 (0.9)

Pour neuf des 14 tâches proposées, les intervenantes du domaine social se sentent plus outillées que leurs collègues de la santé (voir le tableau A-8 en annexe). Celles qui font l'objet d'une appréciation semblable dans les deux secteurs sont : (1) déterminer quand il est pertinent de

faire des rencontres conjointes avec les parents biologiques, (2) déterminer s'il est pertinent d'impliquer le beau-parent dans l'intervention, (3) informer les parents concernant les dispositions légales sur la garde des enfants et sur les révisions de garde, (4) comprendre le sens que la séparation a dans les cultures différentes de la vôtre et (5) établir la communication entre des parents biologiques en conflit.

À partir de ces énoncés, une variable globale nommée « sentiment de compétence » a été créée. Elle est composée d'une moyenne des réponses aux 14 tâches présentées. Les répondantes incluses dans les analyses devaient avoir donné une réponse à au moins 10 des 14 tâches de travail évaluées; les réponses manquantes ont été imputées selon le score moyen des répondantes. Un résultat a ainsi été établi pour 33 répondantes. Ces résultats varient entre 1.46 et 4.38, pour une moyenne de 3.0 ($ET = 0.7$). Pour les intervenantes du secteur de la santé, le résultat moyen est de 2.6 ($ET = 0.7$, $N = 10$) comparativement à 3.3 ($ET = 0.6$, $N = 22$) pour les répondantes du secteur social ($t(30) = - 2.71$, $p = 0.006$). Les intervenantes du CIUSS et celles des organismes communautaires obtiennent un résultat similaire sur cette variable.

Nous avons également examiné jusqu'à quel point les intervenantes estiment que leur contexte de travail est soutenant. Les répondantes étaient invitées à se prononcer sur quelques aspects de leur pratique en les situant sur un continuum allant de « 1 » (très inadéquat) à « 4 » (très adéquat). Le score moyen obtenu pour chaque aspect de la pratique évalué varie entre 2.6 et 2.9. On constate donc une grande homogénéité dans les résultats. Le tableau 6 présente les statistiques descriptives pour chaque aspect examiné.

On observe deux différences entre les intervenantes du CIUSS et celles des organismes communautaires sur cette appréciation. Ces dernières font une estimation plus positive de leur connaissance des besoins spécifiques des familles séparées ou recomposées (2.9 vs 2.7) ($t(31) = - 1.8$, $p = 0.041$), cependant elles formulent un jugement moins positif sur leurs relations avec le CIUSSS (3.0 vs 2.5) ($t(12) = 2.5$, $p = 0.014$) (voir le tableau A-9 en annexe). Les répondantes du secteur de la santé et celles du secteur social obtiennent des résultats similaires pour les différents aspects de la pratique évalués.

Tableau 6
Appréciation du degré d'adéquation de différents aspects de la pratique

Aspects de la pratique	<i>N</i>	<i>M (ET)</i>
Les relations avec les organismes communautaires	29	2.9 (0.4)
Ma charge de travail	35	2.9 (0.4)
La structure des programmes dans mon organisme	31	2.9 (0.3)
Votre connaissance des besoins spécifiques des familles séparées ou recomposées	40	2.8 (0.5)
Les relations avec les centres de santé et de services sociaux	32	2.8 (0.5)
Les services disponibles pour les familles	35	2.8 (0.4)
L'accès à l'expertise des collègues	32	2.7 (0.5)
Les relations avec la protection de la jeunesse	34	2.6 (0.6)

Le tableau 7 présente différentes modalités de soutien à la pratique auxquelles ont accès les répondantes. Selon la majorité des répondantes (entre 61.0% et 85.0%), ces modalités sont accessibles pour les aider dans leur pratique auprès des familles séparées ou recomposées. La modalité de soutien la plus répandue est l'accès à de la documentation (85.0%), suivie par les rencontres interdisciplinaires et les formations (75.6%). Il y a quelques différences sur ces modalités selon le milieu de travail. Les intervenantes des organismes communautaires sont moins nombreuses à mentionner avoir accès à de l'encadrement clinique ($\chi^2(1, N = 40) = 4.7, p = 0.029$) et à des rencontres interdisciplinaires ($\chi^2(1, N = 40) = 10.3, p = 0.001$), par contre, elles sont plus nombreuses à avoir accès à des conférences ($\chi^2(1, N = 40) = 6.0, p = 0.014$) (voir le tableau A-10 en annexe).

Certaines répondantes ont fait mention d'autres modalités de soutien à la pratique : Internet, lectures personnelles, formations de leur ordre professionnel, conférences et ateliers. Les ententes de services et les jugements de la Cour Supérieure sont également utilisés pour baliser les interventions.

Tableau 7
Modalités de soutien à la pratique des répondantes

Modalités de soutien à la pratique	Choix de réponses			
	Oui		Non	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Documentation	34	85.0	6	15.0
Rencontres interdisciplinaires	31	75.6	10	24.4
Formations	31	75.6	10	24.4
Outils d'intervention	27	67.5	13	32.5
Supervision ou encadrement clinique	28	68.3	13	31.7
Conférences	25	61.0	16	39.0

Enfin, des répondantes rapportent que le travail en collaboration avec d'autres organismes de leur région les soutient dans leur pratique, puisque leurs clients et eux ont accès à l'expertise des autres :

« Nous aidons principalement les familles monoparentales, nos services sont adaptés pour eux. Les familles recomposées peuvent faire partie de notre organisme, mais ne pourront pas bénéficier du comptoir vestimentaire et de l'aide alimentaire. Les familles recomposées sont dirigées vers le [nom de l'organisme] qui leur offre le comptoir alimentaire. Dans notre région il y a une belle synergie entre les ressources et nous avons fait en sorte que tous soient desservis adéquatement. » [Répondante # 13]

Sur ce plan, toutes les répondantes ont été en contact, à un moment ou un autre, avec un organisme partenaire. Les plus fréquemment mentionnés sont l'organisme communautaire AutHonnemie (53.7% des répondantes) et Mère et monde : Centre résidentiel et communautaire (50.0% des répondantes) (voir le tableau A-11 en annexe). D'autres types de ressources sont également utilisées, notamment : des organismes qui offrent du soutien financier, alimentaire ou matériel aux familles, des maisons de la famille, des organismes spécialisés en violence conjugale, des organismes qui supervisent les droits d'accès, des organismes qui offrent du répit aux familles ainsi que des travailleurs autonomes qui offrent les services de psychologues, d'avocats ou de médiateurs. Au total, les répondantes ont identifié 42 organismes avec lesquels ils ont été en contact en travaillant avec les familles séparées ou recomposées. La liste exhaustive est présentée au tableau A-12 en annexe.

4. LA DISCUSSION

Ce projet a été mené avec l'intention de mieux cerner les difficultés auxquelles les intervenantes sont confrontées lorsqu'elles travaillent en contexte périnatal avec les familles séparées ou recomposées. Les questions suivantes en ont guidé la réalisation : se sentent-elles bien préparées pour travailler avec les familles séparées et recomposées? Est-ce que l'offre de services est adaptée à la réalité de ces familles? Est-ce que ces intervenantes connaissent bien les ressources qui peuvent les accompagner dans leur travail avec ces familles? Avant de répondre à ces questions, rappelons que divers motifs sont à l'origine de l'intervention des professionnelles en périnatalité / petite enfance. Pour les répondantes qui travaillent dans le domaine de la santé, ces motifs font référence à la grossesse et aux premiers mois de la vie de l'enfant, alors que les intervenantes du secteur social sont davantage concernées par des problèmes rencontrés par les enfants plus âgés, par exemple, les problèmes de comportements de l'enfant.

Est-ce que les intervenantes se sentent bien préparées pour travailler avec les familles séparées et recomposées?

Les résultats indiquent qu'en règle générale, les intervenantes se sentent bien outillées pour faire face aux défis qu'elles rencontrent dans leur pratique, bien que des écarts importants existent. En effet, les scores à la variable globale « sentiment de compétence » varient entre 1.46 et 4.38, pour une moyenne de 3.0 ($ET = 0.7$). Certains aspects de la pratique apparaissent plus problématiques. C'est le cas, notamment, de la compréhension du sens de la séparation dans différentes cultures et des dispositions légales entourant la garde des enfants et les droits et responsabilités des beaux-parents. Pour pallier ces difficultés, il pourrait être utile de mettre sur pied des activités de formation visant à mieux informer les professionnelles sur des éléments tels que les aspects culturels de la séparation conjugale de même que l'impact de la migration sur l'expérience de la séparation. En effet, les défis que comporte l'immigration peuvent prendre un sens particulier lorsqu'ils sont vécus dans un contexte de séparation et de transition à la parentalité (Battaglini *et al.*, 2002; Fortin & Le Gall, 2007; Hyman, Guruge & Mason, 2008). C'est le cas, notamment, de l'impact de la séparation sur l'accès aux services lorsqu'un seul membre du couple parle le français ou l'anglais, sur la disponibilité du soutien informel qui peut s'effriter suite à la rupture avec le réseau social de l'ex-conjoint ou à la mise à l'écart par son propre réseau qui juge

négativement la séparation, ou encore sur l'expérience même de l'intégration au Canada lorsqu'un conjoint parraine l'autre.

Des activités de formations sur les dispositions légales entourant la garde des enfants et les droits et responsabilités des beaux-parents pourraient aider les intervenantes à reconnaître les situations d'aliénation parentale, à détecter des situations pouvant remettre en question les droits d'accès ou à savoir comment se préparer pour témoigner à la cour ou transmettre des rapports à la demande du tribunal. Les intervenantes indiquent que ces activités entraînent des défis dans leur pratique.

Est-ce que l'offre de services est adaptée à la réalité de ces familles et est-ce que les intervenantes connaissent bien les ressources qui peuvent les accompagner dans leur travail avec ces familles?

L'offre de services dans le domaine apparaît diversifiée puisque les répondantes ont identifié 42 organismes avec lesquels elles sont en contact dans leur travail avec les familles séparées ou recomposées qui ont de jeunes enfants. Comme plusieurs milieux sont impliqués auprès de ces familles, la collaboration est un enjeu central. De fait, les résultats indiquent que la collaboration représente un soutien à l'intervention pour les professionnelles. Elle peut également contribuer à enrichir le réseau de soutien des familles en favorisant une plus grande implication de la communauté envers les familles. Selon les intervenantes, les trois facteurs de risque auxquels les familles séparées ou recomposées sont les plus fréquemment confrontées sont la pauvreté, le manque de soutien et l'isolement social. Il est donc primordial d'aider ces familles à reconstruire leur tissu social pour qu'elles soient soutenues dans l'exercice de leur rôle parental. Cet enjeu est particulièrement important pour les familles immigrantes qui se retrouvent très souvent coupées de leur réseau et confrontées à de nouvelles normes et valeurs sociales (Battaglini *et al.*, 2002; Fortin & Le Gall, 2007; Hyman *et al.*, 2008).

Bien que la collaboration s'avère importante, les intervenantes rapportent qu'elles se butent à différents obstacles lorsqu'elles souhaitent travailler avec d'autres. C'est plus particulièrement le cas lorsque la collaboration met en cause des intervenantes provenant des organismes communautaires et des établissements publics. Selon Cameron, Lart, Bostock et Coomber (2014), trois types de défis se posent alors. Des défis d'ordres organisationnel, culturel et contextuel. Au

plan organisationnel, les difficultés peuvent concerner l'établissement de buts et d'objectifs communs à la collaboration, la compréhension du rôle, des responsabilités et du mandat des partenaires, la communication efficace entre les partenaires, la disponibilité des ressources humaines, financières, matérielles et temporelles, etc. (Cameron *et al.*, 2014; Lessard, Lavergne, Chamberland, Damant & Turcotte, 2006; Perkins, Smith, Hunter, Bambra & Joyce, 2010; Schmied *et al.*, 2010). Les défis d'ordre culturel réfèrent aux philosophies ou aux idéologies d'intervention qui peuvent différer d'un milieu à l'autre, aux variations dans les conceptualisations des problématiques vécues par les familles, aux écarts dans les préférences sur les stratégies d'intervention à privilégier, au manque de confiance entre les partenaires, etc. (Cameron *et al.*, 2014; Lessard *et al.*, 2006; Schmied *et al.*, 2010). Sur le plan contextuel, les difficultés de collaboration peuvent être associées à la complexité des relations entre des organismes différents (par exemple, lorsqu'il y a une restructuration des services ou du roulement de personnel) ainsi qu'à l'incertitude d'avoir du financement pour travailler conjointement (Cameron *et al.*, 2014; Lessard *et al.*, 2006; Perkins *et al.*, 2010;). Lorsque présents, ces défis peuvent entraîner tensions, conflits et inégalités dans les rapports de pouvoir entre les partenaires, ce qui peut nuire à la collaboration entre les organismes et entre les intervenants (Cameron *et al.*, 2014; Lessard *et al.*, 2006; Schmied *et al.*, 2010).

Or, cette collaboration est essentielle pour la mise en place d'une intervention dans laquelle des professionnels de différentes disciplines et d'organisations variées s'enrichissent mutuellement en travaillant ensemble vers l'atteinte d'un objectif commun. L'option de l'interdisciplinarité (Garner et Orelove, 1994) est une avenue incontournable pour répondre aux besoins multiples des jeunes et des familles en difficulté. En effet, aucune discipline ne peut prétendre détenir à elle seule les compétences nécessaires pour répondre à l'ensemble des besoins en matière de périnatalité et petite enfance. Les professionnels doivent conjuguer leur action pour un maximum d'efficacité (Hinshaw, 1995).

Différentes stratégies peuvent être mises en place pour y arriver. Comme la base de toute collaboration est la connaissance de l'autre, il serait utile de donner une plus large diffusion au *Répertoire des services, activités et programmes pour les familles avec des enfants de moins de 12 ans* (Belfares *et al.*, 2014) de façon à aider les différentes personnes impliquées auprès des familles séparées ou recomposées à mieux se connaître. Certains sites Internet gagneraient aussi à être davantage connus, par exemple, celui de l'ARUC - *Séparation parentale et recomposition familiale*

(<https://www.arucfamille.ulaval.ca/>), de l'Association internationale francophone des intervenants auprès des familles séparées³ (<https://www.aifi.info/>), de la Fédération des associations de familles monoparentales et recomposées du Québec (<http://www.fafmrq.org/>) ainsi que d'Éducaloi (<https://www.educaloi.qc.ca/categories/familles-et-couples>).

Par ailleurs, comme le développement d'une vision commune repose sur une bonne compréhension des rôles respectifs, il est impératif que chaque partenaire sache ce qu'on attend de lui et ce qu'il est en droit d'attendre des autres (McDaniel et Hepworth, 2004). Pour y arriver, il serait intéressant d'offrir un espace pour que les organismes institutionnels et communautaires puissent échanger sur les difficultés qu'ils rencontrent lorsqu'ils souhaitent travailler en collaboration et sur les enjeux de l'intervention avec les familles séparées ou recomposées qui ont de jeunes enfants. Une telle stratégie a été utilisée avec les organismes impliqués auprès des familles vivant la concomitance entre la violence conjugale et la maltraitance des enfants et qui font face à des enjeux associés à la garde des enfants et aux responsabilités parentales (Drouin *et al.*, 2014; Lessard, 2011). Bien que le processus ait nécessité un investissement de temps et de ressources humaines et financières, il a mené au développement d'une stratégie de concertation novatrice entre les milieux d'intervention concernés, tout en contrant les principaux défis qu'ils rencontrent (Drouin *et al.*, 2014). Il pourrait donc être intéressant que les intervenantes impliquées auprès des familles séparées ou recomposées qui ont de jeunes enfants puissent bénéficier d'une telle démarche afin d'améliorer leur collaboration.

Un autre défi qui a été rapporté par des participantes réfère à la difficulté à rejoindre les pères en intervention. Selon les répondantes de l'étude, ces derniers sont généralement plus réfractaires à prendre l'initiative à demander de l'aide. Cette réalité est aussi identifiée par les hommes qui ont participé à l'étude de Tremblay *et al.* (2016). Ils remarquent eux aussi qu'ils ne font pas souvent appel aux ressources lorsqu'ils rencontrent des difficultés, puisque 84.6% d'entre eux tentent d'abord de résoudre leurs problèmes seuls, 67.8% préfèrent garder leurs problèmes pour eux et 57.8% hésitent à recourir à de l'aide même s'ils pensent que cette aide leur permettrait de résoudre leurs problèmes plus rapidement. Cette distance par rapport aux services peut s'expliquer de différentes façons. Des hommes rapportent que selon eux, les services ne sont pas

³ Des documents utiles aux intervenants sont accessibles sur le site Internet, mais l'association rend davantage d'informations disponibles à ses membres (ex. : bulletins d'information, revue scientifique) en plus d'offrir certains avantages (ex. : tarif réduit pour la participation à des activités de formation).

toujours adaptés aux réalités masculines (Gervais, de Montigny, Lacharité & St-Arnaud, 2015; Lajeunesse *et al.*, 2013; Tremblay *et al.*, 2016). Lorsqu'ils font appel à des services, il arrive que certains hommes sentent que leur intervenant manque de formation sur les réalités masculines puisqu'ils se sentent jugés, étiquetés ou peu écoutés. Dans le contexte de l'intervention en périnatalité, les services seraient aussi davantage axés sur les besoins des femmes. Bien qu'encouragés à participer aux interventions, des pères se sentent donc parfois exclus, invisibles ou observateurs des services rendus (Gervais *et al.*, 2015). Une seconde explication réfère au fait que selon des hommes qui ont fait appel à de l'aide formelle, le système de santé et de services sociaux est complexe et technocratique (Tremblay *et al.*, 2016; Lajeunesse *et al.*, 2013). Il n'est d'ailleurs pas toujours évident pour eux d'obtenir du soutien afin d'être orienté dans l'offre de services, car les ressources spécialisées dans l'aide auprès des hommes sont perçues comme étant peu nombreuses et peu connues des intervenants (Lajeunesse *et al.*, 2013). Enfin, la distance des hommes aux services sociaux et de santé peut s'expliquer par le fait que les règles de la masculinité traditionnelle prescrivent ou proscrivent certaines pratiques et que les hommes sont en quête d'autonomie (Boman & Walker, 2010; Dolan, 2011; Tremblay *et al.*, 2016). Par exemple, des hommes qui ont participé à l'étude de Dolan (2011) rapportent que selon leur perception, un homme fait preuve de faiblesse s'il sollicite l'aide d'un professionnel pour autre chose qu'un problème sérieux. Ce sentiment de faiblesse serait d'ailleurs présent lorsque les hommes font appel à de l'aide à cause d'un problème émotionnel.

Afin d'être en mesure de mieux rejoindre les pères en intervention, différentes stratégies peuvent être mises en place. Dubeau *et al.* (2013) proposent quelques pistes d'intervention. Par exemple, il s'avère primordial que les intervenants développent une relation de confiance avec les pères et que leurs interventions misent sur les forces des pères. L'attitude des intervenants à l'égard des pères est aussi importante : l'intervenant doit croire qu'il est important que le père s'implique auprès de son enfant et il doit reconnaître que le père occupe une place importante auprès d'eux. Il peut aussi être intéressant que les intervenants de différentes professions et qui travaillent dans différents milieux travaillent davantage en collaboration afin d'être en mesure de mieux répondre aux besoins diversifiés des pères (Dubeau *et al.*, 2013; Lajeunesse *et al.*, 2013). Enfin, la littérature indique que la socialisation stéréotypée des hommes peut représenter un obstacle à leur demande d'aide (Boman & Walker, 2010; Dolan, 2011; Tremblay *et al.*, 2016). Il serait donc important qu'une sensibilisation à large échelle soit faite afin de briser les barrières que les règles de la

masculinité traditionnelle dictent. Par exemple, il serait pertinent de faire des campagnes de sensibilisation qui promeuvent l'existence de différents modèles de masculinité.

Forces et limites de la recherche

La présente recherche comporte des forces et des limites. L'une des forces concerne le processus utilisé pour développer le questionnaire autoadministré. La réalisation préalable d'un groupe de discussion sur la réalité des acteurs directement concernés par le thème de la recherche a permis de développer un questionnaire qui se rapproche davantage de la réalité de la population à l'étude. En outre, l'opinion d'intervenantes de différentes professions et travaillant dans différents milieux a pu être sondé à l'étape 2 de la recherche.

Quelques limites peuvent aussi être identifiées. D'abord, les résultats ne peuvent être généralisés compte tenu du nombre de répondants et de la provenance territoriale des personnes sollicitées. En outre, comme la recherche a été réalisée durant la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, il est possible que les résultats aient été influencés par ce contexte et même que leur pertinence en soit atténuée. En effet, les fusions d'établissements ont entraîné des changements dans l'organisation du travail et l'offre de services des organismes publics, il est donc possible que les résultats aient été influencés par ce contexte.

CONCLUSION

La recherche met en évidence que bien que les intervenantes en périnatalité / petite enfance sont confrontées à différents défis dans leur pratique auprès des familles séparées ou recomposées, elles disposent généralement des connaissances et de soutien qui les aide à y faire face. Certains défis semblent toutefois poser davantage obstacle, d'où l'importance de développer des stratégies qui soutiendront davantage les intervenantes dans leur pratique. À cet effet, il a été suggéré de développer des formations, de favoriser le travail en collaboration et d'adopter des stratégies d'intervention qui permettent à la fois de rejoindre les mères et les pères. La recherche met aussi en évidence l'importance d'accorder davantage d'attention à certaines réalités dans de futures recherches. Par exemple, il serait intéressant de mieux cibler les controverses qui sont vécues par les intervenantes des établissements publics et des organismes communautaires lorsqu'elles travaillent en collaboration. Il serait aussi intéressant de comprendre comment le contexte périnatal et celui de la séparation ou de la recombinaison familiale influencent et distinguent la demande d'aide des hommes et des femmes. Afin d'offrir des services adaptés à la réalité des familles séparées ou recomposées qui ont de jeunes enfants, il est aussi essentiel que de futures recherches sollicitent le point de vue des personnes directement concernées par la problématique afin de mieux comprendre leurs besoins.

RÉFÉRENCES

- Allison, P. D., & Furstenberg, F. F. (1989). How marital dissolution affects children : variation by age and sex. *Developmental psychology*, 25(4), 540-549.
- Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L., Fournier, M., Brodier, J.-M., Poulin, C., DeBlois, S., Durant, D., Lefèbvre, C., & Heneman, B. (2002). Quand migration et maternité se croisent : perspective des intervenantes et des mères immigrantes. *Service social*, 49(1), 35-69.
- Belfares, L., Paradis, F., & l'équipe Adaptation familiale et sociale et santé dentaire 0-5 ans. (2014). *Répertoire des services, activités et programmes pour les familles avec des enfants de moins de 12 ans offerts par les organismes communautaires de la région de la Capitale-Nationale*. Québec, Canada : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Direction régionale de santé publique.
- Boman, E. K. O., & Walker, G. A. (2010). Predictors of men's health care utilization. *Psychology of men and masculinity*, 11(2), 113-122.
- Bouchard, G., Boudreau, J., & Hébert, R. (2006). Transition to parenthood and conjugal life. Comparison between planned and unplanned pregnancies. *Journal of family issues*, 27(11), 1512-1531.
- Brody, G. H., & Neubaum, E. (1996). Family transitions as stressors in children and adolescents. Dans C. R. Pfeffer (dir.), *Severe stress and mental disturbance in children* (pp. 559-590). Washington, États-Unis : American Psychiatric Press.
- Cameron, A., Lart, R., Bostock, L., & Coomber, C. (2014). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services : a review of research literature. *Health and social care in the community*, 22(3), 225-233.
- Churchill, A. C., & Davis, C. G. (2010). Realistic orientation and the transition to motherhood. *Journal of social and clinical psychology*, 29(1), 39-67.
- Claxton-Oldfield, S. (2008). Stereotypes of stepfamilies and stepfamily members. Dans J. Pryor (dir.), *The international handbook of stepfamilies : policy and practice in legal, research, and clinical environments* (pp. 30-52). New Jersey, États-Unis : John Wiley & Sons.
- Conseil canadien de développement social (2006). *Le progrès des enfants et des jeunes au Canada*. Récupéré le 22 mai 2014 de <http://www.ccsd.ca/pccy/2006/f/index.htm>
- Cyr, F., Di Stefano, G., Desjardins, B. (2013). Family life, parental separation, and child custody in Canada : a focus on Quebec. *Family court review*, 51(4), 522-541.
- Desrosiers, H., & Simard, M. (2010). *Diversité et mouvance familiales durant la petite enfance*. Institut de la statistique du Québec. Canada, Québec : Gouvernement du Québec.
- Dolan, A. (2011). « You can't ask for a dubonnet and lemonade! » : working class masculinity and men's health practices. *Sociology of health and illness*, 33(4), 586-601.
- Doodson, L., & Morley, D. (2006). Understanding the roles of non-residential stepmothers. *Journal of divorce and remarriage*, 45, 109-130.
- Drapeau, S., Tremblay, J., Cyr, F., Godbout, É., & Gagné, M.-H. (2008). La coparentalité chez les parents séparés. Un idéal à soutenir pour l'enfant. Dans C. Parent, S. Drapeau, M. Brousseau,

- & E. Pouliot (dir.), *Visages multiples de la parentalité* (pp. 255-281). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Drouin, M.-E., Germain, A.-S., Alvarez-Lizotte, P., Alcedo, Y., Delisle, R., Godin, M.-F., Ménard, J., Meunier, V., St-Laurent, M., Trottier, M., Lessard, G., & Turcotte, P. (2014). *Guide d'implantation pour une pratique concertée en violence conjugale et en maltraitance : Agir ensemble pour le mieux-être des enfants*. Québec, Canada : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes
- Dubeau, D., de Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C., Brodeur, N., Parent, C., Saint-Jacques, M.-C., Tremblay, G., Turcotte, G., Besnard, T., Paquette, D., Puentes-Neuman, G., Roy, B., Deslauriers, J.-M., Villeneuve, R., Prats, M., Cavalier, P., & Solerviciens, N. (2013). *Soutenir les pères en contexte de vulnérabilités et leurs enfants : des services au rendez-vous, adéquats et efficaces*. Montréal, Canada : Université du Québec en Outaouais.
- Fagan, J. (2013). Effects of divorce and cohabitation dissolution on preschoolers' literacy. *Journal of family issues*, 34(4), 460-483.
- Fortin, S., & Le Gall, J. (2007). Néonatalité et constitution des savoirs en contexte migratoire : familles et services de santé. Enjeux théoriques, perspectives anthropologiques. *Enfances, familles, générations*, 6, 16-37.
- Freeman, H. S., & Newland, L. A. (2002). Family transitions during the adolescent transition : implications for parenting. *Adolescence*, 37, 457-475.
- Garner, H.G. et Orelove, F.P. (1994). Multidisciplinary versus interdisciplinary teamwork. *Teamwork in human services : Models and applications across the life span*. Toronto : Butterworth-Heinemann, p. 19-36.
- Gervais, C., de Montigny, F., Lacharité, C., & St-Arnaud, F. (2015). Where fathers fit in Quebec's perinatal health care services system and what they need. *Psychology of men and masculinity*, 1-11.
- Gouvernement du Canada (2011b). *La vie familiale – Divorce*. Récupéré le 22 mai 2014 de http://www4.hrsdc.gc.ca/.3ndic.1t.4r@-fra.jsp?iid=76#M_1
- Gouvernement du Canada (2011a). *Portrait des familles et situation des particuliers dans les ménages au Canada*. Récupéré le 26 novembre 2015 de <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011001-fra.pdf>
- Gouvernement du Québec (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie*. Québec, Canada : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Guisinger, S., Cowan, P., & Schuldberg, D. (1989). Changing parent and spouse relations in the first years of remarriage of divorced fathers. *Journal of marriage and the family*, 51, 445-456.
- Habib, C. (2012). Paternal perinatal depression : an overview and suggestions towards an intervention model. *Journal of family studies*, 18(1), 4-16.
- Hall Alogna, E. (2011). *The impact of training on stepfamily therapy*. Dissertation inédite, Collège de Chestnut Hill, Philadelphie, États-Unis.

- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou Azizah, G., Bourque Bouliane, M., Borgès Da Silva, R., & Comeau, Y. (2013). *Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une recension des écrits. Rapports de recherche volet 1. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec*. Québec, Canada : Centre de recherche du CHU de Québec.
- Hao, L., & Xie, G. (2002). The complexity and endogeneity of family structure in explaining children's misbehaviour. *Social Science Research*, 31, 1-28.
- Henderson, J., & Redshaw, M. (2013). Anxiety in the perinatal period : antenatal and postnatal influences and women's experience of care. *Journal of reproductive and infant psychology*, 31(5), 465-478.
- Heterington, E. M., Bridge, M., & Insabella G. M. (1998). What matters? What does not? Five perspectives on the association between marital transaction and children adjustment. *American Psychologist*, 53(2), 167-184.
- Heterington, E. M., & Kelly, J. (2002). *For better and for worse : divorce reconsidered*. New York, États-Unis : Norton.
- Heterington, E. M., & Stanley-Hagan, M. (1999). The adjustment of Children with divorce parents : a risk and resilience perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Discipline*, 40(1), 129-140.
- Hinshaw, A.S. (1995). Toward achieving multidisciplinary professional collaboration. *Professional Psychology : Research and Practice*, 26(2), 115-116.
- Hyman, I, Sepali, G., & Mason, R. (2008). The impact of migration on marital relationships : a study of Ethiopian immigrants in Toronto. *Journal of comparative family studies*, 39(2), 149-163.
- Juby, H., Marcil-Gratton, N., & Le Bourdais, C. (2005). *Et la vie continue : expansion du réseau familial après la séparation des parents*. Ottawa, Canada : Ministère de la Justice.
- Kelly, J. B., & Emery, R. E. (2003). Children's adjustment following divorce : Risk and resilience perspectives. *Family Relations*, 52, 352-362.
- Lajeunesse, S. L., Houle, J., Rondeau, G., Bilodeau, S., Villeneuve, R., & Camus, F. (2013). *Les hommes de la région de Montréal. Analyse de l'adéquation entre leurs besoins psychosociaux et les services qui leur sont offerts*. Montréal, Canada : Regroupement des organismes pour hommes de l'Île de Montréal.
- Lessard, G. (2011). *Résolution des controverses entourant la garde des enfants en situation de concomitance de violence conjugale et de mauvais traitement envers les enfants : recherche-action orientée vers le développement de la concertation dans la région de Québec : rapport final*. Québec, Canada : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Lessard, G., Lavergne, C., Chamberland, C., Damant, D., & Turcotte, D. (2006). Conditions for resolving controversies between social actors in domestic violence and youth protection services : toward innovative collaborative practices. *Children and youth services review*, 28, 511-534.

- Marcil-Gratton, N. (2004). *Communication personnelle*, démographe chercheur au Département de démographie de l'Université de Montréal.
- Marino, G., & Fortier, F. (1990). Un modèle développemental pour l'intervention auprès des familles recomposées. *Service social*, 39(3), 112-134.
- McDaniel, S.H. et Hepworth, J. (2004). Family psychology in primary care: managing issues of power and dependency through collaboration. *Primary Care Psychology*. Washington: APA, p. 113-132.
- Mersky, J. P., Berger, M., Reynolds, A. J., & Gromoske, A. N. (2009). Risk factors for child and adolescent maltreatment : A longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. *Child Maltreatment*, 14(1), 73-88.
- Ministère de la Famille et des Aînés (2011). *Un portrait statistique des familles au Québec*. Québec, Canada : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2015). *Réorganisation du réseau*. Récupéré le 9 septembre 2015 de <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>
- Neyrand, G. (2012). *Soutenir ou contrôler les parents. XXIIe rencontres nationales de périnatalité de Béziers « Que voulons-nous pour nos enfants? »*. Récupéré le 10 mai 2014 de <http://www.lapasserelle38.com/fichiers/intervention-de-gerard-neyrand2.pdf>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e édition). Paris, France : Armand Colin.
- Pancer, S. M., Pratt, M., Hunsberger, B., & Gallant, M. (2000). Thinking ahead : complexity of expectation and the transition to parenthood. *Journal of personality*, 68(2), 253-280.
- Parent, C., Saint-Jacques, M.-C., Labonté, M.-H., & Dubeau, D. (2013). Pères et beaux-pères de familles recomposées : contexte de vulnérabilité, besoins et services offerts au Québec. *Dialogue*, 3(201), 69-82.
- Pasley, K., Rhoden, L., Visher, E. B., & Visher, J. S. (1996). Successful stepfamily therapy : clients' perspectives. *Journal of marital and family therapy*, 22, 343-357.
- Perkins, N., Smith, K., Hunser, D. J., Bambra, C., & Joyce, K. (2010). « What counts is what works » ? New labour and partnership in public health. *Policy and politics*, 38(1), 101-117.
- Pires, A. (1997). *Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique*. Montréal, Canada : Gaëtan morin éditeur.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period : a qualitative study. *Midwifery*, 27, 237-242.
- Rouyer, V., Huet-Gueye, M., & Baude, A. (2013). Les enfants et leurs parents dans la séparation conjugale : l'importance de la relation coparentale. *Dialogue*, 4(202), 89-98.
- Roy, R. N., Schumm, W. R. & Britt, S. L. (2014). *Transition to parenthood*. Manhattan, New York : Springer.
- Saint-Jacques, M.-C., & Drapeau, S. (2008). Dans quel type de familles grandiront les enfants québécois en 2020? Un examen de la diversité familiale et des défis qui y sont associés. Dans

- I. Bitaudeau, C. Dumont, & G. Pronovost (dir.), *La famille à l'horizon 2020* (pp.101-143). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Saint-Jacques, M.-C., Drapeau, S., Parent, C., Rousseau, M.-E., Godbout, E., Fortin, M.-C., & Kourgiantakis, T. (2009). *Conséquences et facteurs de résilience pour les familles recomposées*. Ottawa, Canada : Ressources humaines et Développement des compétences Canada, Direction de la recherche en politiques.
- Saint-Jacques, M. C., Drapeau, S., Parent, C., & Godbout, É. (2012). Recomposition familiale, parentalité et beau-parentalité. Constats, limites et perspectives. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(1), 107-135.
- Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D., Drapeau, S., & Cloutier, R. (2004). Séparation, monoparentalité et recomposition familiale. Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Schmied, V., Mills, A., Kruske, S., Kemp, L., Fowler, C., & Homer, C. (2010). The nature and impact of collaboration and integrated service delivery for pregnant women, children and families. *Journal of clinical nursing*, 19, 3516-3526.
- Sidebotham, P., & Heron, J. (2006). Child maltreatment in the « children of the nineties » : A cohort study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 30(5), 497-522.
- Strohschein, L. (2007). Challenging the presumption of diminished capacity to parent : does divorce really change parenting practices? *Family relations*, 56(4), 358-368.
- Thanh Tu, M. (2011). Le stress durant la grossesse : conséquences pour l'enfant et pour la mère. *Bulletin de santé publique*, Automne, 16-19.
- Tremblay, G., Beaudet, L., Bizot, D., Chamberland, L., Cloutier, R., de Montigny, F., Dupéré, S., Houle, J., Léveillé, S., Roy, B., Roy, V., Séguin, M., Villeneuve, P., Cazale, L., Lajeunesse, S.-L., Lebeau, A., Le Gall, J., & Paré, L. (2016). Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services. Québec, Canada : Masculinités et Société.
- Visher, J. S., & Visher, E. B. (1979). *Stepfamilies*. New York, États-Unis : Brunner Mazel.
- Weaver, S. E., & Coleman, M. (2005). A mothering but not a mother role : a grounded theory study of the non-residential stepmother role. *Journal of social and personal relationship*, 22, 477-497.
- Weaver, S. E., & Coleman, M. (2010). Caught in the middle : mothers in stepfamilies, *Journal of social personal relationships*, 27(3), 305-326.
- Zill, N., Morrison, D. R., & Coiro, M. J. (1993). Long-term effects of parental divorce on parent-child relationships, adjustment, and achievement in young adulthood. *Journal of family psychology*, 7(1), 91-103.

TABLEAUX

Tableau A-1

Organismes consultés pour le recrutement des participantes au groupe de discussion

CIUSSS de la Capitale-Nationale (CLSC de La Malbaie, CLSC Donnacona, CLSC de la Jacques-Cartier, CLSC La Source, CLSC Orléans, CLSC Ste-Foy-Sillery-Laurentien, CLSC Haute-Ville-des-Rivières, CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier)

AutonHommie

Centre des familles monoparentales et recomposées de Québec

Maison de la famille DVS

RE-FA-VIE

Maison de la famille (FQOCF)

Carrefour familles Charlesbourg

Source vives, familles monoparentales et recomposées

Centre famille Haute-Ville

Entraide-Parents

Maison de la famille de Québec

Maison de la famille Louis-Hébert

Ressources Parents Vanier

Tableau A-2

Organismes communautaires qui ont participé à l'étape 2 de la recherche

Carrefour familles monoparentales de Charlesbourg
Carrefour F. M. de Portneuf
Centre de familles monoparentales et recomposées de Québec
Centre de santé Marie-Paule-Sioui-Vincent
Centre des ressources familles – militaires de Valcartier
Centre famille Haute-Ville
Centre ressources jardin de familles
Cerf volant de Portneuf
Groupe Les Relevailles de Québec
L'Évasion St-Pie X
Maison de la famille D. A. C.
Maison de la famille D. V. S.
Maison de la famille Saint-Ambroise
Maison ouverte inc.
Matinée frimousses
Mère et monde
Parent-espoir
Petit-Répit (FQOCF)
Pignon Bleu – La maison pour grandir
Projet Bourlamaque
RE-FA-VIE
Ressource Espace Famille
Ressources familiales Côte-de-Beaupré
Ressources Parents-Vanier
Service familial d'accompagnement supervisé

Tableau A-3**Lien entre les motifs à la base de l'intervention des répondantes et leur secteur d'emploi
(N¹ = 40)**

Motifs à la base de l'intervention	Secteur d'emploi	Rang moyen	Z
Problèmes de comportement de l'enfant	Santé	13.1	- 3.1*
	Social	24.5	
Adaptation à la séparation ou à la recomposition familiale	Santé	16.9	- 1.5
	Social	22.4	
Retard de développement de l'enfant	Santé	19.0	- 0.6
	Social	21.3	
Violence conjugale	Santé	16.1	- 1.9
	Social	22.9	
Programmes de soutien à la grossesse (OLO, SIPPE ou autres)	Santé	24.9	- 1.8
	Social	18.1	
Négligence parentale	Santé	16.0	- 2.0
	Social	22.9	
Retour à la maison difficile après la naissance	Santé	21.4	- 0.4
	Social	20.0	
Accompagnement durant la grossesse (visites et cours prénataux)	Santé	25.3	- 2.0
	Social	17.9	
Complications concernant la grossesse	Santé	24.4	- 1.7
	Social	18.4	
Complications à la naissance	Santé	26.1	- 2.4*
	Social	17.5	
Difficulté d'allaitement	Santé	27.4	- 3.0*
	Social	16.8	

¹ Dix répondantes n'ont pas fourni d'indication sur leur titre d'emploi.* $p < 0.05$

Tableau A-4**Lien entre les motifs à la base de l'intervention des répondantes et le type d'organisme dans lequel elles travaillent (N¹ = 40)**

Motifs à la base de l'intervention	Type d'organisme	Rang moyen	Z
Problèmes de comportement de l'enfant	Organisme communautaire	21.1	-0.3
	CIUSSS	20.1	
Adaptation à la séparation ou à la recomposition familiale	Organisme communautaire	22.4	-0.9
	CIUSSS	19.4	
Retard de développement de l'enfant	Organisme communautaire	16.9	-1.6
	CIUSSS	22.7	
Violence conjugale	Organisme communautaire	21.3	-0.4
	CIUSSS	20.0	
Programmes de soutien à la grossesse (OLO, SIPPE ou autres)	Organisme communautaire	12.3	-3.6*
	CIUSSS	25.4	
Négligence parentale	Organisme communautaire	20.7	-0.1
	CIUSSS	20.4	
Retour à la maison difficile après la naissance	Organisme communautaire	15.7	-2.1*
	CIUSSS	23.4	
Accompagnement durant la grossesse (visites et cours prénataux)	Organisme communautaire	12.2	-3.6*
	CIUSSS	25.5	
Complications concernant la grossesse	Organisme communautaire	14.8	-2.6*
	CIUSSS	23.9	
Complications à la naissance	Organisme communautaire	15.2	-2.4*
	CIUSSS	23.7	
Difficulté d'allaitement	Organisme communautaire	15.8	-2.2
	CIUSSS	23.3	

¹ Dix répondantes n'ont pas fourni d'indication sur le type d'organisme dans lequel elles travaillent.

* $p < 0.05$

Tableau A-5**Test de Mann-Whitney entre les facteurs de risque des familles et le secteur d'emploi des répondantes (N¹ = 40)**

Facteurs de risque des familles	Secteur d'emploi	Rang moyen	Z
Familles recomposées			
Manque de soutien social	Santé	16.5	- 2.0
	Social	22.7	
Pauvreté	Santé	18.4	- 1.0
	Social	21.6	
Isolement social	Santé	18.8	- 1.0
	Social	21.4	
Problème de santé mentale	Santé	18.6	- 0.9
	Social	21.5	
Toxicomanie ou alcoolisme	Santé	19.2	- 0.6
	Social	21.2	
Violence conjugale	Santé	15.7	- 2.2
	Social	23.1	
Parents adolescents	Santé	20.1	- 0.2
	Social	20.7	
Déficit cognitif	Santé	18.5	- 1.0
	Social	21.6	
Problème de santé physique	Santé	17.3	- 1.5
	Social	22.2	
Activités criminelles	Santé	18.9	- 0.7
	Social	21.4	
Familles monoparentales			
Pauvreté	Santé	18.7	- 0.8
	Social	21.5	
Manque de soutien social	Santé	17.4	- 1.7
	Social	22.2	
Isolement social	Santé	17.4	- 1.7
	Social	22.2	
Problème de santé mentale	Santé	15.2	- 2.6*
	Social	23.4	
Toxicomanie ou alcoolisme	Santé	17.5	- 1.3
	Social	22.1	

Problème de santé physique	Santé	15.1	- 2.6*
	Social	23.4	
Violence conjugale	Santé	13.7	- 3.0*
	Social	24.2	
Parents adolescents	Santé	18.9	- 0.7
	Social	21.4	
Déficit cognitif	Santé	15.9	- 2.1
	Social	23.0	
Activités criminelles	Santé	18.3	- 1.0
	Social	21.7	

¹ Dix répondantes n'ont pas fourni d'indication sur leur titre d'emploi.

* $p < 0.05$

Tableau A-6**Lien entre les facteurs de risque des familles et le type d'organisme dans lequel les intervenantes travaillent (N¹= 40)**

Facteurs de risque des familles	Type d'organisme	Rang moyen	Z
Familles recomposées			
Manque de soutien social	Organisme communautaire	19.5	- 0.5
	CIUSSS	21.1	
Pauvreté	Organisme communautaire	20.1	- 0.2
	CIUSSS	20.7	
Isolement social	Organisme communautaire	20.7	- 0.1
	CIUSSS	20.4	
Problème de santé mentale	Organisme communautaire	15.5	- 2.4*
	CIUSSS	23.5	
Toxicomanie ou alcoolisme	Organisme communautaire	14.9	- 2.6*
	CIUSSS	23.8	
Violence conjugale	Organisme communautaire	20.5	- 0.02
	CIUSSS	20.5	
Parents adolescents	Organisme communautaire	15.3	- 2.4*
	CIUSSS	23.6	
Déficit cognitif	Organisme communautaire	19.1	- 0.7
	CIUSSS	21.3	
Problème de santé physique	Organisme communautaire	22.4	- 0.9
	CIUSSS	19.4	
Activités criminelles	Organisme communautaire	18.3	- 1.0
	CIUSSS	21.8	
Familles monoparentales			
Pauvreté	Organisme communautaire	20.9	- 0.2
	CIUSSS	20.3	

Manque de soutien social	Organisme communautaire	20.1	- 0.2
	CIUSSS	20.8	
Isolement social	Organisme communautaire	20.1	- 0.2
	CIUSSS	20.8	
Problème de santé mentale	Organisme communautaire	22.7	- 1.2
	CIUSSS	19.2	
Toxicomanie ou alcoolisme	Organisme communautaire	20.3	- 0.1
	CIUSSS	20.6	
Problème de santé physique	Organisme communautaire	26.9	- 3.2*
	CIUSSS	16.7	
Violence conjugale	Organisme communautaire	24.9	- 2.1
	CIUSSS	17.8	
Parents adolescents	Organisme communautaire	17.0	- 1.6
	CIUSSS	22.6	
Déficit cognitif	Organisme communautaire	22.6	- 1.0
	CIUSSS	19.2	
Activités criminelles	Organisme communautaire	18.7	- 0.9
	CIUSSS	21.6	

¹ Dix répondantes n'ont pas fourni d'indication sur le type d'organisme dans lequel elles travaillent.

* $p < 0.05$

Tableau A-7**Test de Mann-Whitney entre les situations familiales ou d'interventions qui posent des défis dans la pratique et le secteur d'emploi des répondantes (N¹ = 40)**

Défis	Secteur d'emploi	Rang moyen	Z
Communication déficiente entre les parents biologiques	Santé	17.6	- 1.5
	Social	22.1	
Mésententes entre les parents biologiques concernant les méthodes éducatives	Santé	17.7	- 1.4
	Social	22.0	
Conflits entre les parents biologiques	Santé	18.1	- 1.2
	Social	21.8	
Manque d'implication du père biologique	Santé	20.3	- 0.1
	Social	20.6	
Manque de motivation des familles	Santé	15.9	- 2.0
	Social	23.0	
Mère qui fait obstacle à l'engagement du père	Santé	15.4	- 2.2*
	Social	23.2	
Difficulté d'accès au parent non gardien	Santé	15.1	- 1.7
	Social	21.1	
Instabilité résidentielle des parents biologiques	Santé	16.8	- 1.3
	Social	21.6	
Famille nombreuse	Santé	16.4	- 1.8
	Social	22.7	
Père qui fait obstacle à l'engagement de la mère	Santé	16.9	- 1.6
	Social	22.5	
Refus des services par un parent	Santé	14.4	- 2.2*
	Social	22.1	
Manque d'implication de la mère biologique	Santé	17.6	- 1.4
	Social	22.1	
Difficulté à définir les droits des beaux-parents	Santé	17.3	- 0.9
	Social	20.5	
Difficulté à départager les responsabilités entre le parent non gardien et les beaux-parents	Santé	20.0	- 0.2
	Social	19.3	
Défi d'assurer la confidentialité des interventions	Santé	16.7	- 1.2
	Social	21.0	

¹ Dix répondantes n'ont pas fourni d'indication sur leur titre d'emploi.* $p < 0.05$

Tableau A-8**Test de Mann-Whitney entre le degré auquel les répondantes se sentent outillées pour effectuer certaines tâches de travail et leur secteur d'emploi (N¹= 38)**

Tâches de travail	Secteur d'emploi	Rang moyen	Z
Reconnaitre une situation de violence conjugale	Santé	11.4	- 3.2*
	Social	23.3	
Intervenir lorsqu'il y a des conflits entre les parents biologiques	Santé	13.2	- 2.4*
	Social	21.8	
Intervenir lorsqu'il y a des mésententes entre les parents biologiques concernant les méthodes éducatives	Santé	11.3	- 3.1*
	Social	22.1	
Intervenir en situation de violence conjugale	Santé	13.1	- 2.7*
	Social	22.8	
Informers les parents concernant les droits et responsabilités des parents biologiques	Santé	10.7	- 3.0*
	Social	21.9	
Déterminer quand il est pertinent de faire des rencontres conjointes avec les parents biologiques	Santé	11.4	- 1.2
	Social	15.1	
Déterminer s'il est pertinent d'impliquer le beau-parent dans l'intervention	Santé	14.3	- 0.4
	Social	15.4	
Déterminer le moment où il est pertinent d'impliquer les enfants dans l'intervention	Santé	9.6	- 2.7*
	Social	19.2	
Soutenir la participation des parents biologiques qui s'impliquent peu dans l'intervention	Santé	10.7	- 2.7*
	Social	20.3	
Établir la communication entre des parents biologiques en conflit	Santé	13.8	- 2.0
	Social	20.9	
Informers les parents concernant les droits et responsabilités des beaux-parents	Santé	11.9	- 2.1*
	Social	19.2	
Informers les parents concernant les dispositions légales sur la garde des enfants et sur les révisions de garde	Santé	11.5	- 1.8
	Social	18.2	
Intervenir avec les deux parents sans glisser dans le rôle de médiateur	Santé	12.9	- 2.1*
	Social	20.4	
Comprendre le sens que la séparation a dans les différentes cultures différentes de la vôtre	Santé	15.5	- 1.6
	Social	21.3	

¹ Dix répondantes n'ont pas fourni d'indication sur leur titre d'emploi.* $p < 0.05$

Tableau A-9

Test t entre l'appréciation du degré d'adéquation de différents aspects de la pratique et le type d'organisme dans lequel les intervenantes travaillent (N¹= 38)

Aspects de la pratique évalués	Type d'organisme	M (ET)	T (dl)
Les relations avec les organismes communautaires	Organisme communautaire	2.9 (0.3)	- 0.5 (26)
	CIUSSS	2.8 (0.4)	
Ma charge de travail	Organisme communautaire	2.8 (0.4)	1.0 (31)
	Santé	2.9 (0.3)	
La structure des programmes dans mon organisme	Organisme communautaire	2.9 (0.3)	- 0.4 (28)
	CIUSSS	2.9 (0.4)	
Votre connaissance des besoins spécifiques des familles séparées ou recomposées	Organisme communautaire	2.9 (0.5)	- 1.8 (31)*
	CIUSSS	2.7 (0.5)	
Les relations avec les centres de santé et de services sociaux	Organisme communautaire	2.5 (0.7)	2.5 (12)*
	CIUSSS	3.0 (0.0)	
Les services disponibles pour les familles	Organisme communautaire	2.6 (0.5)	1.1 (31)
	CIUSSS	2.8 (0.4)	
L'accès à l'expertise des collègues	Organisme communautaire	2.6 (0.5)	1.0 (29)
	CIUSSS	2.8 (0.4)	
Les relations avec la protection de la jeunesse	Organisme communautaire	2.6 (0.7)	0.1 (30)
	CIUSSS	2.6 (0.5)	

¹ Dix répondantes n'ont pas fourni d'indication sur le type d'organisme dans lequel elles travaillent.

* $p < 0.05$

Tableau A-10

Test de Khi carré d'indépendance statistique entre les modalités de soutien à la pratique des intervenantes et le type d'organisme dans lequel elles travaillent ($N^1 = 40$)

Modalités de soutien à la pratique	Choix de réponses	Type d'organisme		χ^2 (dl)
		Organisme communautaire	CIUSSS	
		%	%	
Documentation	Oui	35.9	48.7	1.4 (1)
	Non	2.6	12.8	
Rencontres interdisciplinaires	Oui	17.5	57.5	10.3 (1)*
	Non	20.0	5.0	
Formations	Oui	35.0	42.5	3.5 (1)
	Non	2.5	20.0	
Outils d'intervention	Oui	30.8	38.5	1.3 (1)
	Non	7.7	23.1	
Supervision ou encadrement clinique	Oui	17.5	50.0	4.7 (1)*
	Non	20.0	12.5	
Conférences	Oui	32.5	30.0	6.0 (1)*
	Non	5.0	32.5	

¹ Dix répondantes n'ont pas fourni d'indication sur le type d'organisme dans lequel elles travaillent.

* $p < 0.05$

Tableau A-11
Ressources avec lesquelles les répondantes ont été en contact

Nom des ressources	Choix de réponses			
	Oui		Non	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Organisme communautaire AutoHonnemie	22	53.7	19	46.3
Mère et monde : Centre résidentiel et communautaire	20	50.0	20	50.0
Carrefour familles monoparentales Charlesbourg	18	43.9	23	56.1
Maison de la famille de Charlevoix	9	22.5	31	77.5
Centre des familles monoparentales et recomposées de Québec	9	22.0	32	78.0
Fédération des associations de familles monoparentales et recomposées du Québec	7	17.5	33	82.5
Organisme communautaire Horizon nouveau	6	15.0	34	85.0
Carrefour familles monoparentales Portneuf	6	15.0	34	85.0
Sources vives	5	12.5	35	87.5
ARUC – Séparation parentale, recomposition familiale	3	7.3	38	92.7

Tableau A-12

Liste des autres organismes avec lesquels les répondantes sont en contact

Carrefour Familles Monoparentales de Charlesbourg
Centre d'aide et d'action bénévole de Charlesbourg (CAABC)
Centre communautaire juridique de Québec
Centre de la Croisée
Centre de prévention du suicide de Québec
Centre des femmes de Charlevoix
Centre jeunesse
Centre Multi-Services Le Complice
Centre Ressources Jardin de familles
C.E.R.F. Volant de Portneuf
Chevaliers de Colomb du Québec
CLSC La Source
Club Lions
Collations-Santé Portneuf
Communauté AGAPÈ
Entraide Parents
Femmes recherchées
Groupe d'aide aux personnes impulsives, ayant des comportements violents (GAPI)
Groupe de recherche en animation et planification économique (GRAPE)
Groupe Les Relevailles
L'Arc-en-ciel
Le Petit Répit
Le Pont
LigneParent
Maison de la Famille DAC de Charlesbourg
Maison de la famille de Québec
Maison de la Famille DVS
Maison de la famille Louis-Hébert
Maison de la famille St-Ambroise
Maison du Cœur pour femmes
Maison du Printemps
Maison La Montée (point de service à Baie-Saint-Paul)
Maison Ouverte

Matinée Frimousses

Mirépi

Patro de Charlesbourg

RE-FA-VIE

Ressources familiales Côte-de-Beaupré

Ressources Parents Vanier

Société Saint-Vincent-de-Paul de Québec

SOS Violence conjugale

Violence Info
