

Le point de vue des parents et des intervenants sur la collaboration dans le cadre des services en pédopsychiatrie

Carl LACHARITÉ

Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Jocelyne MOREAU

Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières

Marie-Louise MOREAU

Assistante de recherche au GREDEF, Université du Québec à Trois-Rivières

PROBLÉMATIQUE

Depuis une dizaine d'années, plusieurs études se penchent sur le phénomène du partenariat et de la collaboration entre les professionnels (de la santé, des services sociaux, des services éducatifs) et les parents. Ces études s'inscrivent dans la foulée de l'idéologie de l'empowerment des familles (Beaupré et Tremblay, 1990, 1992 ; Bergeron et Laflamme, 1996 ; Bertrand, 1996 ; Bhérer, 1993 ; Bouchard, 1992 ; Boudreault, Kalubi, Sorel, Beaupré et Bouchard, 1998 ; Ducharme, 1992 ; Elizur, 1996 ; Gendreau, Baillargeon et Bouchard, 1993 ; Gendreau, Brisson, Delorme-Bertrand, Labelle, Lemay et Ouellet, 1995 ; Gendreau, Cormier, Lemay et Perreault, 1995 ; Jutras, 1992 ; Laviguer et Laurendeau, 1990 ; Moreau, 1997 ; Palacio-Quintin, Éthier, Jourdan-Ionescu et Lacharité, 1994 ; Riesser et Schorske, 1994 ; Saint-Laurent, Royer, Hébert et Tardif, 1994 ; Saint-Onge, Lavoie et Cormier, 1995 ; Thériault, 1992 ; Vatz Laaroussi, 1996).

Afin de maximiser le potentiel des familles pour jouer adéquatement leur rôle, cinq facteurs importants devraient soutenir la relation parent-professionnel, soit : l'acceptation des parents comme membres à part entière de l'équipe de traitement ; la capacité des professionnels à partager toute information pertinente avec ceux-ci ; la communication à double sens avec absence de jargon ; la concentration sur la planification du traitement, sur les forces et les caractéristiques de l'enfant et de la famille aussi bien que sur leurs besoins ; et la prise de décision commune entre parents et professionnels (Bogrov et Crowel, 1996).

Selon Hatfield (1996), le terme *collaboration* est fréquemment utilisé pour décrire les relations entre les familles et les professionnels, mais ce terme n'a pas toujours la même signification et il est nécessaire avant tout de bien le définir. Pour cette auteure, la collaboration est basée sur un principe démocratique fondamental selon lequel chaque personne touchée par une décision devrait avoir une part dans le processus de prise de décision. La collaboration signifie le partage de la définition du problème, le partage de la prise de décision et le partage des responsabilités concernant la décision finale, reflétant un équilibre entre les besoins de toutes les personnes impliquées dans cette décision. La collaboration signifie donc de travailler avec les gens plutôt que de faire les choses à leur place. L'idée de la collaboration nécessite l'abolition de la relation hiérarchique dans laquelle les professionnels détiennent le pouvoir et les familles jouent un rôle plus passif. La collaboration requiert donc le changement de modèles thérapeutiques, qui auparavant concevaient les familles en termes de pathologies et de déficits, pour maintenant les concevoir selon un modèle de compétence qui se concentre sur leurs forces et leurs habiletés. Finalement, l'idée de la collaboration, autant pour les professionnels que pour les familles, fait appel à de nouvelles habiletés pour la communication, la résolution de problème et l'établissement de consensus.

S'intéressant aux barrières faisant obstacle aux relations parents-professionnels, Elizur (1996) propose un modèle du processus permettant la formation d'alliances de travail entre les professionnels et les familles. Selon l'auteur, chaque étape est définie par des objectifs qui lui sont propres et qui doivent être respectés dans le temps. Ainsi, l'étape de *l'engagement* se caractérise par l'établissement d'un lien de confiance et la mise en place de voies de communication efficaces, principe soutenu par Lavoie et Kaplowitz (1996), selon lesquels des voies et des habiletés de communication efficaces et bien établies sont essentielles pour une collaboration efficace. L'étape de *la collaboration* se distingue par l'établissement d'un partenariat basé sur la reconnaissance de buts, de méthodes et de traitements communs aux partenaires impliqués. Finalement, l'étape de *l'appropriation* se reconnaît par le partage du pouvoir et des responsabilités par chacun des partenaires.

Chacune des étapes s'inscrit dans un processus longitudinal dans lequel le temps doit être respecté, car tout changement prématuré peut générer de la résistance de la part des partenaires et risque de conduire à une impasse dans les relations parents-professionnels. Le processus d'appropriation arrive à son point culminant lorsque la philosophie d'approche centrée sur la famille cesse d'être « un projet » et est devenue une partie intégrale de la routine des professionnels. Cette idée est soutenue par Hunter et Friesen (1996) lorsqu'ils affirment que les services centrés sur la famille exigent un changement fondamental dans la nature de la relation entre les professionnels et les familles desservies, changement d'un mode de relation basé sur l'interaction « thérapeute » et « client » à un mode de relation basé sur un partenariat et une collaboration mutuelle des habiletés, connaissances et expériences de chacun. Soulevant aussi l'idée selon laquelle la collaboration demeure un processus évolutif, pour Boudreault, Kalubi, Sorel, Beaupré et Bouchard (1998), il est nécessaire de concevoir la collaboration professionnels-parents comme un cheminement interactif fondé sur les efforts de chacun à expliciter ses réalités afin que chacun puisse en faire une appropriation. Pour eux, la collaboration nécessite l'entraide mutuelle, une gestion partagée des activités et une prise de décisions en commun.

Ainsi, l'idéologie de l'*empowerment* vise à mettre en place des conditions qui favorisent l'exercice des compétences des parents (Dunst, Trivette et Deal, 1994). Ces conditions peuvent toucher le *contexte institutionnel* et se traduire, par exemple, par la mise en place des mesures et procédures qui facilitent et encouragent la participation et l'implication des parents dans les services que reçoit leur enfant. Ces conditions peuvent également toucher la *dimension interpersonnelle* et faire en sorte, par exemple, que les contacts avec les intervenants procurent une reconnaissance et une validation des compétences des parents.

C'est sur cette dimension interpersonnelle que se concentre la présente étude. Il existe un certain nombre de barrières ou obstacles qui interfèrent avec cette reconnaissance et validation par l'intervenant en santé mentale infantile des compétences des parents (Heflinger et Bickman, 1996) :

- Le parent est vu par l'intervenant comme une des sources des problèmes de l'enfant, il porte donc ici plus attention à ses failles, à ses incompétences, à ses défaillances ;
- Le parent est vu par l'intervenant comme ne possédant pas les savoirs pertinents qui permettent de comprendre adéquatement la situation de l'enfant et de l'améliorer ;
- L'intervenant porte attention aux besoins et au point de vue de l'enfant et néglige de considérer le point de vue et les besoins des parents.

Peu d'études ont examiné la collaboration parent-intervenant sous l'angle des « conditions subjectives » qui entourent leurs échanges. Par « conditions subjectives », nous entendons les perceptions réciproques de chaque partenaire à propos de l'autre.

OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Cette étude vise à examiner les conditions subjectives de la relation entre un parent et un intervenant dans le contexte de services et de soins pédopsychiatriques. Elle cherche donc à répondre à la question suivante : Est-ce que le fait qu'un intervenant a une perception nuancée et positive des compétences du parent et de la qualité de la relation avec lui est associé à des indices de collaboration positive telle qu'elle est perçue par le parent ?

L'hypothèse mise à l'épreuve est la suivante : il est possible d'expliquer la perception du parent concernant la qualité de la relation avec l'intervenant, la qualité de ses pratiques d'aide et son sentiment de contrôle face à l'intervenant en tenant compte de la perception que ce dernier a des compétences du parent et de la qualité de la relation avec lui.

MÉTHODE

Participants¹

L'échantillon est composé de 84 dyades parent-intervenant provenant d'un échantillon de 93 familles dont l'enfant, âgé de moins de 10 ans, reçoit des services en pédopsychiatrie. L'âge moyen des enfants cibles est de 6,4 ans (écart type = 1,7 ans). Les enfants sont des garçons dans une proportion de 76,3 % et les parents sont des mères dans une proportion de 64,3 %. Environ la moitié (52,8 %) des parents ont fait des études secondaires ou collégiales. Tous les enfants de l'échantillon ont au moins un diagnostic primaire et certains ont un ou plusieurs diagnostics secondaires. Les intervenants, au nombre de 12, proviennent de différentes disciplines professionnelles : psychiatrie, psychologie, psychoéducation, orthophonie, travail social.

La durée de la relation dans les dyades parent-intervenant est en moyenne de 12,9 mois (écart type = 11,7 mois) et varie entre 2 et 72 mois ;

1. Cette étude découle d'une recherche plus vaste de Lacharité, Moreau et Moreau (1999). Nous tenons à remercier tous les parents et intervenants du Pavillon Arc-en-Ciel du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières qui ont participé cette recherche.

27,4 % sont en relation depuis moins de 6 mois, 34,5 % sont en relation depuis 6 à 11 mois et 38,1 % sont en relation depuis 12 mois ou plus. La quantité médiane d'heures par mois consacrée (depuis les trois derniers mois) aux contacts entre le parent et l'intervenant est de deux heures. 20,2 % sont en contact moins d'une heure par mois, 54,8 % sont en contact une à deux heures par mois, 15,5 % sont en contact trois à quatre heures par mois et 9,5 % sont en contact cinq heures ou plus par mois.

Instruments de mesure

Inventaire sur la collaboration parent-intervenant ***(Lacharité et al., 1999)***

Ce questionnaire est composé de 15 items qui permettent au parent de décrire la relation qu'il entretient avec un intervenant de l'équipe clinique avec lequel il a des contacts « significatifs ». Dans le cadre de cette étude, « significatif » pouvait signifier une des trois options suivantes : 1) celui avec lequel j'ai des contacts positifs, 2) celui avec lequel j'ai des contacts négatifs ou 3) celui que je côtoie le plus souvent. Ce questionnaire a été élaboré à partir de deux instruments déjà validés : les 12 items du *Questionnaire sur le lien institution-famille* (McGrew et Gilman, 1991) qui permet au parent de décrire le degré de confort ressenti et de collaboration perçue dans la relation avec un intervenant ainsi que le lieu de contrôle parental et trois items provenant du *Fear-of-Intimacy Scale* (Descutner et Thelen, 1991) portant sur le degré de confiance du parent envers l'intervenant. Plus la cote obtenue à ce questionnaire de 15 items est élevée, plus le parent perçoit positivement la relation qu'il entretient avec un intervenant donné.

Échelle des pratiques d'aides (Dunst, Trivette et Hamby, 1995)

Ce questionnaire est composé de 16 items qui permettent au parent de donner son avis sur les façons employées par les intervenants pour lui apporter de l'aide. Une échelle de type Likert en cinq points permet au parent de donner son opinion sur le sujet. Plus la cote totale est élevée, plus le parent perçoit positivement les pratiques d'aide de l'intervenant.

Échelle de perception de contrôle (Affleck, Tennen et Rowe, 1991)

Le sentiment d'avoir du contrôle sur les interventions est évalué à l'aide d'un item qui demande au parent d'indiquer jusqu'à quel point il a l'impression de pouvoir influencer la nature des services que son enfant

et lui reçoivent. Une échelle de type Likert en 10 points permet au parent de fournir son opinion sur le sujet. Plus cette cote est élevée, plus le parent sent qu'il peut avoir une influence sur les services et les interactions qu'il a avec l'intervenant.

Inventaire des habiletés psychologiques (Lacharité et al., 1999)

Ce questionnaire est rempli par l'intervenant et lui permet de donner son opinion sur tous les parents de ses dossiers actifs. Ce questionnaire a été adapté de l'inventaire sur les habiletés psychologiques (Strayhorn, 1988). L'intervenant indique, à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points, dans quelle mesure il pense qu'un parent donné possède chacune des 22 habiletés psychologiques mentionnées dans le questionnaire. On obtient ainsi une cote totale qui, plus elle est élevée, plus elle indique une perception positive du parent par l'intervenant. De plus, l'intervenant peut mentionner s'il connaît insuffisamment le parent pour donner son opinion sur lui à chacun des items. On peut ainsi obtenir une autre cote qui décrit jusqu'à quel point l'intervenant rapporte connaître le parent.

Échelle de la qualité de la relation intervenant-parent (Lacharité et al., 1999)

Un item permet à l'intervenant d'évaluer la qualité de la relation qu'il entretient avec le parent à l'aide d'une échelle allant de 1 (relation très difficile) à 9 (relation très facile). L'intervenant peut également indiquer s'il connaît insuffisamment le parent pour évaluer la qualité de la relation avec lui.

Déroulement

Toutes les informations recueillies auprès des parents et des intervenants ont été tenues strictement confidentielles. Chaque participant était préalablement informé de cette procédure avant de remplir les questionnaires. Les intervenants ne savaient pas si les parents les avaient sélectionnés comme intervenant significatifs. Un parent pouvait sélectionner deux intervenants significatifs. Dans ce cas, il remplissait pour chaque intervenant tous les questionnaires requis. Les intervenants qui ont participé à l'étude ont rempli les questionnaires qui leur étaient adressés pour tous les parents dans leur « caseload ». C'est à l'aide de cette procédure que les 84 dyades parent-intervenant ont pu être constituées à partir des informations recueillies de manière *indépendante*.

Description des variables

Même si cette étude est de type corrélationnelle, nous avons décidé d'examiner les données dans une direction particulière : dans quelle mesure les informations fournies par les parents varient-elles en fonction des informations fournies par les intervenants ? Cette décision ne signifie pas que notre étude permet d'examiner les effets des perceptions des intervenants sur celles des parents, mais plutôt qu'il existe une cohérence interpersonnelle au sein de la relation parent-intervenant, cohérence qui permet, dans une certaine mesure, de « prédire » la conduite de l'un en connaissant celle de l'autre. Cette décision est également motivée par le fait que nous souhaitons que cette étude ait des retombées sur la formation des intervenants en pédopsychiatrie.

Ainsi, les variables dépendantes sont celles fournies par les parents : la qualité de la relation avec l'intervenant, la qualité des pratiques d'aide et le sentiment de contrôle. Les variables indépendantes sont celles fournies par l'intervenant : la qualité de la relation avec le parent, la perception des compétences psychosociales du parent et le degré de connaissance du parent.

RÉSULTATS

Liens avec la durée de la relation et la fréquence des contacts

Le tableau 1 présente les corrélations non paramétriques² (Spearman) entre les variables à l'étude et les variables contrôles. La durée de la relation parent-intervenant ne semble pas associée à une perception plus positive de celle-ci autant par le parent que par l'intervenant. Par contre, la fréquence de contacts mensuels semble positivement associée aux perceptions de la relation parent-intervenant. Plus les contacts entre eux sont fréquents, plus le parent perçoit la relation avec l'intervenant et ses pratiques d'aide de manière positive et plus il rapporte sentir un contrôle sur les services que lui et son enfant reçoivent. En outre, plus les contacts sont fréquents, plus l'intervenant perçoit positivement la relation entre lui et le parent.

Analyses bivariées

Cette section présente les résultats des analyses bivariées entre les variables dépendantes (parent) et chacune des variables indépendantes (intervenants). La figure 1 montre que la qualité de la relation perçue par le

2. Des corrélations non paramétriques ont été utilisées parce que les distributions de plusieurs variables ne respectaient pas le postulat de la normalité.

TABLEAU 1

*Corrélations entre les variables (parent et intervenant)
à l'étude et la quantité de contacts mensuels et la durée de la relation*

	Quantité de contacts	Durée de la relation
Relation (parent)	0,40 ***	-0,03
Pratiques d'aide (parent)	0,40 ***	0,01
Contrôle (parent)	0,36 ***	-0,09
Relation (intervenant)	0,25 *	-0,04
Compétences (intervenant)	0,12	0,15
Connaissances (intervenant)	0,21	0,06

* $p < 0,05$ ** $p > 0,01$ *** $p < 0,001$

parent ($F = 4,3$, $p < 0,05$; $r = 0,32$, $p < 0,01$), la perception des pratiques d'aide ($F = 4,7$, $p < 0,01$; $r = 0,34$, $p < 0,01$) et le sentiment de contrôle chez le parent ($F = 3,4$, $p < 0,05$; $r = 0,24$, $p < 0,05$) varient en fonction de la qualité de relation perçue par l'intervenant. Les données de la figure 1 sont exprimées en cote Z et montrent que lorsque les intervenants perçoivent la relation avec le parent comme étant facile et aisée, les parents qui sont en contact avec ces intervenants sont ceux qui ont des opinions les plus positives de l'ensemble de l'échantillon.

La figure 2 montre que la qualité de la relation perçue par le parent ($F = 8,2$, $p < 0,001$; $r = 0,46$, $p < 0,001$), la perception des pratiques d'aide ($F = 3,2$, $p < 0,05$; $r = 0,36$, $p < 0,001$) et le sentiment de contrôle chez le parent ($F = 1,2$, $p < 0,05$; $r = 0,24$, $p < 0,01$) varient en fonction de la perception des compétences du parent par l'intervenant. Les données de la figure 2 montrent que lorsque les intervenants perçoivent le parent comme ayant des compétences personnelles multiples et variées, les parents qui sont en contact avec ces intervenants sont ceux qui ont des opinions les plus positives de l'ensemble de l'échantillon.

Il n'existe aucun lien significatif entre les variables dépendantes (parent) et le degré de connaissance du parent par l'intervenant.

Analyses multivariées

La figure 3 présente les résultats d'analyses de régression multiple hiérarchique avec la variable « Qualité de la relation perçue par le parent » comme variable dépendante. Les variables prédictives ont été entrées en deux blocs : la durée de la relation et la quantité de contacts mensuels ont été entrées en premier lieu, les variables fournies par l'intervenant ont été

FIGURE 1

Qualité de la relation, pratiques d'aide et sentiment de contrôle perçu (exprimés en cote Z) par le parent en fonction de la perception de la qualité de la relation (Plutôt difficile, Facile-difficile, Plutôt facile) par l'intervenant

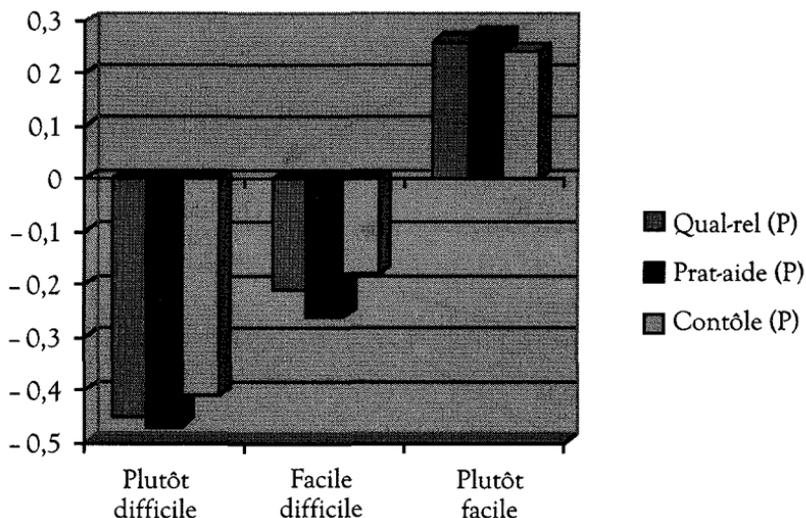


FIGURE 2

Qualité de la relation, pratiques d'aide et sentiment de contrôle (exprimés en cote Z) perçu par le parent en fonction de la perception des compétences (Faible, Moyen, Fort) du parent par l'intervenant

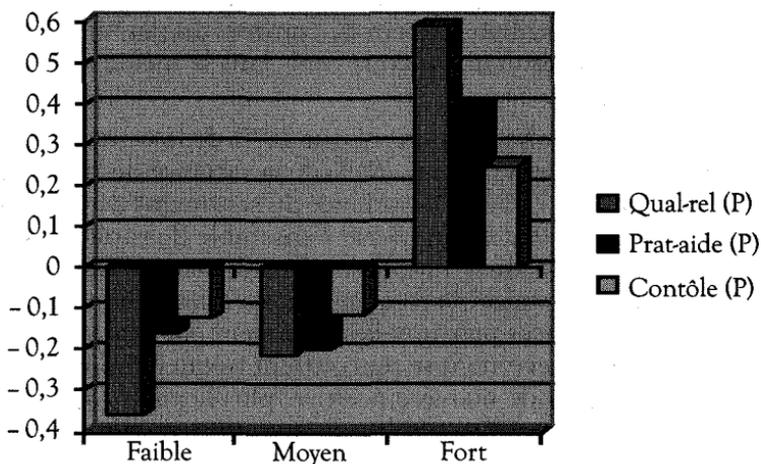
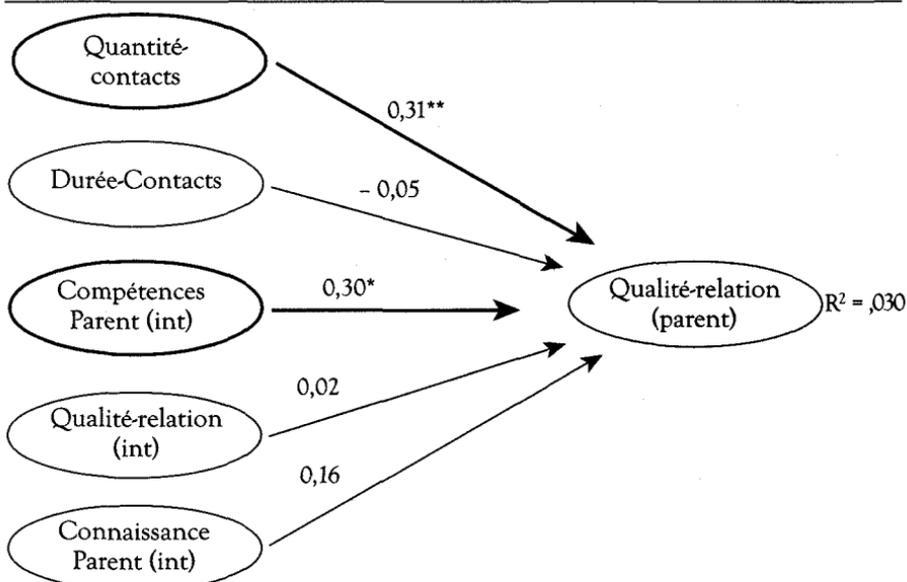


FIGURE 3

Résultats de l'analyse de régression multiple hiérarchique (coefficients beta) avec la qualité de la relation avec l'intervenant (parent) comme variable prédite



* $p < 0,05$ ** $p > 0,01$ *** $p < 0,001$

entrées en second lieu. Cette procédure permet d'examiner les liens entre les variables prédictives et prédites après avoir contrôlé pour la contribution des variables du premier bloc.

Le même type d'analyse a été effectuée avec la qualité des pratiques d'aide perçue par le parent et le sentiment de contrôle du parent comme variable dépendante. Les résultats obtenus vont dans le même sens que ceux présentés à la figure 3.

Les résultats de ces analyses montrent que 30 % de la variance de la qualité de relation perçue par le parent, 28 % de la variance de la perception des pratiques d'aide et 25 % de la variance du sentiment de contrôle du parent est significativement expliqué par l'ensemble de variables prédictives. Parmi cet ensemble, deux variables contribuent spécifiquement à prédire les variables parentales : la fréquence des contacts mensuels et la perception des compétences personnelles du parent par l'intervenant. Ainsi, plus le parent et l'intervenant se rencontrent fréquemment et plus ce dernier perçoit le parent de manière positive, plus le parent rapporte des indices de collaboration positive (qualité de la relation, pratiques d'aide et sentiment de contrôle).

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de montrer empiriquement qu'il existe une cohérence interpersonnelle au sein de la relation parent-intervenant vue comme un engagement mutuel. Cette cohérence a des répercussions sur la qualité de la collaboration entre le parent et l'intervenant.

Les résultats autorisent à penser que, au-delà de la fréquence des contacts entre eux, le parent et l'intervenant mettent en place des conditions subjectives qui amènent chacun d'eux à construire une réciprocité dans leurs perceptions interpersonnelles. Il faut noter ici la prépondérance de la perception que l'intervenant a des compétences et habiletés personnelles du parent. En se sentant reconnus dans leurs compétences, les parents développent et maintiennent un sentiment de contrôle ; ils apprécient la relation avec l'intervenant ainsi que ses pratiques d'aide parce que celles-ci facilitent l'atteinte des buts qu'ils se fixent pour eux-mêmes et leur enfant.

Il faut ici mentionner qu'il est impossible de distinguer entre la perception que l'intervenant a des compétences personnelles du parent et la manifestation objective de ces compétences. Est-ce parce que l'intervenant perçoit positivement le parent que celui-ci rapporte des indices positifs de collaboration ? Ou est-ce le fait que le parent manifeste effectivement de telles compétences qui lui permet de s'engager efficacement dans une démarche de collaboration avec l'intervenant ? Comme un certain nombre de parents³ ont été évalués par plus d'un intervenant dans le cadre de cette étude, il est possible de vérifier indirectement la nature de cette variable en examinant jusqu'à quel point plusieurs intervenants s'entendent pour décrire de manière similaire un même parent. Cet examen révèle qu'il existe des différences statistiquement significatives dans les perceptions que les intervenants ont d'un parent, donnant ainsi à penser que les informations rapportées par l'intervenant concernant le parent ne constitue pas une évaluation « objective » du fonctionnement de ce dernier, mais plutôt une impression subjective qui se dégage des liens qu'il entretient avec lui. Le même parent peut créer une impression différente sur un autre intervenant et cette différence se répercute, comme le montrent nos résultats, sur l'opinion que le parent se fait de la collaboration avec ce dernier.

Nous émettons donc l'hypothèse que lorsqu'un intervenant s'efforce de percevoir le parent comme une personne compétente sous de multiples aspects, il ne se conduit pas de la même façon avec ce dernier et, par

3. Cinquante parents ont été évalués par deux intervenants indépendants, 24 parents ont été évalués par trois intervenants indépendants et 7 parents ont été évalués par quatre intervenants indépendants.

conséquent, la relation s'élabore dans des conditions subjectives plus favorables au développement de la collaboration. Nos résultats ne permettent pas de vérifier une telle hypothèse, mais seulement de la suggérer. D'autres études à l'intérieur desquelles la perception que les intervenants ont des parents est expérimentalement manipulée permettrait de confirmer si le fait de percevoir positivement le parent a un impact sur la qualité de la relation. Il serait intéressant de procéder à une recension des écrits scientifiques pour vérifier s'il existe des recherches ayant abordé directement cette thématique.

Comme la pratique attend rarement que la recherche l'informe en long et en large sur un sujet avant de passer à l'action et de développer de nouvelles initiatives, notre étude comporte suffisamment d'éléments pour faire certaines suggestions pour l'intervention.

Premièrement, lorsque des intervenants en pédopsychiatrie souhaitent faire le point sur la qualité de l'engagement et de la collaboration entre eux et les parents, il est probablement plus fiable de mettre en place des conditions qui permettent aux parents de donner leur opinion sur le sujet de manière libre et éclairée que de se baser sur leurs impressions personnelles. La relation parent-intervenant est, à maints égards, une relation inégale à l'intérieur de laquelle l'intervenant est vu (par lui-même et par le parent) comme possédant plus de savoirs et de ressources. Dans un tel contexte, c'est chez l'acteur « qui possède le moins » que l'on retrouve le maximum d'informations pertinentes sur le confort et l'aisance ressentis dans la relation. C'est en examinant comment se portent les petits poissons d'un lac qu'on mesure sa « santé » et non pas en regardant comment se portent les gros.

Deuxièmement, notre étude vient appuyer les efforts des intervenants qui portent attention aux besoins des parents, leur transmettent une validation de leurs savoirs et leur permettent de s'impliquer activement dans la démarche de compréhension de la situation de leur enfant et de recherche de solutions. Notre étude montre que, même s'ils sont en contact avec plusieurs intervenants, c'est avec ce type d'intervenants que les parents rapportent se sentir le plus soutenu et le plus à l'aise.

Troisièmement, les intervenants en pédopsychiatrie ont intérêt 1) à considérer dans leurs évaluations et leurs interventions les forces et les habiletés des parents et des familles et 2) à créer des conditions qui leur permettent de communiquer leurs perceptions des compétences des parents et des familles qu'ils côtoient.

BIBLIOGRAPHIE

- Affleck, G., H. Tennen et J. Rowe (1991). *Infants in Crisis: How parents cope with newborn intensive care and their aftermath*, New York, Springer-Verlag.
- Ahmann, E. (1994). Family-Centered Care : Shifting Orientation, *Pediatric Nursing*, 20(2), p. 113-117.
- Beaupré, P. et C. Tremblay (1990). L'implication des parents au niveau du programme de réadaptation de leur enfant présentant une déficience motrice, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve.
- Beaupré, P. et C. Tremblay (1992). Les parents habitant en région périphérique de Québec et leur implication dans le processus de réadaptation de leur enfant, Québec, Conseil québécois de la recherche sociale.
- Bergeron, H. et M.K. Laflamme (1996). Le programme « Soutien aux mères en difficulté ayant de jeunes enfants » : une histoire de collaboration et de partenariat, Lévis, Centre jeunesse Chaudière-Appalaches.
- Bertrand, M.-H. (1996). La collaboration entre les parents et les éducatrices de services de garde et sa relation avec le développement de l'estime de soi de l'enfant, Mémoire de maîtrise, Sainte-Foy, Université Laval, Faculté des sciences de l'éducation.
- Bhéner, M. (1993). *La collaboration parents-intervenants : un guide d'intervention en réadaptation*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur et Institut des sourds de Charlesbourg inc.
- Bogrov, M. et R.L. Crowel (1996). Community Service Systems for Children and Adolescents, dans W.R. Breakey, *Integrated Mental Health Services*, New York, Oxford University Press.
- Bouchard, J.-M. (1992). L'intervention précoce dans la famille : un partenariat pas toujours évident. L'intervention précoce auprès de l'enfant ayant une déficience et de la famille. Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation, Groupe de recherche en intervention précoce (GRIP), p. 103-122.
- Boudreault, P., J.-C. Kalubi, L. Sorel, P. Beaupré et J.-M. Bouchard (1998). Recherches sur l'appropriation des savoirs et des savoir-faire, dans J. Alary et L. Éthier. *Comprendre la famille, Tome 4*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- Descutner, C.J. et M.H. Thelen (1991). Development and Validation of a Fear-of-Intimacy Scale, *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(2), p. 218-225.
- Ducharme, F. (1992). *Implication de la famille : condition préalable à une continuité de l'intervention. Aider ses parents vieillissants. Un défi : personnel, familial, politique, communautaire*, Montréal, Association québécoise de gérontologie.

- Dunst, C., C. Trivette et A. Deal (1994). *Supporting and Strengthening families, Volume 1 : Methods, Strategies and Practices*, Cambridge, Mass., Brookline.
- Dunst, C., C. Trivette et D.W. Hamby (1995). Measuring the helping practices of human services program practitioners, *Human Relations*, 49, p. 815-835.
- Elizur, Y. (1996). Involvement, Collaboration, and Empowerment : A Model for Consultation with Human-Service Agencies and the Development of Family-Oriented Care, *Family Process*, 35, p. 191-210.
- Gendreau, G., P. Brisson, L. Delorme-Bertrand, R. Labelle, L. Lemay et O. Ouellet (1995). *Partager ses compétences entre parents, jeunes en difficulté et éducateurs : Un projet à découvrir. Tome 2*, Montréal, Sciences et Culture.
- Gendreau, G., L. Baillargeon et P. Bouchard (1993). Comprendre la collaboration éducateur(s)-parents(s) dans un contexte de placement, *PRISME*, 3(4), p. 542-554.
- Gendreau, G., J.-P. Cormier, L. Lemay et P. Perreault (1995). *Partager ses compétences entre parents, jeune en difficulté et éducateurs : Un projet à découvrir. Tome 1*, Montréal, Sciences et Culture.
- Hatfield, A.B. (1996). The family's role in caregiving and service delivery, dans H.P. Lefley et M. Masow, *Helping families cope with mental illness*, Chur, Suisse, Harwood Academic Publishers.
- Heflinger, C.A., et L. Bickman (1996). Family empowerment : A conceptual model for promoting parent-professional partnership, dans C.A. Heflinger et C.T. Nixon, *Families and the mental health system for children and adolescents : Policy, Services and Research*, Thousand Oaks, Californie, Sage Publication.
- Hunter, R.W. et B.J. Friesen (1996). Family-Centered Services for Children with Emotional, Behavioral, and Mental Disorders, dans C.A. Heflinger et C.T. Nixon, *Families and the mental health system for children and adolescents : Policy, Services and Research*, Thousand Oaks, Californie, Sage Publication.
- Jutras, S. (1992). *Le partenariat entre les familles et l'État : utopie ou nécessité ? Aider ses parents vieillissants. Un défi : personnel, familial, politique, communautaire*, Montréal, Association québécoise de gérontologie, p. 147-160.
- Lacharité, C., J. Moreau et M.L. Moreau (1999). *Agir ensemble : le point de vue des parents sur la collaboration avec l'équipe professionnelle en pédopsychiatrie*, Rapport de recherche déposé à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Lavigueur, S. et R. Laurendeau (1990). L'actualisation d'un modèle de collaboration avec les familles d'enfants handicapés, dans P. Durning, *Éducation familiale et intervention précoce*, Montréal, Éditions Agence d'Arc.
- Lavoie, S.R. et L.G. Kaplowitz (1996). Family-Centered HIV/AIDS Care, *The AIDS Reader*, 6(4), p. 117-121, 137.

- McGrew, K.S. et C.J. Gilman (1991). Measuring the perceived degree of parent empowerment in home-school relationships through a home-school survey, *Journal of Psychoeducational Assessment*, 9, p. 353-362.
- Moreau, M.-L. (1997). Variables familiales et stratégies de coping comme prédicteurs de la participation des parents au programme de réadaptation de leur enfant, Mémoire de maîtrise, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, Département de psychologie.
- Palacio-Quintin, E., S. Éthier, C. Jourdan-Ionescu et C. Lacharité (1994). Programme d'intervention auprès des familles négligentes : l'expérience de collaboration d'une équipe universitaire et d'un milieu d'intervention, dans J. Alary, *Comprendre la famille, Tome 2*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Riesser, G.G. et B.J. Schorske (1994). Relationships between family caregivers and mental health professionals : The American experience, dans H.P. Lefley et M. Masow, *Helping families cope with mental illness*, Chur, Suisse, Harwood Academic Publishers.
- Saint-Laurent, L., É. Royer, M. Hébert et L. Tardif (1994). Enquête sur la collaboration famille-école, *Revue canadienne de l'éducation*, 13(3), p. 270-280.
- Saint-Onge, M., F. Lavoie et H. Cormier (1995). Les difficultés perçues par des mères de personnes atteintes de troubles psychotiques face au système de soins professionnels, *Santé mentale au Québec*, XX(1), p. 89-118.
- Strayhorn, J. (1988). *The Competent Child*, New York, Guilford Press.
- Thériault, Y. (1992). Le partenariat à travers le processus de prises en charge des bénéficiaires : le point de vue des familles d'accueil, dans J. Pronovost, *Comprendre la famille, Tome 1*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- Vatz Laaroussi, M. (1996). Les nouveaux partenariats famille-école au Québec : l'extériorité comme stratégie de survie des familles défavorisées? *Lien social et politiques - RIAC*, 35(75), p. 87-98.