

# Les conditions associées au bien-être des tout-petits

## Opinions de pères de milieux défavorisés<sup>1</sup>

Sarah DUFOUR, Ph.D.

*Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants*

Dans une perspective de promotion de la santé mentale chez les enfants, il est essentiel de bien comprendre le milieu familial et la contribution des pères. En effet, la conception actuelle de la notion de santé mentale « oblige à prendre en compte non seulement la capacité des personnes de s'adapter à leur milieu, mais également celle du milieu de fournir les meilleures conditions possibles pour favoriser le développement optimal de la santé mentale » (Comité de la santé mentale du Québec, 1994, p. 7). Dans le même sens, les modèles actuels de la santé suggérant que l'état de santé résulte d'une interaction entre des facteurs biologiques, sociaux et environnementaux, une meilleure compréhension des contextes sociaux et environnementaux dans lesquels les enfants évoluent constitue un ingrédient essentiel de tout modèle de santé infantile (Tinsley, 1992).

Plusieurs chercheurs s'entendent pour reconnaître que la famille constitue le principal milieu de socialisation des enfants (Maccoby, 1992 ; Peters et McMahon, 1988). Comme la famille constitue une unité sociale importante dans la production des attitudes et comportements liés à la santé chez les enfants, de nombreux auteurs soulignent l'importance de l'influence parentale dans un champ plus spécifique de la socialisation :

---

1. Cette recherche a été rendue possible en partie grâce à une bourse de formation du programme national de recherche et de développement en santé (Santé Canada) accordée à l'auteure.

celui de la socialisation à la santé (Bush et Iannotti, 1988 ; Mechanic, 1980 ; Pratt, 1976 ; Roberts et McElreath, 1992 ; Tinsley, 1992). Néanmoins, comme la fonction familiale de soins de santé est rarement abordée dans les écrits scientifiques sur la famille (Graham, 1984 ; Phipps, 1991), on connaît très peu la teneur et les mécanismes de cette influence (Gochman, 1988, 1992 ; Tinsley, 1992). Conséquemment, et aussi parce que les chercheurs considèrent que les mères constituent les principales responsables de la santé au sein de l'unité familiale (Bailey, 1990 ; Cresson et Pitrou, 1991 ; Graham, 1984 ; Phipps, 1991), on connaît très peu les pères en tant qu'éducateurs à la santé mentale. Il est pourtant de plus en plus reconnu que leur engagement est un élément déterminant de la santé et du bien-être des enfants, tout en étant un facteur de protection de l'abus et de la négligence (Turcotte *et al.*, 2001).

Des chercheurs soulignent aussi l'importance de l'étude des pères de milieux défavorisés, dont on connaît peu de chose à ce jour (Cabrera et Peters, 2000 ; Marsiglio et Cohan, 2000). Massé (1991, p. 289) soutient, pour sa part, que « des recherches futures portant sur le savoir populaire en matière de rôles parentaux s'imposent dans les milieux défavorisés [...], particulièrement afin d'adapter les interventions de soutien aux parents ». En fait, les rares études sur ces pères mettent l'accent sur des comportements négatifs, comme l'absence du père ou le non-paiement des pensions alimentaires (Cabrera et Peters, 2000). Afin d'élargir la compréhension des causes, de la nature et des conséquences de l'engagement paternel, il est nécessaire de comprendre la manière dont les hommes de divers milieux conçoivent la paternité (Marsiglio, Day et Lamb, 2000). Des recherches portant spécifiquement sur les processus et mécanismes par lesquels les pères influencent leurs enfants sont importantes (Parke, 2000). En effet, les dimensions cognitives de l'engagement paternel, ainsi que certaines dimensions affectives, telles les préoccupations, sont très peu documentées (Parke, 2000). En fait, à ce jour, peu de chercheurs se sont intéressés au sens donné à la paternité par les pères eux-mêmes (Lamb, 2000), et « on ne connaît encore que peu de choses sur les conceptions populaires québécoises d'une bonne santé mentale » (Massé, 1995, p. 228).

Dans le cadre d'une recherche s'intéressant à la manière dont les pères d'enfants d'âge préscolaire de milieux défavorisés conçoivent leur rôle dans la promotion de la santé mentale de leur enfant, les participants se sont entre autres exprimés sur les conditions qu'ils jugent favorables ou nuisibles au bien-être de leur enfant. Le présent texte porte uniquement sur cet aspect spécifique de la recherche, qui visait à 1) décrire et interpréter les conceptions paternelles entourant le processus de socialisation

à la santé mentale, 2) identifier divers profils d'éducateurs à la santé mentale et 3) identifier les variations possibles aux objectifs précédents selon le degré d'engagement paternel et le sentiment de compétence parentale.

## MÉTHODOLOGIE

### Participants

Trente pères de familles biparentales, dont au moins un enfant est âgé entre trois et cinq ans, participent à la recherche. Le tableau 1 présente leurs caractéristiques sociodémographiques. Ils habitent deux quartiers urbains défavorisés appariés à partir du pourcentage de familles sous le seuil de faible revenu et de la composition ethnique du voisinage. Les pères participants sont des pères biologiques et des figures paternelles, la notion de figure paternelle faisant référence à tout homme qui vit avec l'enfant depuis au moins un an. Signalons que seuls les pères d'origine ethnoculturelle québécoise et maîtrisant la langue française ont été invités à participer à l'étude.

TABLEAU 1  
*Caractéristiques sociodémographiques des participants*

	Moyenne	Écart type
Âge	34 ans	6 ans
Années de scolarité	13 ans	3 ans
Années en couple	8 ans	4 ans
Revenu familial annuel	30 000 \$-39 000 \$	20 000 \$

### Procédure et instruments de mesure du volet quantitatif

La présente étude comprend deux volets, un premier quantitatif et un second qualitatif. Le premier volet de la recherche tire profit des données d'une enquête indépendante où 250 parents (pères et mères) répondaient à une batterie de questionnaires sur leur vie familiale. Après avoir obtenu l'autorisation de la Commission d'accès à l'information, la Régie de l'assurance maladie du Québec a transmis sur demande les renseignements nominatifs sur les ménages des secteurs ciblés comptant au moins un enfant de cinq ans et moins. Le recrutement des participants a été réalisé auprès d'un échantillon représentatif de cette population. Après une lettre avisant la famille de sa visite, une intervieweuse se présentait en personne à la résidence familiale (taux de participation : 20 %). Les participants étaient ensuite rencontrés à la maison et répondaient verbalement en

face à face et à tour de rôle à une batterie de questionnaires. Un montant de 20 \$ était ensuite remis à la famille en guise de compensation pour cette entrevue de deux heures.

L'un de ces questionnaires, le *Questionnaire montréalais d'engagement paternel (QMEP)* couvre des sphères d'activités paternelles tant directes, comme les soins à l'enfant, qu'indirectes, comme la planification (Dufour *et al.*, 1998). Ses 31 items visent l'évaluation de la fréquence absolue ou relative de tâches ou d'actions accomplies par les pères dans huit dimensions : soins de base, disponibilité/accompagnement, discipline/socialisation, évocation, planification/initiation, soutien/affection, jeux et enseignement. La cohérence interne et la stabilité dans le temps sont satisfaisantes (alpha de Cronbach = 0,82 ;  $r = 0,80$  au test-retest à un mois d'intervalle). Les indications de sa validité commencent à être disponibles. Notamment, deux groupes d'experts se sont prononcés sur sa validité de contenu ; la vérification des corrélations entre les réponses de 225 pères au QMEP et des variables associées théoriquement à l'engagement paternel confirment en outre partiellement les hypothèses, formulées a priori. Enfin, le QMEP n'est pas corrélé à un instrument de mesure de désirabilité sociale (voir Dufour *et al.*, 1998, pour les étapes de développement de l'instrument et ses corrélats).

La Mesure du sentiment de compétence parentale (MSCP) fait état de la perception qu'ont les parents de leur propre compétence. La version utilisée est une adaptation québécoise (Bolté, 1994) de l'instrument élaboré par Gibaud-Wallston (1977). La MSCP comprend 20 items ; chacun d'eux est évalué à partir d'une échelle de type Likert à six points. La cohérence interne du score global (alpha = 0,81) et celle des scores aux trois échelles sont acceptables (alpha = 0,78 pour la satisfaction parentale ; 0,74 pour le sentiment d'efficacité ; 0,72 pour la motivation/valorisation). La version originale en langue anglaise est corrélée à une mesure d'estime de soi ( $r = 0,43$  ;  $p < 0,01$ ), et la version modifiée de langue française est corrélée à une échelle d'attitude parentale mesurant le degré de satisfaction du parent par rapport à son enfant et à sa relation avec lui ( $r = 0,60$ ). Des experts se sont prononcés sur la validité de contenu (Bolté, 1994).

### **Procédure et protocole d'entrevue du volet qualitatif**

Des 250 familles (pères et mères) ayant collaboré à ce premier volet, seuls les 116 pères d'enfants de trois à cinq ans ayant accepté d'être recontactés constituent le bassin de participants pour le volet qualitatif de la recherche. La mise en rang percentile des scores des participants au Questionnaire d'engagement paternel et à la Mesure du sentiment de compétence

parentale, complétés lors du premier volet de l'étude, permettent de créer deux groupes contrastés (échantillon dit à variation maximale, voir Patton, 1990) : 1) un groupe de pères très engagés et ayant un très fort sentiment de compétence ( $n = 28$ , taux de participation de 88 %) et 2) un groupe de pères peu engagés ayant un faible sentiment de compétence ( $n = 31$ , taux de participation de 50 %). Les pères sont contactés au hasard jusqu'à ce que 15 personnes dans chacun des groupes acceptent de participer à l'entrevue. La rencontre a lieu à leur domicile ou à l'université, au choix du participant. L'entrevue, d'une durée moyenne de 45 minutes, est enregistrée sur bande audio. Vingt-cinq dollars sont offerts aux pères en guise de compensation.

Le protocole d'entrevue combine deux approches : le guide d'entrevue et l'approche standardisée à questions ouvertes (Patton, 1980). Le protocole d'entrevue a été prétesté auprès de 10 personnes. La version finale comprend six thèmes : la conception de la santé mentale des enfants, la conception du rôle paternel, l'appréciation subjective du rôle paternel, les pratiques parentales, la perception du quartier et enfin leurs demandes d'aide et leurs échanges. Les conditions associées au bien-être des tout-petits, objet du présent texte, étaient abordées dans le premier thème.

## Analyse des données

Le matériel d'entrevue a été soumis à une analyse descriptive thématique (voir Dufour, 2001, pour une description détaillée). Elle peut être qualifiée d'analyse horizontale ou inter-participants, dans la mesure où ce sont les réponses de tous les participants à un même thème d'entrevue qui constituent le matériel analysé. Elle comprend deux étapes :

- 1) L'**analyse de contenu** (voir L'Écuyer, 1990 ; Patton, 1990), qui vise à organiser et à simplifier des données complexes (le discours verbatim des participants) en thèmes ou catégories qui soient à la fois significatives et gérables. Une grille de codification est élaborée pour chacune des questions d'entrevues à partir d'une lecture récurrente du matériel d'entrevue ;
- 2) Le **calcul de l'accord interjuges**, où le tiers des entrevues sont soumises à un juge indépendant. Les kappas varient entre 1 et 0,73 pour l'ensemble des questions d'entrevue (kappa médian = 0,83) et entre 0,75 et 0,78 pour les questions analysées dans le présent texte (kappa médian = 0,77).

## RÉSULTATS

Quelles sont les conditions associées au bien-être des enfants d'âge préscolaire? Les réponses des pères se regroupent en quatre catégories : qualité des liens parents-enfants, caractéristiques de la famille, qualité de l'environnement humain et conditions sociales. Le tableau 2 présente et illustre chacune de ces catégories. Pour les deux groupes de pères, la *disponibilité* et l'*affection* des parents constituent la première condition de bien-être des enfants, ces hommes reconnaissant la primauté des influences familiales sur le bien-être des enfants. La *victimisation* (négligence, violence physique ou violence psychologique) constitue, pour l'ensemble des pères, la plus grande menace au bien-être des enfants, surtout à cause de ses effets délétères sur le développement et l'affect des enfants. Les deux groupes de pères sont fort similaires quant aux conditions favorables et aux menaces identifiées. La seule différence réside dans le fait que les pères moins engagés et ayant un faible sentiment de compétence identifient davantage les *difficultés conjugales* comme une menace au bien-être des enfants. Ce dernier résultat renvoie aux nombreuses études associant harmonie conjugale et implication des pères auprès de leurs enfants (voir la recension de Turcotte *et al.*, 2001).

## DISCUSSION

### Implications

Si l'on resitue les conditions relevées par les pères en rapport avec l'analyse écologique des déterminants de la santé mentale du Comité québécois de la santé mentale (1994), on constate que les répondants semblent surtout conscients de l'importance de la qualité des milieux de vie de l'enfant, particulièrement en ce qui concerne la famille. Le Comité québécois de la santé mentale identifie pourtant une large gamme de déterminants à chaque niveau systémique, soit :

- 1) les caractéristiques individuelles (sexe, âge, compétences, habiletés ou déficits, habitudes de vie) ;
- 2) les milieux de vie (famille, ethnie, école, milieu de travail, réseau social personnel) ;
- 3) les conditions sociales (conditions économiques, environnement politique, institutions publiques) ;
- 4) les normes, valeurs et idéologies dominantes.

TABLEAU 2

*Déterminants de la santé mentale des enfants selon les pères rencontrés*

Conditions favorables	Menaces
1. Milieux de vie	
1.1 Qualité des liens parents-enfants	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité et affection des parents « L'amour c'est sentir qu'il est important pour nous, que les actions qu'il pose c'est des choses importantes. »</li> <li>• Style adéquat de discipline et de socialisation « Leur laisser un peu de lousse pour qu'y se développe, je le laisse faire un peu parce qu'y découvrirait, tant que c'est pas dangereux pour leur sécurité. »</li> <li>• Absence de victimisation « Qui vivent pas dans une atmosphère de violence étouffante pour les parents pis pour l'enfant. »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de disponibilité et d'affection des parents « Tout le temps d'y répéter que t'as pas le temps, y vient te parler pis "va jouer, j'suis après faire de quoi". »</li> <li>• Style inadéquat de discipline et de socialisation « Si t'es pas impliqué dans rien non plus, c'est pas rien que l'argent, y a des choses que c'est gratuit, si tu les impliques pas les enfants y auront pas d'évolution j'pense. »</li> <li>• Présence de victimisation « Quelqu'un qui néglige ses enfants, qui les laisse tout seuls pendant des heures, à cet âge-là, moi, je trouve ça effrayant. »</li> </ul>
1.2 Caractéristiques de la famille	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statut familial « L'idéal en partant qu'il ait deux parents, ça doit être ben difficile pour un enfant de passer une semaine là, une semaine là. »</li> <li>• Harmonie conjugale « On essaie nous de pas se chicaner devant lui parce que même s'il ne participe pas à la chicane il entend ce qui se passe. On essaie de montrer que la vie de couple, c'est des gens qui s'aiment. »</li> <li>• Bien-être des parents eux-mêmes « Si les parents sont heureux, j'pense que l'enfant va être heureux. »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statut familial « Des enfants qui sont monoparentals y vont avoir plus de difficultés j'pense à s'adapter qu'avec ceux qui ont deux parents. »</li> <li>• Tensions conjugales « S'il y a des conflits entre les deux parents ou si les deux ne sont pas capables de s'entendre je pense que ça peut vraiment nuire. »</li> </ul>
1.3 Qualité de l'environnement humain	
<p>« Parce que si moi j'essaie de faire quelque chose qui est défait à droite pis à gauche par un voisinage qui n'a pas d'allure, ça aidera pas. »</p>	<p>« L'influence de l'école, à l'école il y a les amis et pis c'est gens là sont pas nécessairement bien éduqués, ils ont peut-être aussi des problèmes avec leurs parents qu'ils apportent à l'école. »</p>
2. Conditions sociales	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécurité économique / besoins de base « Bien manger, disons qu'une journée ça part de d'là. »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insécurité économique / menaces aux besoins de base « La situation financière, ça ne doit pas aider non plus quand tu manques de tout ou à peu près. »</li> </ul>

Les résultats suggèrent que les pères rencontrés sont bien conscients de leurs responsabilités et de leur pouvoir d'action en tant que parents. Ils attribuent à la famille une capacité d'influence majeure sur le bien-être des jeunes enfants. Un tel constat, bien que positif, soulève néanmoins des questions pour les interventions visant la promotion de la santé mentale des enfants au sein de l'unité familiale : les pères se perçoivent-ils réellement comme les seuls responsables du bien-être de leur enfant ? Cette responsabilité est-elle lourde, culpabilisante ? Considèrent-ils disposer des moyens nécessaires pour relever un tel défi ? Ils savent comment favoriser la santé mentale de leur enfant, mais passent-ils réellement à l'action ?

En permettant de mieux connaître les cibles vers lesquelles se dirigent les efforts de promotion ou d'éducation, la présente étude permet de planifier plus efficacement les interventions (Roberts et McElreath, 1992). En effet, les programmes d'éducation et de soutien parentaux les plus efficaces s'ajustent en fonction de la diversité des représentations parentales ainsi que des caractéristiques des communautés où ils comptent s'implanter (Powell, 1993). Une meilleure connaissance du point de vue des pères eux-mêmes sur leur rôle dans la promotion de la santé mentale de leur enfant ouvre la porte à l'élaboration de programmes mieux adaptés à la réalité et au vocabulaire des individus visés. Massé rappelle en ce sens que « la modification des comportements à risque dans la population, raison d'être de la santé publique, ne peut se faire sans une connaissance préalable du cadre social et culturel qui sous-tend ces comportements. Pourtant l'élaboration des programmes de prévention et de promotion de la santé se fait encore souvent à huis clos dans les enceintes du savoir professionnel » (1995, p. 227).

Bref, afin d'appuyer le mieux possible les hommes dans leur paternité et de favoriser la santé mentale des jeunes enfants, les interventions peuvent certes soutenir les pères dans la manière dont sont vécues et actualisées les responsabilités qu'ils s'attribuent. Il est cependant nécessaire de dépasser les influences intrafamiliales en s'intéressant à tous les niveaux systémiques. Créer des milieux favorables aux tout-petits et à leurs parents, soutenir des échanges formels et informels entre pères, encourager les hommes à se mobiliser au plan politique ou communautaire pour favoriser le bien-être des enfants et des familles... Autant de pistes d'action qui permettent de passer d'une responsabilisation individuelle, très présente dans le discours des pères rencontrés, à une responsabilité collective.

## **Forces et limites de la recherche**

Les plus grandes forces de cette recherche concernent sa validité interne et son devis de recherche. Le volet quantitatif présente deux forces : les qualités psychométriques des instruments utilisés, d'une part, et la repré-



sentativité statistique de l'échantillon, d'autre part. Le principal avantage du volet quantitatif consiste à recueillir de nombreuses informations sur un grand nombre de pères en peu de temps, ce qui a entre autres facilité le contrôle de l'hétérogénéité des participants sur certains critères et leur homogénéité sur d'autres.

Le volet qualitatif, qui constitue l'essentiel de cette étude, a aussi des points forts. Miles et Huberman (1994) affirment que l'approche qualitative constitue selon plusieurs la meilleure stratégie pour la découverte et l'exploration de nouvelles avenues de recherche, telle la socialisation à la santé mentale. Elle permet d'étudier en profondeur et avec précision ce que des individus font, savent, pensent et ressentent (Patton, 1980). Aussi, le choix de réaliser des entrevues à questions ouvertes et contextualisées constituent une avenue méthodologique prometteuse pour l'étude des attitudes parentales en matière d'éducation (Sigel, 1992), susceptible de respecter le vocabulaire et les catégories naturelles ou spontanées des parents (Murphey, 1992).

La constitution de l'échantillon qualitatif a en outre été bonifiée par le volet quantitatif. Ce dernier a permis de contraster des sous-groupes sur les variables retenues (engagement paternel et sentiment de compétence parentale) tout en confirmant la ressemblance des participants au plan sociodémographique. L'échantillon à variation maximale permet, d'une part, une description détaillée et de grande qualité de chaque cas, ce qui est utile pour documenter l'unicité de cette expérience. D'autre part, il permet l'identification de régularités entre les pères, dont l'importance vient précisément d'avoir émergé malgré l'hétérogénéité des répondants (Patton, 1980). La taille de l'échantillon qualitatif est aussi tout à fait adéquate (Deslauriers, 1991 ; Miles et Huberman, 1994 ; Patton, 1980). La pige au hasard des participants au sein des sous-groupes et le contrôle du sexe des enfants ont aussi permis d'éliminer deux biais éventuels. Le calcul de l'accord inter-juges lors de la codification augmente la crédibilité de la catégorisation. Enfin, la recherche présente une bonne validité écologique, car elle porte sur le sens donné par les pères eux-mêmes à leur expérience (Robert, 1988).

Certains biais affaiblissent cependant la validité interne de la recherche. D'abord, les refus de participation à l'entrevue et la perte de participants (déménagements, changement de numéro de téléphone, etc.) ont été nettement plus nombreux dans le groupe des pères moins engagés et ayant un faible sentiment de compétence que dans l'autre. Il est possible que ces hommes aient présenté des caractéristiques différentes de ceux qui ont accepté en définitive de collaborer à la recherche. Aussi, l'objet de la recherche risque de susciter une forte désirabilité sociale (Robert, 1988). Comme les comportements sont autorapportés, ils ne correspondent pas

nécessairement aux pratiques parentales réelles des hommes rencontrés. Enfin, au plan de la validité externe, la généralisation des résultats à d'autres populations et situations est limitée. L'échantillon qualitatif ne visant pas la représentativité statistique, on ne peut prétendre étendre les conclusions à l'ensemble des pères. À défaut de généraliser, on peut cependant extrapoler, c'est-à-dire proposer des applications possibles des résultats à d'autres conditions similaires mais non identiques (Patton, 1990). Les extrapolations sont logiques et centrées sur les leçons à tirer plutôt que de se baser sur les règles statistiques et probabilistes (Patton, 1990).

## CONCLUSION

Afin de mieux comprendre le rôle qu'ils se donnent dans la promotion de la santé mentale de leur enfant, des pères d'enfants d'âge préscolaire de milieux défavorisés se sont entre autres exprimés sur les conditions associées au bien-être des tout-petits. Selon eux, ces dernières relèvent essentiellement de la famille. Ces hommes sont donc très conscients de leurs responsabilités et de leur pouvoir d'action à cet égard. Ce constat, bien que positif, questionne cependant les interventions actuelles visant la promotion de la santé mentale. En plus de chercher à appuyer le mieux possible des familles dans cette fonction, nous devons mettre en place des stratégies qui permettront de passer d'une responsabilisation individuelle, très présente dans le discours des pères rencontrés, à une responsabilisation collective.

## BIBLIOGRAPHIE

- Bailey, W.T. (1990). « Fathers' Involvement in Their Children's Healthcare », *Journal of Genetic Psychology*, 152(3), p. 289-295.
- Bolté, C. (1994). « L'évolution du sentiment de compétence parentale chez les nouveaux parents d'enfants nés prématurés », Mémoire de maîtrise non publié, Québec, Université Laval.
- Bush, P.J. et R.J. Iannotti (1988). « Origins and Stability of Children's Health Beliefs Relative to Medicine Use », *Social Science and Medicine*, 27, p. 345-352.
- Cabrera, N.J. et H.E. Peters (2000). « Public Policies and Father Involvement », *Marriage and Family Review*, 29(2-3), p. 295-314.
- Comité de la santé mentale du Québec (1994). *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*, Sainte-Foy, Publications du Québec.

- Cresson, G. et A. Pitrou (1991). « The Role of the Family in Creating and Maintaining Healthy Lifestyles », dans B. Badura et I. Kickbusch (dir.), *Health Promotion Research. Towards a New Social Epidemiology*, Angleterre, World Health Organization, p. 213-227.
- Deslauriers, J.P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*, Montréal, Théma.
- Dufour, S. (2001). *La santé mentale des enfants de milieux défavorisés. Conceptions, pratiques et profils de pères*, Thèse de doctorat non publiée, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Dufour, S., C. Bolté, J. Bégin, D. Paquette et C. Bouchard (1998). *The "Montreal Father Involvement Questionnaire": Development and Preliminary Psychometric Properties*, Communication interactive par affiche présentée au XV<sup>e</sup> congrès de l'International Society for the Study of Behavioural Development (ISSBD), Berne, juillet 1998.
- Gibaud-Wallston, J.A. (1977). *Self-Esteem and Situational Stress : Factors Related to the Sense of Competence*, dans *New Parents*, Thèse de doctorat non publiée, Georges Peabody College of Teachers, University of Rhode Island.
- Gochman, D.S. (1988). *Health Behavior. Emerging Research Perspectives*, New York, Plenum.
- Gochman, D.S. (1992). « Health Cognitions in Families », dans T.J. Akamatsu, M.A. Parris Stephens, S.E. Hobfoll et J.H. Crowther (dir.), *Family Health Psychology*, Washington, Hemisphere, p. 1-15.
- Graham, H. (1984). *Women, Health and the Family*, Guildford, Harvester.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de soi*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- Lamb, M.E. (2000). « The History of Research on Father Involvement : An Overview », *Marriage & Family Review*, 29(2-3), p. 23-42.
- Maccoby, E.E. (1992). « The Role of Parents in the Socialization of Children : An Historical Review », *Developmental Psychology*, 28(6), p. 1006-1017.
- Marsiglio, W. et M. Cohan (2000). « Contextualizing Father Involvement and Paternal Influence : Sociological and Qualitative Themes », *Marriage & Family Review*, 29(2-3), p. 75-95.
- Marsiglio, W., R.D. Day et M.E. Lamb (2000). « Exploring Fatherhood Diversity : Implications for Conceptualizing Father Involvement », *Marriage & Family Review*, 29(2-3), p. 269-293.
- Massé, R. (1991). « La conception populaire de la compétence parentale », *Apprentissage et Socialisation*, 14(4), p. 279-290.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- Mechanic, D. (1980). « Education, Parental Interest, and Health Perceptions and Behavior », *Inquiry*, 17, p. 331-338.
- Miles, M.B. et A.M. Huberman (1994). *Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook* (2<sup>e</sup> éd.), Thousand Oaks, Sage.

- Murphey, D.A. (1992). « Review. Constructing the Child : Relations Between Parents' Beliefs and Child Outcomes », *Developmental Review*, 12, p. 199-232.
- Parke, R.D. (2000). « Father Involvement: A Developmental Psychological Perspective », *Marriage & Family Review*, 29(2-3), p. 43-58.
- Patton, M.Q. (1980). *Qualitative Evaluation Methods*, Beverly Hills, Sage.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2<sup>e</sup> éd.), Newbury Park, Sage.
- Peters, R.V. et R.J. McMahon (1988). « Converging Models of Family Functioning », dans R. Peters et R.J. McMahon (dir.), *Social Learning and Systems Approaches to Marriage and the Family*, New York, Brunner/Mazel, p. 3-14.
- Phipps, S.A. (1991). « Family Systems Functioning, Family Health Roles, and Utilization of Physical Health Services », *Lifestyles: Family and Economic Issues*, 12(1), p. 23-41.
- Powell, D.R. (1993). « Supporting Parent-Child Relationships in the Early Years : Lessons Learned and Yet to Be Learned », dans T.H. Brubaker (dir.), *Family Relations. Challenges for the Future*, Newbury Park, Sage, p. 79-97.
- Pratt, L. (1976). *Family Structure and Effective Health Behavior: The Energized Family*, Boston, Houghton Mifflin.
- Robert, M. (1988). *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, Saint-Hyacinthe, Edisem.
- Sigel, I.E. (1992). « The Belief-Behavior Connection : A Resolvable Dilemma ? », dans I.E. Sigel, A.V. McGillicuddy-De Lisi et J.J. Goodnow (dir.), *Parental Belief Systems. The Psychological Consequences for Children*, 2<sup>e</sup> éd., p. 433-456.
- Tinsley, B.J. (1992). « Multiple Influences on the Acquisition and Socialization of Children's Health Attitudes and Behavior : An Integrative Review », *Child Development*, 63, p. 1043-1069.
- Turcotte, G., D. Dubeau, C. Bolté et D. Paquette (2001). « Pourquoi certains pères sont-ils plus engagés que d'autres auprès de leurs enfants ? Une revue des déterminants de l'engagement paternel », *Revue canadienne de psycho-éducation*, 30(1), p. 65-91.