LEL
Livres en ligne du CRIRES

4 Familles en difficultés et résilience

CRIRES
Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire

Table des matières

Introduction
Anouchka Hamelin 413

Les résultats de l'étude sur la résilience auprès de 33 femmes victimes d'inceste
Danièle Lapointe et Yann Le Bossé 414

La résilience chez les enfants âgés d'un à dix-huit ans victimes de négligence, d'abus physiques et sexuels
Caroline Perron et Eve-Line Bussières 422

Neurotraumatisme à l'adolescence et processus de résilience
Jérôme Gauvin-Lepage, Hélène Lefebvre et Denise Malo 428

Renforcer les facteurs de protection et soutenir l'adaptation à un évènement stressant périnatal : les pleurs
Delphine Barbe Coulon et Carl Lacharité 439

Stimulating resilience and health through psychotherapy for early family traumas
Diana Lucia Vasile 447

Good professional practices to promote family resilience
Nuria Fuentes-Peláez, Crescencia Pastor Vicente, María Cruz Molina, Daniela Cojocaru, Maribel Mateo, Anna Ciurana et Noelia Vázquez 455

Modalités d'élaboration d'un programme de résilience assistée auprès de professionnels de la protection de l'enfance
Anne Zabern et Evelyne Bouteyre 464

Pratiques novatrices pour favoriser la résilience de jeunes enfants issus de milieux défavorisés
Colette Jourdan-Ionescu et Francine Julien-Gauthier 472

La négligence parentale : cultures professionnelles et formation réflexive dans les services pour la protection à l'enfance
Ombretta Zanon, Marco Ius, Diego Di Masi et Paola Milani 481

RPM-Android: New Results with a Tablet Application to Foster Resilience with Vulnerable Families
Marco Ius, Carlo Fantozzi, Gian Maria Parigi Bini, Edoardo Degli Innocenti, Eduard Vaquero Tiò et Paola Milani 491

Promoting resilience in vulnerable families through Positive Parenting: "Learning together, growing as a family"
Nuria Fuentes-Peláez, P. Amorós et A. Mateos 506

L'implantation du programme P.I.P.P.I. (Programme d'intervention pour prévenir l'institutionnalisation de l'enfant) en Italie : méthode d'intervention et résultats de recherche
Francesca Santello 515

« Marcher en famille » Programme de compétences parentales dans le cadre d'un processus d'accueil et de réunification familiale
M. Ángeles Balsells Bailón, Crescencia Pastor Vicente et Eduard Vaquero Tió 529

Family leisure as an element of resilience and a strength in families involved with the Child Welfare System
M. Ángeles Balsells Bailón et Alicia Navajas 542

Partie 4 : Familles en difficultés et résilience

Introduction

L'étude de la résilience familiale constitue un domaine en développement. Bien que complexe par les multiples interactions entre les facteurs déterminants la résilience de la famille et de ses membres face à l'adversité, la résilience familiale constitue un domaine d'étude scientifique impliquant nécessairement une portée clinique déterminante qui nécessite une vision écosystémique. Dans cette partie, un total de 47 auteurs propose 14 textes abordant deux principaux thèmes autour de la résilience familiale: l'adversité durant l'enfance et les pratiques professionnelles auprès des familles en situation de vulnérabilité. Ces textes proviennent du Canada (n=6), de l'Espagne (n=4), de l'Italie (n=3) et de la Roumanie (n=1).

Les trois premiers textes s'articulent autour de la résilience face à des situations mettant à risque le développement psychologique de l'enfant. Que ce soit la présence d'événements stressants entourant l'enfance (Lapointe & Le Bossé; Perron & Bussière) ou l'adolescence (Gauvin-Lepage, Lefebvre & Malo), les caractéristiques de ces populations et leur processus d'adaptation sont exposés.

Les principes et fondements associés au cadre thérapeutique maximisant le développement de capacités associées à la résilience sont abordés au sein de trois textes (Coulon, Barbe & Lacharité; Vasile; Fuentes-Pelàez, Pastor Vicente, Molina Garuz, Cojucaru, Mateo, Ciurana & Vazquez; Zabern & Bouteyre).

Des moyens et programmes d'intervention auprès de familles vulnérables sont abordés par les autres textes (Jourdan-Ionescu & Julien-Gauthier; Zanon, Ius, Serbati, Di Masi & Milani; Ius, Fantozzi, Parigi-Bini, Degli-Innocenti, Vaquero Tio & Milani; Fuentes-Peláez, Amoros & Mateos; Milani, Serbati, Colombini, Ius, Zanon, Sitá & Santello; Balsells Bailon, Pastor Vicente & Vaquero Tio; Balsells Bailon & Navajas).

Anouchka Hamelin

Les résultats de l'étude sur la résilience auprès de 33 femmes victimes d'inceste

Danièle Lapointe
Département des fondements et pratiques en éducation
Université Laval, Canada
Tél. : +1 (418) 682-6605
lap.dan@vl.videotron.ca

Yann Le Bossé
Département des fondements et pratiques en éducation
Université Laval, Canada
Tél. : +1(418) 656-2131 poste 6617
Yann.LeBosse@fse.ulaval.ca

Résumé

Ce projet doctoral porte sur l'étude de la résilience dans des cas d'incestes. Il comporte deux volets. Le premier consiste à identifier deux profils, soit le profil « PICT », qui réfère aux participantes ayant présenté des impacts cliniques, et le profil « PEPR », qui fait référence aux participantes engagées dans un processus de résilience. Le deuxième volet consiste en l'opérationnalisation des deux profils selon trois des principaux indicateurs théoriquement associés à la résilience dans le contexte d'une relation incestueuse: 1) des stratégies de coping; 2) un lien d'attachement; 3) la capacité de mentalisation.

Mots-clés : Inceste, résilience, mentalisation

Results of resilience study with 33 women who have been victims of incest

Abstract

This doctoral project comprised of two parts, focuses on the study of resilience in cases of incest. The first is to identify two profiles, the "PICT" profile, which refers to participants with clinical impacts, and the "PEPR" profile, which refers to participants engaged in a resilience process. The second component consists of the operationalization of the two profiles according to three of the main indicators theoretically associated with resilience in the context of an incestuous relationship: 1) coping strategies; 2) an attachment link; 3) mentalization ability.

Keywords: Incest, resilience, mentalization

1. Contexte théorique

1.1 Esquisse du phénomène de l'inceste

Comme le démontre l'ensemble des études, l'enfance et l'adolescence sont les deux périodes les plus propices aux abus sexuels. Parmi les études récentes dans ce domaine, l'analyse statistique Canadienne de 2012 portant sur les infractions sexuelles commises à l'égard des enfants (Cotter, & Beaupré, 2014) indique que 55 % des abus sexuels déclarés sont commis avant l'âge de 18 ans. De ce taux, 38 % sont des abus intrafamiliaux, 44 % sont commis par une connaissance, et seulement 12 % par des étrangers. De tous les cas d'abus sexuel, 81% des victimes sont des filles. Les jeunes enfants âgés de 0 à 11 ans sont plus susceptibles d'être abusés par un membre de la famille que ceux de 12 à 17 ans. Les recherches visant à identifier l'impact de l'abus sexuel démontrent que les conséquences sont plus intenses et souvent permanentes lorsque l'abus sexuel est commis par le père ou par un substitut parental (Tardif, Fernet, Proulx-Boucher, & Parent, 2007). Dans cette optique, l'enfant est pris dans un dilemme, car l'abuseur est à la fois une personne significative et l'abuseur. Il n'est pas étonnant de constater qu'une des conséquences majeures de l'inceste est l'abus de confiance. En somme, qu'il soit commis par un parent ou par un substitut parental, l'inceste constitue un traumatisme particulier, car en plus de vivre des expériences inappropriées, l'enfant ou l'adolescent subit une perte, celle du parent. La véritable perte n'est pas celle de la personne elle-même, mais plutôt des liens de la relation que l'enfant entretenait avec cette personne. D'après Tardif *et al*. (2007) les recherches devraient considérer cet aspect, car il permet de créer une articulation entre les différents statuts représentatifs d'un lien affectif autre qu'avec un membre de la famille, comme avec un substitut parental ou un confident de l'enfant. Le pouvoir traumatique de l'inceste résiderait également dans le secret. Par la complicité qu'il instaure, le secret tisse un lien puissant entre l'adulte et l'enfant, et ce, malgré le climat de terreur dans lequel peut vivre l'enfant. Enfin, l'inceste est un phénomène reconnu pour la gravité des conséquences qu'il entraîne à court, à moyen et à long terme. Parmi celles-ci, les répercussions les plus observées sont des problèmes de dépression majeure, de faible estime de soi, d'impuissance, de stigmatisation, de revictimisation, de troubles alimentaires, d'abus d'alcool et de drogues et de tentatives de suicide, ainsi que de transmission intergénérationnelle (Baril, Tourigny, & Cyr, 2008).

1.2 Le phénomène de la résilience

Or, depuis une trentaine d'années, ces conclusions sont soumises à débat. Alors qu'on sait que les effets nocifs de l'inceste perdurent bien après l'expérience traumatisante, on constate que les personnes dites « résilientes » ne présentent pas ou peu d'effets délétères consécutifs à l'inceste. La présence de plus en plus documentée (Luthar, 2006 ; Masten, & Wright, 2009) des parcours de résilience suggère clairement que certains traumatismes de l'enfance ne sont peut-être pas aussi irréversiblement dévastateurs qu'on le pensait. Ainsi, des études ont mis en évidence la possibilité que les victimes d'abus sexuel en général (Bonnano, 2004), et d'inceste en particulier (Brunod, Angèle, Cazenave, & Raso, 2002), se rétablissent. Toutefois, selon Cyrulnik (1999), spécialiste de

ce concept, la résilience ne devrait pas être considérée comme un pouvoir absolu et stable dans le temps. Par exemple, l'étude de DuMont, Widom et Czaja (2007) montre que, parmi les enfants victimes d'abus physiques et sexuels et de négligence durant l'enfance, 48% étaient résilients à l'adolescence et de ce taux 24% le demeuraient à l'âge adulte. En réalité, toute victime est, tôt ou tard, susceptible de subir des conséquences traumatisantes suite à l'abus, car le passage du temps n'allège en rien le poids du traumatisme vécu par l'enfant et/ou l'adolescent. Bien qu'il n'existe pas de définition universelle de la résilience (Hamelin, & Jourdan-Ionescu, 2011), il est possible de la définir comme un ensemble d'aptitudes comportementales, telles des stratégies d'adaptation qu'on peut observer durant ou après un événement (Masten, & Wright, 2009). C'est aussi une capacité de se construire, de vivre et de faire des projets d'avenir, malgré les événements traumatisants auxquels l'individu est confronté (Manciaux, & Tomkiewicz, 2000). À ce sujet, la littérature est abondamment documentée. Pensons, entre autres, à l'étude longitudinale d'une durée de trente ans de Werner (1989) menée auprès de 698 enfants vivant dans des milieux défavorisés dans les îles de Kauai à Hawaï qui indique que malgré des conditions les prédisposant à des dysfonctions d'apprentissage psychologiques et psychosociales, un tiers de ces enfants ont su « rebondir » et ce, sans aucune intervention thérapeutique. Enfin, être résilient, c'est avoir la capacité d'intégrer les cicatrices traumatiques et de poursuivre sa croissance personnelle. L'analyse de l'ensemble des études amène donc à constater que la résilience est un phénomène d'interdépendance complexe entre des facteurs de protection individuels et interindividuels (Masten & Wright, 2009). Plus précisément, elle s'inscrit dans une intersubjectivité (Delage, 2004) qui implique une personne et son environnement constitué d'un événement et d'un trauma. Dans les cas d'inceste, cette intersubjectivité a une valeur pathogène, car non seulement le parent abuseur ne soutient pas son enfant, mais il est celui-là même qui le traumatise. Dans un tel contexte, il n'est pas rare de constater qu'à court terme, les effets négatifs de l'inceste sont plus ou moins perceptibles, et plus persistants à long terme (De Becker, 2009). Dès lors, une question se pose : comment expliquer l'existence d'une telle résilience, alors que la majorité des études démontre que l'inceste est porteur de traumatismes ?

2. Méthodologie

2.1 Les objectifs de la recherche

Afin de répondre à cette question, cette étude tente d'explorer plus en profondeur les éventuelles modalités du processus de la résilience lorsqu'elles se manifestent chez des personnes ayant subi un inceste. En effet, même si les études démontrent que certaines personnes ayant été victimes d'inceste parviennent à se protéger des séquelles qui y sont habituellement rattachées, ce phénomène reste encore grandement à documenter. Ainsi, l'objectif général de la présente recherche est de procéder à une analyse comparative du construit de la résilience entre deux groupes de personnes qui, tout en ayant en commun le fait d'avoir vécu une relation incestueuse, se distinguent sur le plan du tableau clinique. La démarche proposée se déroule en deux étapes. La première étape consiste à constituer les deux profils qu'on souhaite comparer, soit le profil correspondant aux participantes manifestant des impacts cliniques traditionnels (PICT) et le profil

décrivant les participantes engagées dans un processus de résilience (PEPR). La deuxième étape propose une comparaison des deux profils selon trois des indicateurs théoriquement associés à la résilience en cas d'inceste : 1) les stratégies de coping ; 2) un lien d'attachement créé dans la relation avec la mère; 3) la capacité de mentalisation.

2.2 Les participantes

Des trente-trois répondantes ayant participé à l'étude, 23 ont été abusées par leur père et 10 par leur beau-père. Leur âge au moment de leur participation varie entre 21 ans et 65 ans (M = 40,2, ÉT = 12,05). Elles ont en moyenne 1,4 enfants (ÉT = 1,29). La moyenne du niveau de scolarité est de 15,12 ans (ÉT = 1,29). La moyenne de l'âge du début et de la fin de l'abus se situe respectivement de 7,5 ans à 13,6 ans et la durée moyenne de l'abus est de 5,75 ans (ÉT = 3,24). Les types d'abus subis par les répondantes à l'étude se distribuent comme suit : attouchements sexuels avec les mains, la bouche ou autres (32); propositions verbales (14); obligation de regarder des scènes sexuelles ou des scènes d'abus sexuels (11); voyeurisme et/ou exhibitionnisme (12); relations complètes (5); viol (4).

2.3 Classification des deux profils

La classification des participantes manifestant les impacts cliniques traditionnels « PICT » et des participantes engagées dans un processus de résilience « PEPR » a été effectuée d'après la stratégie de la combinaison des données. La première étape a consisté à compiler les données dérivant des inventaires auto-administrés et à comparer les données provenant de la grille d'analyse des questions semi-ouvertes évaluée par un comité inter-juges. La deuxième a reposé sur la combinaison de l'ensemble de ces compilations. Les critères retenus pour le profil PEPR sont l'affranchissement des symptômes, la potection des enfants d'un risque d'abus sexuel, l'attribution externe de l'abus et la capacité de donner un ens à l'expérience incestueuse. Les résultats de cette première partie méthodologique élaborée pour la constitution des profils sont de 64 % (21 des répondantes) pour le profil PICT et de 36 % (12 des répondantes) pour le profil PEPR.

2.4 La mentalisation : une des hypothèses de la recherche

Le deuxième volet a consisté à comparer les deux profils des répondantes (PICTet PEPR) à l'aide de scores de stratégies de coping, de scores d'attachement et de scores de mentalisation. Rappelons que le terme « coping » fait référence à un ensemble de stratégies cognitives, comportementales et affectives qu'un individu utilise pour faire face aux situations; que le lien d'attachement réfère aux premières expériences relationnelles avec la figure d'attachement et que celles-ci construisent des « modèles opérationnels internes » du soi de l'enfant; que la mentalisation renvoie à un mécanisme de défense fonctionnel du développement précoce. Toutefois, à des fins d'analyse succincte, seule la variable de la mentalisation sera présentée.

Pour évaluer la mentalisation, la Mental States Task (MST) de Beaulieu-Pelletier (2012) a été retenue. Ce nouvel instrument de mesure permet d'évaluer les états mentaux de la personne à partir de la troisième planche du Thematic Apperception Test (3B TAT). Dans un premier temps, l'examinateur présente une planche et demande à la personne d'écrire une histoire se référant à ce qu'elle voit. Puis, il lui demande de répondre aux vingt-quatre questions évaluant les états mentaux durant la tâche. L'inventaire comprend six catégories d'états mentaux : 1- le mode de pensée concrète (CONC) correspond à peu de mentalisation, on n'y perçoit aucun contenu émotionnel complexe ; 2- le mode défensif de bas niveau (DB) réfère à des mécanismes de défense immatures, tels que le clivage et les distorsions cognitives offrant une protection contre le débordement émotionnel ; 3- le mode défensif de niveau intermédiaire (DI) : ici l'utilisation du déni, du désaveu, de l'amoindrissement et de la distorsion permettent de se protéger des représentations activées par les contenus ; 4- le mode objectif-rationnel (OBR) concourt à une amorce d'élaboration mentale : les représentations sont activées, mais à la troisième personne, permettant ainsi une distanciation ; 5- le mode défensif de haut niveau (DH) implique un début d'élaboration face à l'expérience subjective, suivi de l'élaboration de stratégies cognitives plus adéquates ; 6- le mode de la pensée réflexive (REF) correspond à la reconnaissance de son expérience subjective et de celle d'autrui, c'est le niveau le plus mature, qui implique une métacognition. La correction de la MST peut se faire selon deux possibilités : selon le résultat de chaque état mental ou selon le score total des six états mentaux. Dans cette étude, les deux aspects ont été pris en compte. Toutefois, les résultats subséquents réfèrent à la deuxième modalité. Ainsi, les répondantes classées dans le profil « PEPR » devraient présenter un mode réflexif correspondant à un score supérieur à celui du profil « PICT ».

3. Les résultats quantitatifs

Pour vérifier cette hypothèse, deux stratégies ont été utilisées. La première a été de comparer les deux groupes (PICT et PEPR) à l'aide d'une analyse de régression logistique dichotomique. L'intérêt principal de recourir à ce type de méthode est de vérifier la présence ou l'absence de différences entre les deux groupes. Les premiers résultats obtenus avec la régression logistique dichotomique montrent qu'il n'existe pas de liens significatifs dans la mentalisation entre les répondantes des profils PICT et PEPR. La deuxième stratégie a consisté à reprendre chacune des variables associées aux hypothèses, en les analysant avec chacune des variables sociodémographiques. Il en ressort des différences significatives entre la variable dépendante du groupe « PEPR » et celle du groupe « PICT » pour la variable de la mentalisation, soit le facteur « niveau de pensée intermédiaire ». Les répondantes du groupe « PEPR » ont un mode réflexif significativement plus élevé que dans le profil « PICT ». On fait également, dans cette deuxième analyse, une observation inattendue : il existe une différence significative entre la variable dépendante du groupe « PICT » et celle du groupe « PEPR » pour la variable sociodémographique, soit le facteur « âge du début/fin de l'abus ». Ainsi, le groupe « PEPR » est significativement plus élevé durant la période pubère que le groupe « PICT ».

4. Discussion

L'objectif de cette étude était d'analyser la résilience auprès d'un groupe de répondantes victimes d'inceste. Considérant ce qui précède, des pistes de compréhension sont avancées. Les premiers résultats pour établir les deux groupes sont comparables à ceux trouvés dans la littérature sur la résilience, soit un tiers de résilientes et deux-tiers de non résilientes (Werner, 1989). Par ailleurs, les résultats du volet quantitatif de la deuxième étude indiquent, dans un premier temps, une absence de liens statistiquement significatifs entre le groupe résilient (PEPR) et celui des non résilients (PICT). Ces résultats sont à interpréter en considérant les limites méthodologiques de l'étude; en effet, ils peuvent s'expliquer par la petite taille de l'échantillon. De plus, les variables utilisées sont des variables continues et elles ont été analysées en tant que variables catégorielles. On peut également supposer qu'étant quantitatives, les variables employées ne ciblent pas étroitement les différences entre les deux groupes. D'ailleurs, en ajoutant les variables sociodémographiques, on constate une différence significative dans le mode de pensée réflexif de niveau intermédiaire (DI). Les analyses montrent également une différence significative entre l'âge du début et de la fin de l'abus. Sur le plan de la recherche, cette deuxième donnée statistique est importante, car elle renvoie aux études portant sur la période de latence qui montrent qu'à cette période, l'enfant n'a pas acquis une maturité psychique (Tovmassian, 2014). En fait, ce résultat indique que les études portant sur la résilience et l'abus sexuel devraient désormais prendre en considération le niveau de développement durant la période de l'abus. Pour terminer, le construit du MTS a été fait auprès d'étudiants universitaires et, selon Beaulieu Pelletier (2012, p.156), ceux-ci présentent un « fonctionnement réflexif de plus haut niveau », ce qui peut apporter une limite aux résultats de la présente recherche.

Pour conclure, les objectifs de cette recherche ont été partiellement atteints. Dans un premier temps, il s'agissait d'étudier la résilience auprès de personnes ayant vécu l'inceste durant l'enfance et/ou à l'adolescence. Si on tient compte des résultats de la première étude, nous avons pu établir deux profils, tel que proposé dans la problématique et en lien avec la littérature sur la résilience. Puis, malgré que les premiers résultats n'aient pas présenté de liens significatifs, à l'ajout des données sociodémographiques aux résultats quantitatifs, il a été possible d'observer une différence significative entre les deux groupes. À ceux-ci s'est ajoutée une nouvelle donnée, soit la différence entre les deux profils se rapportant à la période de l'abus. Enfin, pour enrichir la présente recherche, un volet qualitatif est en cours.

Références

Baril, K., Tourigny, M., & Cyr, M. (2008). Le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle des enfants : proposition d'un modèle explicatif. *Journal international de victimologie*, *6*(2), 79-94.

Beaulieu-Pelletier, G. (2012). *Vers un approfondissement de l'évaluation des états mentaux : exploration de leurs propriétés et répercussions* (Thèse de doctorat). Université de Montréal.

Bonanno (2004). Loss, trauma, and human resilience : Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adversive events ? *American Psychologist*, *59*(1), 20-28.

Brunod, R., Angèle, C. Cazenave, B., & Raso, H. (2002). Enquête catamnestique de 55 expertises judiciaires après viol incestueux. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, *50*(1), 41-48.

Cotter, A., & Beaupré, P. (2014). *Les infractions sexuelles commises contre les enfants et les jeunes déclarées par la police au Canada, 2012*, produit n° 85-002-X au catalogue n°34(1) de Statistique Canada, Ottawa Centre canadien de la statistique juridique. Récupéré de http://www.statcan.gc.ca, le 15 mai 2016.

Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris, France: Éditions Odile Jacob.

De Becker, E. (2009). Inceste et facteurs de résilience. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *167*(8), 597-603. doi:10.1016/j.amp.2008.05.019.

Delage, M. (2004). Résilience dans la famille et tuteurs de résilience. Qu'en fait le systématicien? *Thérapie familiale, médecine et hygiène*, *25*(3), 339-347.

DuMont, K. A., Widom, C. S., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up : The role of individual and neighbourhood caracteristics. *Child Abuse & Neglect*, *31*, 1-20.

Hamelin, A., & Jourdan-Ionescu, C. (2011). Les instruments d'évaluation du processus de résilience. *Revue Développement Humain, Handicap et Changement Social*, *19*(1), 75-84. Repéré à URI : http://www.ripph.qc.ca/revue/journal-19-01-2011.

Luthar S. S. (2006). La résilience chez les jeunes enfants et son impact sur leur développement psychosocial. Dans R.E. Tremblay, R.G. Barr, & R. de V. Peters (Éds). *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet] (pp. 1-6). Montréal : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. Disponible sur le site : http://www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/LutharFRxp.pdf. Page consultée le (15 septembre 2006).

Manciaux, M., & Tomkiewicz, S. (2000). La résilience aujourd'hui. Dans M. Gabel, F. Jesu, M. Manciau (dir.) *Bientraitance, mieux soigner professionnels et familles* (pp. 213-241). Paris : Fleurus.

Masten, A. S., & Wright, M. O'D. (2009). Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. In J.W. Reich, A.J. Zautra, & J.S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 213-237). New-York, NY: The Guilford Press.

Tardif, M., Fernet, M., Proulx-Boucher, K., & Parent, G (2007). Des hommes ayant été victimes d'agression sexuelles pendant l'enfance : la qualification affective du lien agresseur-victime. Dans M. Tardif (Éd.) *L'agression sexuelle: coopérer au-delà des frontières, Cifas 2005. Textes choisis* (pp. 401-433). Montréal, Canada: Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. Repéré à : http://www.cifas.ca/ et http://www.psychiatrieviolence.ca/

Tovmassian, L.T. (2014). Processus traumatique dans la période de latence, exil de la tendresse. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, *62*, 244-248.

Werner, E. (1989). High risk children in young adulthood : A longitidunal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, *59*, 72-81.

La résilience chez les enfants âgés d'un à dix-huit ans victimes de négligence, d'abus physiques et sexuels

Caroline Perron
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières, Canada
caroline.perron.1@ulaval.ca

Eve-Line Bussières
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières, Canada
Tél. : +1 (819) 376-5011, poste 3527
Eve-Line.Bussiere@uqtr.ca

Résumé

La négligence et les abus physiques et sexuels peuvent avoir une influence différente sur le développement des enfants. Une méta-analyse a été réalisée afin d'explorer l'association entre ces différentes formes d'abus et le développement socioémotionnel. Les résultats suggèrent une association modérée et significative entre la négligence et l'abus physique et le développement socioémotionnel. Ce résultat est modéré par l'informateur, la taille d'effet diminuant significativement lorsque les enfants répondent. Ainsi, ils ne perçoivent pas leur situation comme étant problématique et certains rapportent un développement socioémotionnel positif et supérieur aux enfants non maltraités, laissant croire qu'un processus de résilience peut être à l'œuvre.

Mots-clés : Maltraitance, développement socioémotionnel, résilience, revue systématique, méta-analyse

Resilience in children aged 1-18 who are victims of negligence, sexual and physical abuse

Abstract

Neglect, physical and sexual abuse can have a different influence on children's development. A meta-analysis was conducted to explore the association between these different forms of abuse and socioemotional development. The results suggest a moderate and significant association between neglect and physical abuse and socioemotional development. This result is moderated by the informant, the effect size decreasing significantly when the children respond. Thus, they

do not perceive their situation as problematic and some report positive and superior socio-emotional development to non-abused children, suggesting that a process of resilience may be at work.

Keywords: Maltreatment, socio-emotional development, resilience, systematic review, meta-analysis

1. Problématique

La négligence, l'abus physique et l'abus sexuel, trois sous-types d'abus qui se distinguent en raison de la nature du geste (Wekerle, & Wolfe, 2003, cités par Éthier, 2009; Laurendeau, 2012) et par les différentes caractéristiques individuelles et familiales des personnes touchées par l'une ou l'autre de ces problématiques (Allan, & Lefebvre, 2012a, 2012b; Lefebvre, 2012a, 2012b; Stith, Liu, Davies, Boykin, Alder, Harris, Som, Mcpherson, & Dees, 2009) peuvent avoir une influence différente sur le développement des enfants (Manly, Kim, Rogosh, & Cicchetti, 2001, cités par Éthier, & Milot, 2009). En effet, plusieurs auteurs sont d'avis que les abus physiques et sexuels, tout comme la négligence vécue par les enfants, peuvent influencer leur développement socioémotionnel (Bennett, Sullivan, & Lewis, 2010; Blanchard-Dallaire, & Hébert, 2014; Nadeau, Nolin, & Chartrand, 2013; Viezel, Lowell, Davis, & Castillo, 2014). Toutefois, on ignore à ce jour si ces différentes formes de maltraitance et les contextes qui leur sont propres sont associés à des difficultés de même ampleur chez les enfants exposés compte tenu des résultats contradictoires rapportés par certaines études. Une méta-analyse des écrits publiés durant les 45 dernières années a été réalisée afin d'explorer l'association entre les différentes formes d'abus (négligence, abus physique et abus sexuel) et le développement socioémotionnel d'enfants de 0 à 18 ans.

2. Méthodologie

Une revue systématique des écrits a été effectuée avant la réalisation de la méta-analyse. Afin de trouver des articles scientifiques, une recherche documentaire a été réalisée en utilisant les bases de données suivantes : Cinhal, Embase, Medline et PsycInfo. Concernant les études issues de la littérature grise, deux sites Internet ont été consultés, soit le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) et The Cochrane Library. De plus, les références des articles inclus et de ceux dont le thème s'apparentait à l'objet de recherche ont été consultées afin d'y trouver des études correspondant aux critères de recherche.

3. Résultats

La recherche documentaire, menée entre les mois d'avril 2014 et septembre 2015 a permis d'inclure 37 articles dans la méta-analyse. Les résultats suggèrent une association modérée et significative entre, d'une part la négligence ($d = -0,40$; $k = 19$) et l'abus physique ($d = -0,51$; $k = 31$) et, d'autre part, le développement socioémotionnel, mais une association faible et non significative pour les enfants victimes d'abus sexuels ($d = -0,23$; $k = 7$). Ce résultat est modéré par l'informateur, la taille d'effet diminuant significativement lorsqu'il s'agit de l'enfant (négligence : $d = -0,062$; $k = 8$ /abus physique : $d = -0,23$; $k = 18$) comparativement aux parents (négligence : $d = -0,537$; $k = 57$ /abus physique : $d = -0,78$; $k = 30$) et aux observateurs externes (négligence : $d = -0,382$; $k = 18$ /abus physique : $d = -0,59$; $k = 96$). Autrement dit, en dépit de l'adversité vécue, les enfants ne perçoivent pas leur situation comme étant problématique et certains rapportent même un développement socioémotionnel positif et supérieur aux enfants non maltraités, laissant croire qu'un processus de résilience peut être à l'œuvre. Le fait que la perception des

enfants, quant à leur situation, soit différente de celle des adultes qui les entourent pose un certain nombre de questions et ouvre la porte à des pistes d'intervention nouvelles.

4. Discussion

Parmi les 39 échantillons indépendants ayant été inclus dans les divers calculs méta-analytiques, certains d'entre eux ont démontré que les enfants victimes de négligence, d'abus physiques ou sexuels n'avaient pas un développement socioémotionnel moins optimal que les enfants non exposés à la maltraitance. Afifi et MacMillan (2011) mentionnent que certains enfants peuvent se développer adéquatement dans une sphère en particulier, mais avoir des difficultés de fonctionnement dans les autres domaines. De plus, certains facteurs de protection peuvent contribuer à optimiser le développement de l'enfant : une bonne estime de soi, un bon tempérament et de bonnes habiletés liées à la vie quotidienne (Cicchetti, & Rogosch, 1997; Martinez-Torteya, Bogat, Eye, & Levendosky, 2009; Schultz, Tharp-Taylor, Haviland, & Jaycox, 2009). Le soutien du parent non abuseur lors des évènements ou encore le fait de vivre dans un environnement stable sont des éléments qui peuvent aussi contribuer à la résilience des enfants maltraités (Afifi, & MacMillan, 2011; Folger, & Wright, 2013). En raison des gestes posés ou de son inaction, le parent est susceptible de créer un trauma chez son enfant. Ce dernier, ne pouvant compter sur sa figure parentale pour surmonter son traumatisme, peut se tourner vers d'autres membres de son entourage qui favoriseront son processus de résilience, comme un intervenant, une éducatrice du milieu de garde ou un professeur. Ces personnes pourraient avoir fourni, aux enfants victimes de négligence, d'abus physiques et sexuels, les outils nécessaires pour surmonter leurs difficultés et ainsi avoir un développement qui n'est pas moins optimal que ceux n'ayant pas été exposés à la maltraitance. Une autre piste permettant de mieux comprendre les résultats obtenus dans la synthèse des connaissances est que ces enfants, compte tenu de la relation qui les unit à leur parent, ont appris par eux-mêmes et ils ont développé leur autonomie. Par exemple, les enfants victimes de négligence, de par la nature du contexte dans lequel ils vivent, ont moins de contacts avec leur figure parentale. Afin de pouvoir survivre et obtenir une réponse à leurs besoins, ils ont pu mettre en place des stratégies. Ils ont pu apprendre à se débrouiller seuls et ils ont ainsi contribué à développer leur autonomie. Ces enfants peuvent donc avoir un développement socioémotionnel qui n'est pas moins optimal que ceux qui n'ont pas été exposés à la maltraitance. D'ailleurs, les résultats obtenus dans le cadre de ce projet montrent que les enfants victimes de négligence ont un meilleur développement socioémotionnel que les enfants victimes d'abus physiques. Il s'agit donc d'une hypothèse intéressante pouvant expliquer ce résultat.

Références

Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment : A review of protective factors. *Canadian Journal of Psychiatry*, *56*(5), 266-272.

Allan, K., & Lefebvre, R. (2012a). *Âge de la personne s'occupant de l'enfant selon les principaux mauvais traitements corroborés et le risque confirmé de futurs mauvais traitements*. Ottawa, Canada : Agence de la santé publique du Canada. Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance.

Allan, K., & Lefebvre, R. (2012b). *Source de revenus du ménage selon les principaux mauvais traitements corroborés et le risque de futurs mauvais traitements*. Ottawa, Canada: Agence de la santé publique du Canada. Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance.

Bennett, D. S., Sullivan, M. W., & Lewis, M. (2010). Neglected children, shame-proneness, and depressive symptoms. *Child Maltreatment*, *15*(4), 305-314.

Blanchard-Dallaire, C., & Hébert, M. (2014). Social relationships in sexually abused children : Self-reports and teachers evaluation. *Journal of Child Sexual Abuse*, *23*(3), 326-344.

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, *9*(4), 797-815.

Éthier, L. S. (2009). Évolution des enfants négligés et caractéristiques maternelles. *Santé, société et solidarité*, *1*, 51-59.

Éthier, L. S., & Milot, T. (2009). Effet de la durée, de l'âge d'exposition à la négligence parentale et de la comorbidité sur le développement socioémotionnel à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *57*(2), 136-145.

Folger, S. F., & Wright, M. O. D. (2013). Altering risk following child maltreatment : Family and friend support as protective factors. *Journal of Family Violence*, *28*(4), 325-337.

Laurendeau, R. (2012). Liens entre la maltraitance et les problèmes de comportement extériorisés : rôles des processus individuels et relationnels (Thèse de doctorat). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Canada.

Lefebvre, R. (2012a). *Âge et sexe des enfants selon les principaux mauvais traitements corroborés et le risque de futurs mauvais traitements*. Ottawa, Canada: Agence de la santé publique du Canada. Portail canadien de la recherche en protection de l'enfant.

Lefebvre, R. (2012b). *Problèmes de fonctionnement chez l'enfant selon les principaux mauvais traitements corroborés et le risque de futurs mauvais traitements*. Ottawa, Canada: Agence de la santé publique du Canada. Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance.

Martinez-Torteya, C., Bogat, G. A., Eye, A. V., & Levendosky, A. A. (2009). Resilience among children exposed to domestic violence: The role of risk and protective factors. *Child Development*, *80*(2), 562-577.

Nadeau, M.-E., Nolin, P., & Chartrand, C. (2013). Behavioral and emotional profiles of neglected children. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *6*(11), 11-24.

Schultz, D., Tharp-Taylor, S., Haviland, A., & Jaycox, L. (2009). The relationship between protective factors and outcomes for children investigated for maltreatment. *Child Abuse & Neglect : The International Journal*, *33*(10), 684-698.

Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., Mcpherson, M., & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment : A meta-analytic review of the literature. *Agression and Violent Behavior*, *14*(1), 13-29.

Viezel, K. D., Lowell, A., Davis, A. S., & Castillo, J. (2014). Differential profiles of adaptive behavior of maltreated children. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *6*(5), 574-579.

Neurotraumatisme à l'adolescence et processus de résilience

Jérôme Gauvin-Lepage
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal, Canada
Tél. : +1 (514) 343-6111, poste: 26340
jerome.gauvin-lepage@umontreal.ca

Hélène Lefebvre
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal, Canada
Tél. : +1 (514) 343-6111, poste: 3382
helene.lefebvre@umontreal.ca

Denise Malo
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal, Canada
denise.malo@umontreal.ca

Résumé

Par son caractère inattendu, l'avènement d'un neurotraumatisme chez l'adolescent vient fragiliser la dynamique familiale, contraignant celle-ci à modifier son projet de vie en s'investissant ensemble pour le reconstruire. Avec comme perspective disciplinaire le modèle humaniste des soins infirmiers, cette étude a pour but de mieux comprendre le processus de résilience familiale en contexte d'un traumatisme craniocérébral sévère à l'adolescence. Cette étude offre des avenues intéressantes quant à la mise en place de stratégies visant à soutenir une culture de résilience des familles dans des situations particulièrement difficiles de leur vie.

Mots-clés : Adolescence, résilience familiale, neurotraumatisme, étude de cas, perspective humaniste

Adolescent neuro traumatism and resilience process

Abstract

Through its unexpected nature, the advent of neuro trauma in the teenager weakens the family dynamics, forcing it to change its life project by investing together to rebuild. With a disciplinary perspective on the humanist model of nursing, this study aims to better understand the process

of family resilience in the context of severe traumatic brain injury during adolescence. This study offers interesting avenues for developing strategies to support a resilient culture of families in particularly difficult situations in their lives.

Keywords: Adolescence, family resilience, neurotraumatisme, case study, humanist perspective

1. Problématique

Il est reconnu qu'un problème de santé vécu par un membre d'une famille entraîne des répercussions multisystémiques sur celle-ci (Campbell, 2003). Ceci est d'autant plus important si l'on considère la période de l'adolescence, qui engendre généralement plusieurs bouleversements ou transitions spécifiques qui ajoutent au stress que vit la famille (Wright & Leahey, 2013). L'apparition progressive d'incapacités, de problèmes médicaux, sociaux et humains chez l'adolescent atteint d'un TCC sévère (DePalma, 2001; Taylor *et al*., 2002) peut ainsi perturber la dynamique de la famille durant de nombreuses années (Gauvin-Lepage & Lefebvre, 2010a; Lefebvre, Pelchat, Kalubi, & Michallet, 2002; Lefebvre, Pelchat, Swaine, Gélinas, & Levert, 2004; Pelchat & Lefebvre, 2004).

Il ressort d'expériences cliniques et de recherches récentes, menées auprès des familles dont un membre est atteint d'un traumatisme craniocérébral (TCC), que certaines d'entre elles démontrent une capacité à « rebondir » et à se transformer positivement malgré des évènements malheureux (Gauvin-Lepage & Lefebvre, 2010; Lefebvre & Levert, 2005; Lefebvre, Levert, & Gauvin-Lepage, 2010). Pour plusieurs auteurs, il s'agit de résilience (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Tusaie & Dyer, 2004). C'est ainsi que certains chercheurs tentent de comprendre, d'analyser et d'expliquer l'expérience des individus et des familles qui, au cours de leur existence, sont confrontés à des traumatismes. Certains auteurs, particulièrement en sciences humaines et sociales, associent davantage la résilience à un trait caractéristique inné chez un individu (Beardslee & Podorefsky, 1988; Block & Block, 1980; Rabkin, Remien, Katoff, & Williams, 1993), alors que pour d'autres, la résilience est un processus qui se modifie tout au long de la vie (Fine, 1991; Luthar *et al*., 2000) ou bien un résultat (Masten, 2001).

Le développement des connaissances dans le domaine de la résilience individuelle a précédé celui de la résilience familiale. Même si peu d'auteurs s'y sont spécifiquement intéressés, pour certains, la résilience familiale se rapporte soit à la capacité d'une famille à s'adapter aux stresseurs et à « rebondir » lorsqu'un évènement traumatisant survient (Delage, 2008; Hawley & DeHaan, 1996; Patterson, 2002; Rolland & Walsh, 2006), soit à la capacité d'une famille à répondre positivement à une situation défavorable (Simon, Murphy, & Smith, 2005), ou encore à la force avec laquelle une famille change sa dynamique pour résoudre les problèmes rencontrés (Lee *et al*., 2004).

Dans cette étude, le modèle humaniste des soins infirmiers (Girard & Cara, 2011) est utilisé comme perspective disciplinaire. Ce modèle met en relation les quatre concepts centraux généralement reconnus en sciences infirmières, soit la personne, l'environnement, la santé et le soin (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010), ainsi que deux concepts-clés, soit le caring et la compétence (Faculté des sciences infirmières, 2012). Il considère notamment que l'environnement dans lequel évoluent la personne et sa famille influencera leur expérience de santé et qu'ainsi, la création d'un environnement favorable à la santé est un but à atteindre. Ce modèle s'inscrit dans une perspective humaniste, au sein de laquelle l'expérience que vivent une

personne et sa famille, la signification qu'ils lui donneront ainsi que les relations qu'ils entretiendront et, finalement, le projet de vie qui en découlera, occupe une place prépondérante. C'est ainsi que le but de l'étude proposée est de mieux comprendre le processus de résilience familiale en contexte d'un neurotraumatisme à l'adolescence.

2. Méthodologie

Un devis de recherche d'étude de cas (Yin, 2014) a été réalisé auprès d'une adolescente présentant un TCC sévère et sa famille. Trois entrevues semi-structurées portant sur le processus de résilience de la famille ont été effectuées. Une analyse de contenu par thème a ensuite été menée afin d'identifier les thèmes intégrateurs.

3. Résultats

Un bref historique de la famille est présenté, puis les six thèmes ainsi que quatre sous-thèmes qui illustrent le processus de résilience de cette famille sont abordés. Dans le but de conserver la confidentialité, les noms sont fictifs.

3.1 La mère Diane et sa fille Lydia

Lydia revient de passer une semaine de vacances à New York en famille. Dès son retour à la maison, elle ressent le besoin de voir ses amies. « On décide d'aller dans un bar. On boit, on danse, on fait des conneries » (C-A, 14), affirme Lydia. La soirée tire à sa fin et Lydia, ainsi que deux de ses amies, acceptent de monter en voiture avec un jeune homme, dont elles ignorent tout. « Il a décidé de rouler à 120 km à l'heure sur un boulevard, avec plusieurs bières dans le corps et de la drogue » (C-A, 28), mentionne Lydia. C'est alors que, dans un tournant, il percute un arbre. « Je me suis cogné la tête. Et toutes les répercussions du traumatisme crânien étaient horribles » (C-A, 31), se souvient-elle. Lydia est transportée dans un centre hospitalier spécialisé en traumatologie où elle se réveille, un mois plus tard, avec le diagnostic de TCC sévère. « Je ne comprenais pas ce qui s'était passé » (C-A, 35), affirme Lydia. Après plusieurs mois en soins aigus et en réadaptation fonctionnelle intensive, Lydia confie : « J'y pense encore à tous les jours » (C-A, 42).

3.1.1 Thème 1 : Caractéristiques de la famille

Personnalité combative. Au niveau des caractéristiques de la famille, l'un des sous-thèmes abordés porte sur la personnalité combattive des membres de la famille. La force avec laquelle une famille fait face à une situation difficile, voire critique, se manifeste de différentes façons. Par exemple, la mère de Lydia raconte : « J'ai une forte capacité de résilience (…). Quand j'ai quelque chose de très difficile en avant de moi, j'essaie de trouver le positif de la chose et je me tourne l'esprit, puis je me dis : on a ça en avant de nous, on va essayer de trouver la solution avec qu'est-ce qu'on a » (C-P, 205). Elle poursuit sur cette capacité qu'elle a de ne pas anticiper l'avenir, ce qui, selon elle, est facilitant : « T'es rendue là, puis demain, ça va être une autre journée. Puis

après ça, la semaine prochaine, puis le mois suivant, ça va être autre chose. Il faut aller de l'avant, puis il faut passer en avant. C'est fini, en arrière, on avance » (C-P, 738). Elle ajoute : « Ce qui m'a aidée, c'est de la [adolescente] voir à chaque jour, il y avait toujours quelque chose qui bougeait (…). Je ne m'attendais à rien, à chaque jour, je vais voir ce qui se passe. Je vivais seulement dans les 24 heures, je vivais au jour le jour et je prenais chaque petite réussite. C'était gagnant. On était tous heureux » (C-P, 215). Lydia, quant à elle, tient ces propos, démontrant sa force de caractère : « Je vais en finir au plus sacrant [de la réadaptation] (…). Je ne peux pas marcher en ce moment, mais demain, oui ! » (C-A, 347). Elle avoue : « Je suis contente que mon orgueil ait pris le dessus, parce que c'est ça qui m'a fait continuer » (C-A, 501). « C'est une deuxième vie que j'ai eue. Une deuxième chance. Je trouve ça incroyable » (C-A, 694), conclut-elle.

***Croyances culturelles et spirituelles*.** Les croyances culturelles et spirituelles sont abordées par la famille. Certaines de celles-ci sont apparues comme étant facilitantes, en ce sens qu'elles contribuent à l'appropriation, par la famille, de cette nouvelle situation. Diana affirme : « J'en ai fait des prières, souvent, très souvent même » (C-P, 912).

***Présence d'espoir*.** Cette famille aborde, de façon tout à fait naturelle et souvent avec de vives émotions, la place prépondérante occupée par l'espoir dans leur processus de résilience. Diane affirme notamment : « L'espoir était toujours là » (C-P, 630).

***Conserver son sens de l'humour*.** Un dernier sous-thème identifié est, malgré la situation, de conserver son sens de l'humour. En effet, il semble avoir marqué positivement le cheminement de cette famille. À ce propos, Diane mentionne, par rapport à Lydia : « (…) son humour, elle gardait son humour, elle avait un humour » (C-P, 593). Notamment, Lydia affirme : « Je gardais mon sens de l'humour, ça, ça m'a beaucoup aidé, c'est le fait que j'ai toujours ri » (C-A, 602). Elle ajoute : « Mon accident, j'en riais, parce que c'était plus facile. C'était plus facile de passer par-dessus, puis de faire des blagues à propos de ça. Même si les gens étaient très mal à l'aise, moi, je trouvais ça drôle » (C-A, 999). Elle renchérit : « J'ai déjà lu quelque part : « l'humour montre la supériorité de l'homme face à ce qui lui arrive… », (…) ça m'a aidée, parce que les gens arrêtaient de me traiter comme une victime, arrêtaient de me traiter comme une handicapée qui avait besoin d'aide » (C-A, 1008).

3.1.2 Thème 2 : Soutien des membres de la famille

La famille rencontrée est unanime et énonce l'importance d'un soutien provenant des membres de leur famille dans cette situation difficile. Diane mentionne : « Je pense que le fait d'avoir eu les gens de la famille, ça, je pense que c'est ça qui fait toute la différence » (C-P, 279). Lydia témoigne : « Mes parents ont été présents pour moi (…), je ne serais pas comme je suis aujourd'hui sans eux, sans leur aide, je pense que c'est ça qui a fait la différence » (C-A, 62). »

3.1.3 Thème 3 : Soutien des amis

La famille exprime non seulement l'importance de la famille immédiate durant cette période, mais souligne également l'impact favorable du soutien des amis. Diane verbalise sur son expérience : « J'ai un grand ami qui est médecin, alors on se parlait à tous les jours (…). Il m'a aidée à me calmer. Ça, ça a été un soutien tout à fait extraordinaire, parce que ça nous donnait de l'énergie pour continuer » (C-P, 237). Lydia affirme que sans l'aide de ses amis, les difficultés auraient été encore plus présentes. « (…) sans, non plus, l'aide de mes proches et de mes amis » (C-A, 63), soutient-elle.

3.1.4 Thème 4 : Pratique de sports et de loisirs

La pratique d'un sport et de loisirs peut être bénéfique non seulement pour l'adolescent, mais également pour le parent. À ce sujet, Diane affirme : « On a un chalet à la campagne, c'était une thérapie pour nous. C'est incroyable comme ça fait du bien » (C-P, 510). Lydia interrogée mentionne les bienfaits de l'activité physique chez elle : « J'ai commencé à m'entrainer, ça m'aide beaucoup. Je me sens beaucoup mieux, je vois que c'est là que je me vois vraiment revivre » (C-A, 123). Les bienfaits de son entraînement se répercutent sur son quotidien. En effet, elle affirme : « Quand je me regarde aujourd'hui (…), je suis la personne la plus heureuse sur la Terre. Je suis tellement contente… » (C-A, 856).

3.1.5 Thème 5 : Soutien lors du retour à l'école

Pour cette famille, le retour à l'école semble être une étape importante puisqu'elle fait partie intégrante de la vie de Lydia. En effet, la façon dont le personnel et la direction de l'école interviendront et le soutien qu'ils pourront offrir sont autant d'éléments pouvant faciliter le processus de résilience de la famille. Sur ce thème, Diane assure que le soutien de l'école avait été essentiel lors du retour de son adolescente. « Elle voulait juste retourner à l'école (…). L'école lui a fait un horaire allégé et adapté pour son retour » (C-P, 532).

3.1.6 Thème 6 : Sentiment d'être utile auprès de l'adolescent

Cette famille mentionne enfin l'importance de se sentir utile auprès de Lydia. À cet effet, Diane témoigne : « Je disais aux infirmières : faites pas ça, moi, je vais le faire (…). Mon rôle [en est un] de soutien : soutien physique, psychique, d'accompagnement » (C-P, 686).

4. Discussion

Ces six thèmes et quatre sous-thèmes, issus des propos tenus par cette famille dont une adolescente est atteinte d'un TCC sévère, synthétisent les éléments du processus de résilience et sont jugés essentiels pour soutenir leur processus de résilience. En résumé, les résultats de la présente étude viennent confirmer les recherches existantes, alors que d'autres amènent une précision sur certains éléments ou une nouvelle contribution au développement des connaissances. D'abord, à l'instar des recherches publiées, elle réaffirme que la présence de

certaines caractéristiques d'une personnalité combattive chez les membres de la famille, telles que la détermination et la positivité (Mullin & Arce, 2008; Simpson & Jones, 2013; West, Usher, & Foster, 2011), ainsi que le soutien des membres de la famille et des amis (Cohen, Ferguson, Harms, Pooley, & Tomlinson, 2011; Greeff & du Toit, 2009; Greeff & Thiel, 2009; Greeff & Van der Merwe, 2004) ont un impact sur leur processus de résilience. En outre, cette étude vient préciser quelques points repérés dans les écrits en regard de l'influence des croyances culturelles et de la spiritualité (Jonker & Greeff, 2009; Wu, 2011), du sentiment d'être utile auprès de l'adolescent, ainsi que du rôle des professionnels de la santé dans le processus de résilience (Greeff, Vansteenwegen, & Herbiest, 2011; Klerk & Greeff, 2011). Enfin, elle apporte un éclairage nouveau sur l'influence positive de la présence de l'espoir (Simpson & Jones, 2013; West, Buettner, Stewart, Foster, & Usher, 2012), de conserver son sens de l'humour (Jourdan-Ionescu, 2010), de la pratique de sports et de loisirs et du soutien lors du retour à l'école (Ahlert & Greeff, 2012) sur le processus de résilience.

Références

Ahlert, I. A., & Greeff, A. P. (2012). Resilience factors associated with adaptation in families with deaf and hard of hearing children. *American Annals of the Deaf, 157*(4), 391-404.

Beardslee, W. R., & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: The development of a perspective. *American Journal of Orthopsychiatry, 59*(2), 266-278.

Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. Dans W. Collins (Éd.), *Minnesota Symposia on Child Psychology* (vol. 13, pp. 39-101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Campbell, T. L. (2003). The effectiveness of family interventions for physical disorders. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*(2), 263-281.

Cohen, L., Ferguson, C. A., Harms, C. A., Pooley, J., & Tomlinson, S. (2011). Family systems and mental health issues: A resilience approach. *Journal of Social Work Practice, 25*(1), 109-125.

Delage, M. (2008). *La résilience familiale.* Paris, France : Odile Jacob.

DePalma, J. A. (2001). Measuring quality of life of patients of traumatic brain injury. *Critical Care Nursing Quarterly, 23*(4), 42-51.

Faculté des sciences infirmières (2012). *La démarche de soins infirmiers humaniste-caring. Le modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM.* Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, Montréal.

Fine, S. B. (1991). Resilience and human adaptability: Who rises above adversity? *The American Journal of Occupational Therapy, 45*(6), 493-503.

Gauvin-Lepage, J., & Lefebvre, H. (2010). Social inclusion of persons with moderate head injuries: The points of view of adolescents with brain injuries, their parents and professionals. *Brain Injury, 24*(9), 1087-1097.

Girard, F., & Cara, C. (2011). *Modèle humaniste des soins infimiers – UdeM.* Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal.

Greeff, A. P., & du Toit, C. (2009). Resilience in remarried families. *American Journal of Family Therapy, 37*(2), 114-126.

Greeff, A. P., & Thiel, C. (2012). Resilience in families of husband with prostate cancer. *Rehabilitation Nursing, 37*(3), 97-104.

Greeff, A. P., & Van der Merwe, S. (2004). Variables associated with resilience in divorced families. *Social Indicators Research, 68*(1), 59-75.

Greeff, A. P., Vansteenwegen, A., & Herbiest, T. (2011). Indicators of family resilience after the death of a child. *Omega-Journal of Death and Dying, 63*(4), 343-358.

Hawley, D. R., & DeHaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process, 35*(3)*,* 283-298.

Jonker, L., & Greeff, A. P. (2009). Resilience factors in families living with people with mental illnesses. *Journal of Community Psychology, 37*(7), 859-873.

Jourdan-Ionescu, C. (2010). L'humour comme facteur de résilience pour les enfants à risque et leur famille. *Bulletin de psychologie*, *63*(6), 449-456.

Klerk, H., & Greeff, A. P. (2011). Resilience in parents of young adults with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 105*(7), 414- 424.

Lee, I., Lee, E. O., Kim, H. S., Park, Y. S., Song, M., & Park, Y. H. (2004). Concept development of family resilience: a study of Korean families with a chronically ill child. *Journal of Clinical Nursing, 13*(5)*,* 636-645.

Lefebvre, H., & Levert, M. J. (2005). Traumatisme craniocérébral, de la souffrance à la résilience. *Frontières, 17*(2), 77-85.

Lefebvre, H., Levert, M. J., & Gauvin-Lepage, J. (2010). Intervention Personnalisée d'Intégration Communautaire (IPIC) et résilience. *Frontières, 22*(1-2), 78-84.

Lefebvre, H., Pelchat, D., Kalubi, J. C., & Michallet, B. (2002). Expérience distinctive de parents, de professionnels et de médecins lors de l'annonce de la déficience motrice cérébrale. Dans S. Tétreault, P. Beaupré, J. C. Kalubi, & B. Michallet (Éds.), *Famille et situation de handicap. Comprendre pour mieux intervenir* (pp. 27-48). Sherbrooke, Canada: Éditions du CRP.

Lefebvre, H., Pelchat, D., Swaine, B., Gélinas, I., & Levert, M. J. (2004). Le traumatisme craniocérébral suite à un accident de la route : les mots des personnes, des familles, des médecins et des professionnels. *Recherche en soins infirmiers, 78*(1)*,* 14-34.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543-562.

Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*(3), 227-238.

Mullin, W. J., & Arce, M. (2008). Resilience of families living in poverty. *Journal of Family Social Work, 11*(4), 424-440.

Patterson, J. M. (2002). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology, 58*(3), 233-246.

Pelchat, D., & Lefebvre, H. (2004). *Apprendre ensemble. Le PRIFAM, programme d'intervention interdisciplinaire et familiale*. Montréal, Canada : Chenelière McGraw-Hill.

Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal, Canada : Chenelière éducation.

Rabkin, J. G., Remien, R., Katoff, L., & Williams, J. B. W. (1993). Resilience in adversity among long-term survivors of AIDS. *Hospital and Community Psychiatry, 44*(2), 162-167.

Rolland, J. S., & Walsh, F. (2006). Facilitating family resilience with childhood illness and disability. *Current Opinion in Pediatrics, 18*(2)*,* 527-238.

Simon, J. B., Murphy, J. J., & Smith, S. M. (2005). Understanding and fostering family resilience. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 13*(4), 427-436.

Simpson, G., & Jones, K. (2013). How important is resilience among family members supporting relatives with traumatic brain injury or spinal cord injury? *Clinical Rehabilitation, 27*(4), 367-377.

Taylor, H. G., Wade, S. L., Stancin, T., Yeates, K. O., Drotar, D., & Minich, N. (2002). A prospective study of short- and long-term outcomes after traumatic brain injury in children: Behavior and achievement. *Neuropsychology, 16*(1), 15- 27.

Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice, 18*(1), 3-8.

West, C., Buettner, P., Stewart, L., Foster, K., & Usher, K. (2012). Resilience in families with a member with chronic pain: a mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing, 21*(23-24), 3532-3545.

West, C., Usher, K., & Foster, K. (2011). Family resilience: Towards a new model of chronic pain management. *Collegian, 18*(1)*,* 3-10.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention* (6th ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis.

Wu, H. C. (2011). The protective effects of resilience and hope on quality of life of the families coping with the criminal traumatisation of one of its members. *Journal of Clinical Nursing, 20*(13-14), 1906-1915.

Yin, R. Y. (2014). *Case study research. Design and methods* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Renforcer les facteurs de protection et soutenir l'adaptation à un évènement stressant périnatal : les pleurs

Delphine Barbe Coulon
Département de psychologie concentration études familiales
Université du Québec à Trois-Rivières, Canada
Université des sciences appliquées de Suisse occidentale, Genève
Tél. : +33 6 63 90 83 75
Delphine.barbe@uqtr.ca

Carl Lacharité
Centre d'études interdisciplinaire sur le développement de l'enfant et la famille.
Université du Québec à Trois-Rivières, Canada
Tél. : +1 (819) 376-5011, poste 3560
Carl.lacharite@uqtr.ca

Résumé

La transition à la naissance ne se limite pas à une image sociétale de bonheur et de bien-être. Elle comprend des défis, des interrogations et des remises en question. Les pleurs du nouveau-né génèrent parfois du stress et les consultations sont fréquentes. L'objectif est de développer, avec les professionnels de santé, une intervention éco systémique auprès des familles orientées sur les ressources et les facteurs de protection. L'étude suit un devis mixte exploratoire séquentiel à dominante qualitative. L'expérimentation avec les familles d'un accompagnement basé sur les facteurs de protection a permis de proposer une intervention plus positive soutenant les habiletés parentales.

Mots-clés : Résilience assistée, protection, événements stressants, parentalité

Reinforcing the protective factors and supporting adaptation following a stressful, perinatal event: the cries

Abstract

The transition to birth is not limited to a societal image of happiness and well-being. It includes challenges, questions and reconsiderations. The crying of the newborn sometimes generates stress and consultations are frequent. The objective is to develop, with the help of health professionals, an eco-systemic intervention with the families oriented on the resources and the protective factors. The study follows a mixed exploratory sequential quote with a qualitative

focus. Experimentation with families of protective-factors based support has led to a more positive intervention that supports parenting skills.

Keywords: Assisted resilience, protection, stressful events, parenting

1. Contexte théorique

L'arrivée d'un enfant au sein de la famille est souvent idéalisée par la société par le biais des médias, des magazines... Devenir parent représente certains défis avec parfois des moments de vulnérabilité. En effet, la transition à la naissance est synonyme de changement pour tous les membres de la famille au niveau de l'identité personnelle, parentale et conjugale avec une réorganisation des tâches et des rôles de chacun (Meleis *et al*., 2000 ; Osborne, Berger & Magnuson, 2012). Le bébé réel arrive, différent de celui imaginé. Une adaptation est nécessaire pour chacun des membres du système familial à plusieurs niveaux : physique, psychologique et social. On constate alors une diminution du sentiment d'efficacité et du contrôle.

1.1 L'expérience parentale

Le recueil de l'expérience parentale est important dans l'accompagnement de la périnatalité. Les parents reçoivent beaucoup d'informations pendant la période du post-partum, informations qui sont parfois éloignées de leurs besoins. Ils souhaitent mieux comprendre leur enfant. La responsabilité fondamentale d'assurer la survie de l'enfant fait naître beaucoup de peurs et de questions. Les pleurs représentent un incident critique ou évènement stressant dans les premières semaines pour les familles (Razurel, 2010, DeMontigny & Lacharité, 2002). Les pères peuvent se sentir agacés, irrités, culpabilisés, inquiets, stressés, fatigués et parfois en colère face aux pleurs des nourrissons (Coulon, Agodor & André, 2015). Les mères ont besoin d'informations précises pour renforcer leur pouvoir de décision. L'espace, l'empathie, le non-jugement, la patience, la compréhension sont nécessaires pour poser des questions et acquérir une information précise satisfaisante. La valorisation des compétences maternelles ou parentales est un facteur favorisant le bien-être.

1.2 Intervention écosystémique basée sur la résilience assistée

Les facteurs de risque. L'approche traditionnelle en santé repose sur une culture basée sur les problèmes ou les risques. La prévention du risque « syndrome du bébé secoué » peut rendre mal à l'aise les professionnels. Elle est parfois vécue comme une injonction depuis les recommandations européennes émises par la Haute Autorité de Santé en 2011. Les pleurs des nourrissons sont un motif de consultation fréquent la première année (Kurth, 2010). Les professionnels avouent se sentir parfois démunis pour accompagner les familles en lien avec cet évènement stressant (Coulon, 2013). Les pleurs du bébé sont un élément déclencheur du syndrome du bébé secoué et représentent un risque d'épuisement parental voire de dépression (Radesky *et al*, 2013). Un programme peu onéreux, délivré par les professionnels de santé, peut réduire significativement le stress, l'épuisement et même le secouement du bébé (Fortin, 2011 ; Radesky *et al*, 2013). Doit-il prendre la direction de la culture du risque ou peut-il prendre une autre direction ? Les remarques normatives des soignants prônant une définition légitime de la parentalité et de la prévention peuvent déstabiliser et susciter un sentiment de « déficit de maitrise » et d'infantilisation réduisant l'autonomie de pensée et d'action (Camus & Oria, 2012). La priorité semble s'inscrire dans une logique de préservation de l'ordre, du connu ou de

« l'organisé ». Ces conduites directives augmentent la prévisibilité des conduites des parents, formatent et réduisent davantage les « possibles ».

Les facteurs de protection. La résilience assistée permet le dépistage des ressources existantes dans l'entourage de la personne, la mise sur pied de programmes de prévention en partenariat et la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention axée sur les forces (Ionescu, 2011). Elle favorise le développement des potentialités des personnes à risque. Au niveau des facteurs de protection individuel, des caractéristiques individuelles de communication permettent d'exprimer ses ressentis : reconnaître un vécu difficile (dimension affective) et se donner les moyens d'y faire face en exprimant ses besoins. Un sentiment de compétences ou d'auto-efficacité élevé permet de mieux faire face aux événements imprévus et stressants. Il influence la manière de penser, de ressentir, de se motiver et d'agir des parents (Salonen *et al*., 2014). Le sentiment de contrôle sur une situation avec une meilleure connaissance des besoins de l'enfant et de son développement permet d'avoir de l'espoir pour l'avenir. Donner un sens à l'expérience vécue, l'humour et l'optimisme permettent l'adaptation à travers le développement de stratégies. Dans la situation particulière de la transition à la parentalité, l'humour peut avoir un effet protecteur au plan individuel sur la gestion des émotions, le bien-être subjectif, le stress, l'adaptation au rôle parental vu comme un défi que sur le système familial avec une perception positive des responsabilités familiales (Baudouin & Ionescu, 2011). Au niveau des facteurs de protection familiaux, des relations familiales chaleureuses avec des valeurs à transmettre, à partager font partie du processus d'adaptation. La satisfaction conjugale et l'alliance parentale influencent le stress ressenti. Le soutien d'une personne proche permet l'adaptation et l'apprentissage de capacités de résolution de problèmes. Le rire, le partage de moments de plaisir ou de relaxation en famille ou avec un proche sont à renforcer. Le partenaire est le soutien social majeur pour les mères suivi de leur mère (Corrigan, Kwasky & Groh., 2015 ; Haga, Lynne, Slinning & Kraft, 2012). Quant aux facteurs de protection environnemental, l'environnement et un réseau de soutien social efficace sont aussi protecteurs. Le soutien des professionnels est également important.

Les pratiques d'aide participatives sont corrélées au sentiment de contrôle personnel. La responsabilité du problème ne peut être attribuée au parent et à ses caractéristiques individuelles. Le contexte est important dans les situations de stress, le manque de soutien social et de ressources (Lacharité *et al*., 2006). Les soins centrés sur la famille soutenant les ressources contribuent au bien-être de l'enfant et de la famille. Le processus d'empowerment, au lieu d'être axé sur les déficits des parents, tient compte principalement de leurs forces, droits et capacités (Dunst & Trivette, 1996). Un environnement positif encourage le partage des expériences et des sentiments (Haga *et al.*, 2012). Le rôle du soutien social, informatif, émotionnel, d'estime est primordial dans la prévention des dépressions postpartum et de l'anxiété (Corrigan *et al*., 2015 ; Hamelin Brabant *et al*., 2015 ; Capponi *et al.*, 2013).

L'objectif de la présente recherche est de planifier et évaluer une intervention écosystémique auprès des familles vulnérables ou non, orientée sur les besoins, les forces et les facteurs de protection, avec les professionnels.

2. Méthodologie

L'étude est conduite à l'aide de méthodes mixtes exploratoires séquentielles utilisées en évaluation de programme de santé (Pluye *et al*., 2009). En effet, le but est d'évaluer le programme collaboratif pour les professionnels de santé et d'avoir une meilleure compréhension de ce programme, de le planifier et de l'implanter. L'engagement dans une démarche de développement d'interventions de soins participatives et éco systémiques est facilité par ces méthodes. Le design QUAL mixte (QUAL/ Quan) permet d'intégrer plusieurs perspectives, le volet qualitatif étant dominant. Le volet quantitatif repose sur un pré et post-test à un intervalle de 6 mois minimum. Les participants, au nombre de 32, francophones sont tous d'origine française. Les groupes comportaient 6 à 8 participants pour permettre l'expression des personnes, primordiale dans une recherche participative. L'expérience professionnelle varie de quelques années à 28 ans avec un terrain d'activité actuel majoritairement situé dans le secteur extrahospitalier de la protection maternelle et infantile. Les données ont été collectées à l'aide de questionnaires pré et post intervention pour définir l'orientation des pratiques d'aide. Des entretiens semi-dirigés après intervention permettent de connaître la perception des professionnels sur l'impact sur la pratique incluant la satisfaction parentale. Un questionnaire sociodémographique a également été rempli. Les entretiens ont été enregistrés après signature d'un formulaire de consentement préservant l'anonymat dans le respect du certificat délivré par le comité éthique de l'Université du Québec à Trois Rivières.

3. Résultats préliminaires

3.1 Prendre en compte les besoins

La pratique réflexive autour des pratiques d'aide est utilisée en résonnance avec la pratique des professionnels de santé. L'analyse participative des besoins a permis de les préciser pour chacun des acteurs, tant l'enfant au cœur des pratiques, la famille que les professionnels. Elle a permis de renforcer ou diminuer les croyances facilitantes ou contraignantes. La difficulté de développer un partenariat et de mettre en évidence les facteurs de protection des familles vulnérables a été nommée plusieurs fois. Les professionnels ont souhaité des outils concrets pour accompagner les parents. Les cartes familles développées grâce au programme participatif ont été jugées utiles et aidantes pour s'entretenir avec les familles et mettre en évidence leurs ressources. Les participants relèvent individuellement que le sujet est pertinent pour leur pratique et considèrent le concept de soutien des habiletés parentales comme une piste intéressante et à développer.

3.2 Des pratiques qui évoluent

Les entretiens ont révélé une modification des pratiques davantage centrée sur la famille et participative. La perception des familles est positive. Les outils proposés sont utiles et aident pour explorer et renforcer les ressources et les facteurs de protection et permet de se détacher du risque, encore très présent dans le milieu de la protection de l'enfance. Les cartes permettent de reconnaître l'existence de l'enfant, ses besoins pour se développer, ses compétences, mais également de s'intéresser aux familles qui existent, ont une expérience, une expertise avec une perspective positive.

4. Discussion

Les résultats préliminaires montrent que la notion de temps est importante pour l'appropriation. L'évolution des pratiques d'aide relève d'un processus avec un cheminement nécessaire. La réflexion concerne le transfert dans les pratiques professionnelles. Ce processus est basé sur l'échange, l'adaptation, l'appropriation avant l'utilisation dans les pratiques. Il invite une collaboration permettant une recherche à visée cognitive, mais également opérationnelle. L'approche d'évaluation participative, définie selon le concept d'empowerment, augmente la capacité des parties prenantes du programme à planifier, implanter et évaluer leur propre programme. Un ajustement a été effectué pour mieux répondre aux acteurs du terrain et répondre à un besoin d'outil concret facilitant l'entretien avec les familles. Il semble que cela ait permis de fédérer les parties prenantes et de susciter leur créativité et d'accélérer le processus de changement.

La forme du « jeu de cartes » permet de dédramatiser un sujet préoccupant comme celui de la prévention de la négligence et peut être mise en parallèle avec un des facteurs protecteurs représentés par l'humour. Dans une recherche exploratoire sur la transition à la naissance, les pères ont eu à plusieurs reprises recours à l'humour pour narrer certains défis (Coulon, Agodor et André, 2015). Le cadre écosystémique du développement et l'approche participative utilisés comme modèles théoriques permet le renforcement des facteurs de protection et fait pencher la balance des facteurs de risque vers le bas au profit du bien-être de l'enfant et de sa famille. L'analyse reste plutôt qualitative. Le volet quantitatif avec une première analyse permet de montrer une évolution des pratiques d'aide et une perception plus positive des familles. Les résultats devront dans un second temps être confirmés par des mesures de la pratique d'aide participative directement avec les parents.

Références

Beaudoin, A., & Jourdan-Ionescu, C. (2011). Résilience assistée par l'humour pour faciliter la transition vers la parentalité. *Résilience assistée, réussite éducative et réadaptation*, 118-126.

Camus, J., Oria, (2012). À la maternité, les mères sont encadrées. *Profession sage-femme* (187), 12-13.

Capponi, I., Bacro, F., & Boudoukha, A. H. (2013). Effets différentiels des types de soutien social sur l'anxiété maternelle périnatale. *Bulletin de psychologie*, (3), 209-224.

Coulon, D., Agodor, J., André, L., & Michaud, S. (2015). L'expérience des pères en lien avec les pleurs des nourrissons. *Clic. Revue de l'association suisse des infirmières puéricultrices*, (88),16-18.

Corrigan, C. P., Kwasky, A. N. & Groh, C. J. (2015). Social Support, Postpartum Depression, and Professional Assistance: A Survey of Mothers in the Midwestern United States. *The Journal of Perinatal Education*, *24*(1), 48-60.

Demontigny, F., & Lacharité, C. (2002). Les perceptions de parents primipares des moments critiques du premier 48-72 heures postnatal: Une analyse par la technique de l'incident critique. *Revue Québécoise en Psychologie*, *23*(3), 57-78.

Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1996). Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care. *Pediatric nursing*, *22*(4), 334-338.

Haga, S. M. , Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. (2012) A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *26*(3), 458-466.

Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M. H., Mbourou-Azizah, G., Da Silva, R. B., & Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale: une revue de la littérature. *Santé Publique*, *27*(1), 27-37.

Jourdan-Ionescu, C. (2010). L'humour comme facteur de résilience pour les enfants à risque et leur famille. *Bulletin de psychologie* (510), 449-455 .

Kurth, E., Kennedy, H. P., Spichiger, E., Hösli, I., & Stutz, E. Z. (2011). Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review. *Midwifery*,*27*(2), 187-194.

Lacharité, C., Éthier, L., & Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, (4), 381-394.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, *23*(1), 12-28.

Musser, A. K., Ahmed, A. H., Foli, K. J., & Coddington, J. A. (2013). Paternal postpartum depression: what health care providers should know. *Journal of Pediatric Health Care*, *27*(6), 479-485.

Osborne, C., Berger, L. M., & Magnuson, K. (2012). Family structure transitions and changes in maternal resources and well-being. *Demography*,*49*(1), 23-47.

Pluye, P., Nadeau, L., Gagnon, M. P., Grad, R., Johnson-Lafleur, J., & Griffiths, F. (2009). Les méthodes mixtes. *Approches et pratiques en évaluation de programme*, 123-142.

Radesky, J. S., Zuckerman, B., Silverstein, M., Rivara, F. P., Barr, M., Taylor, J. A., & Barr, R. G. (2013). Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*, *131*(6), e1857-e1864.

Razurel, C., *et al.* (2010). Comment les mères primipares font-elles face aux évènements de la naissance dans le post-partum. *La sage-femme*, *9*(5), 240-249.

Salonen, A. H., Oommen, H., & Kaunonen, M. (2014). Primiparous and multiparous mothers' perceptions of social support from nursing professionals in postnatal wards. *Midwifery*, *30*(4), 47.

Stimulating resilience and health through psychotherapy for early family traumas

Diana Lucia Vasile
Psychotherapist, Clinical Psychologist, Supervisor
Logos Consult, Bucharest, Romania
diana.vasile@psihotrauma.ro

Abstract

This paper shows the process to stimulate healthy identity and psychological functioning that enables the person to restore their health. A case study about a woman with multiple health problems is detailed, from the first psychotherapeutic individual session to the last psychotherapeutic group session. This case study shows how to stimulate a traumatized person's personal resources, how to challenge a person's own confused identity, how to overcome obstacles in working with health issues, how to guide the client to recognize denied traumas and deal with traumatic feelings and how to support the client in facing helplessness and, at the same time, their own strength. The methods are : An exploration of intention, self-observation, reflection, and self-reflection during the psychotherapeutic process. The findings show that early traumas split healthy structures, including a person's own identity from his/her own body. This creates an inner victim-perpetrator dynamic that leads to physical and psychological symptoms in children. These symptoms develop further in complications that destroy a person's wellbeing and health (leading to disorders). Thus, an illusionary identity is generated and the person becomes even more confused and, therefore, even more, helpless in finding a good treatment. Trauma psychotherapy helps the client to become clear of this victim-perpetrator dynamic and create healthy structures and identity. Having one's own identity restores the regulatory functions, which make the healing process possible. Conclusions: trauma and identity psychotherapy stimulate clients' healthy structures and identity that restore the self-regulatory processes that generate healing for physical and psychological symptoms and resilience in case of further adverse situations and events.

Keywords: Resilience, health, trauma therapy, early family traumas

Stimuler la résilience et la santé grâce à la psychothérapie pour les traumatismes familiaux précoces

Résumé

Cet article porte sur le processus pour favoriser une identité saine et un fonctionnement psychologique qui permet à la personne de restaurer sa santé. L'étude de cas d'une femme ayant de multiples problèmes de santé est détaillée, de la première séance individuelle psychothérapeutique à la dernière séance de groupe psychothérapeutique. Cette étude de cas montre comment stimuler les ressources personnelles d'une personne traumatisée, comment remettre en question l'identité confuse d'une personne, comment surmonter les obstacles pour travailler avec des qu'il supporte les émotions reliées au traumatisme et comment soutenir le client à faire face à l'impuissance et, en même temps, à sa propre force. Les méthodes sont: une exploration de l'intention, de l'auto-observation, de la réflexion et de l'auto-réflexion pendant le processus psychothérapeutique. Les résultats montrent que les traumas précoces divisent les structures saines, y compris la propre identité d'une personne de son propre corps. Cela crée une victime-agresseur interne qui conduit à des symptômes physiques et psychologiques chez les enfants. Ces symptômes se développent dans des complications qui détruisent le bien-être et la santé d'une personne (entraînant des troubles).

Ainsi, une identité illusoire est générée et la personne devient encore plus confuse et, par conséquent, encore plus, incapable de trouver un bon traitement. La psychothérapie en traumatologie aide le client à se libérer de cette dynamique victime-agresseur et à créer des structures et une identité saines. Avoir sa propre identité rétablit les fonctions de régulation, ce qui rend le processus de guérison possible. Conclusions: la psychothérapie de traumatisme et d'identité stimule les structures et l'identité saines des clients qui restaurent les processus autorégulateurs qui génèrent la guérison des symptômes physiques et psychologiques et favorisent la résilience en cas de situations et d'événements défavorables supplémentaires.

Mots-clés : Résilience, santé, traumatologie, traumatismes familiaux précoces

1. Theoretical clarifications

Early family traumas represent psycho-traumas produced during early childhood by abortion attempt, emotional neglecting, parental violence towards children (especially father's violence), marital violence, depressed mother.

We define psychological trauma as the personal experience of splitting due to threatening situational factors that overwhelm self-regulation capacities and produce profound feelings of helplessness, fear, and vulnerability without protection that leads on long-term deterioration of vitality, identity, and self-regulation (Vasile, 2015).

Trauma psychotherapy is oriented towards the recovery of self-regulation abilities that enables the person to be physically healthy, to have positive relationships, to set and achieve realistic goals, to be flexible when facing life events, to have a clear identity (who am I?), to be able to enjoy life and to manage stress. Trauma psychotherapy supports and guides the client to build his/her assisted resilience, the therapist and the psychotherapeutic process being two major factors from client's environment. We believe that trauma psychotherapy based on person's social, relational and personal resources, on identifying traumatic and survival strategies as in Franz Ruppert's theory, and client's will and determination lead to positive results in client's physical health, quality of relationships life, clear identity, and high adaptability when identifying or facing adverse situations.

Franz Ruppert, a German psychotherapist, asserts that a traumatic event splits the psyche into three structures, which imply information, mechanisms, processes (1998-2015):

- Healthy structures are able to self-regulate, have a unique I (clear unique identity), know the truth about what happens (clear memory), empathy (ability to resonate with others), ability to have good contact with reality, self, and others, self-reflection, vital energy, basic trust etc.

- Traumatic structures develop under the condition of experiencing a traumatic event: they have the information about what had happened to the person (sensations), feel the emotional and/or physical pain, fears, helplessness, vulnerability, desperation, lack of vitality ("drained"), withdrawal. They are easily triggered by stimuli that resemble initial threatening situation and they manifest as flash-backs, without any control from the person or outside world. This information and feelings are the same age as the person's age were when traumatized.

- Survival structures develop after traumatization and aim to repress traumatic information and, at the same time, to give an illusionary sense of coherence and stability to the entire psyche. The main survival mechanisms are denial the pain and suffering (including emotional and physical numbness), splitting, creating illusions about reality (images, thoughts, goals, rationalizing, problem-identification and solving, dreams,

visions, philosophy), avoidance, compensation through compulsion and obsession, rigidity and fixation as a mean to create safety and security, conflicts and intense sensations-seeking, etc.

Franz Ruppert's method, named Resonance with the Intention (2016), aims to stimulate healthy structures and to discriminate between these three types of psychological mechanisms. It is based on human ability to resonate with the other and person's intention to face own inner psychodynamic. An intention is formulated using a sentence, for example, "I want to see the cause of my illness". The therapist, in individual sessions, or other people, in group sessions, resonates with each word of this intention; the client goes into the resonance with what the therapist or people manifest. The resonance means to freely express any kind of feelings, thoughts, behaviors, relationships, gestures, etc. that show up when the resonating person tunes in with the word. By observing and resonating with the dynamic created by the people resonating with the words from the sentence of intention, the client is able to see and feel own psychological mechanisms. The therapist, using the theory and observation, helps the client to clarify what is happening and discriminate between the traumatic, survival and healthy structures. This clarification stimulates healthy structures, to recover traumatic memories and to discriminate the survival strategies that were needed for the client. This method is very clear and precise, bringing to the client's attention and consciousness detailed information about the traumatic sensations and the inner victim-perpetrator dynamic.

2. Case study

Rory, 27, came to therapy due to a general feeling of sadness, physical pain, relational difficulties (couple and work-related). The symptoms that troubled her were: irritability that produced conflicts in relationships and with herself, excessive work (two jobs), nightmares, emotional confusion, work-related confusion.

Rory was the third daughter in her family, the last living child. During the entire childhood, the father was an alcoholic, abusive and constantly neglecting his daughters' activities. The mother was depressive, overwhelmed by house chores and children's needs. They both had low paid jobs, so, they had financial difficulties. When Rory entered the psychotherapy, the mother and the daughters were struggling with helping the very sick father.

Rory's therapeutic goals were to get more relaxed, to improve her couple partnership, to be clear about who she was and what her life was about. She was considering marrying the man she was with for more than 7 years and having children.

Exploring Rory's life story and focusing on her feelings, intentions, and resources, using (self)observation, mirroring, (self)reflection, dream analysis Rory got in contact with her traumatic feelings and consequences:

- Physical and emotional numbness: confused feelings for her partner, absence of symptoms when sick. For example, around the age of 26, she suffered a renal colic and even though she was severely bleeding she did not feel anything. She reached ER after she noticed the blood on her floor while she was working overtime. The doctors confirmed that she was in a real danger of dying due to late presentation to hospital.

- Avoidance of pleasurable moments and activities: small amount of time for relaxation and friends, avoidance of peaceful moments – compulsive work and activism, avoidance of medical doctors for checking out her health and medical difficulties;

- Intrusive symptoms: emotional pain, dreams, nightmares, flashbacks, sadness, anger, physiological reactions (pain);

- Dysfunctional cognitions: "I can cope with heavy workloads", "relationships are difficult", "I have to take care of my parents, despite heavy efforts and losses".

Twenty-two sessions (18 months) of individual psychotherapy helped Rory be aware of her needs and survival strategies. Thus, she used her personal and social resources to make important changes in her life:

- quitting the most stressful job, focusing on her own business;

- new lifestyle: healthy food, sleep and relaxation time, sport and leisure activities;

- deciding to marry her partner;

- setting objectives for herself and partnership, not for her parents, due to clarification she got over her "sickening relationships" within the family.

Rory decided to have a psychotherapy break and enjoy her changes, right after her wedding. Two years after, she called me terrified: she was diagnosed with genital problems, severe HPV alteration of her genital area. 7 gynecologists informed her about the danger of developing cervical cancer within 2 years. On top of everything, Rory found out that she could not conceive children. The session focused on reducing the intensity of her feelings, regaining self-confidence in her on-going process of healing, emphasizing the connection between body and psyche, that, obviously needed to be reconsidered. Thus, Rory started the second part of her psychotherapy, focused on taking seriously her trauma: an experience of splitting from her body and needs. Rory made two major decisions:

1. To be the first person to believe in and stimulate her healthy structures, the ones that can heal the physical illness and generate her vital energy and fertility;

2. To be responsible for the treatment, a personal one, with natural nutrition (only fresh vegetables and fruits, no sugar, no meat, self-prepared food according to her own

needs), longer sleep and relaxation time, meditation, reiki, essential oils and remedies as main medical treatment, trauma-psychotherapy oriented towards facing traumatic feelings and identifying deep victim-perpetrator dynamic as a survival strategy produced by her early traumas.

Rory attended group therapy using Franz Ruppert's method, Resonating with the Intention. During 2 more years she slowly, but constantly, improved her medical conditions and got healed, even though gynecologists did not support Rory's decision to refuse drugs and surgical interventions.

Three group processes were the most significant for Rory, as she focused on her infertility. For the first one, her intention was: "I would like to free myself and my husband from what blocks us to conceive". She wrote to me:

a. "my blockage was not about my partnership, but about a deep depression and deep anxiety related to my own life experiences". This helped Rory look deeper on her own trauma and not on her marital relationship;

b. She re-discovered and re-connected to her "I":

> "There was a moment when I stood face to face with my "I", embraced... I felt how everything and everybody around me faded. It was my deepest dive inside myself, though at first it was with a lot of fear, pain, effort… I received her body warmth, her breathing helped me breathe easier, naturally. Slowly, I began to feel every little part of my body, an extremely pleasant experience… as if Something was coming back to Life. I felt the strength to support myself… nothing complicated… Very hard to put that feeling into words… it was very new to me. Since then, I have not felt alone anymore. I preserved this protective sensation as if nothing bad can happen to me or put my life in danger. This feeling was so welcomed – considering that in the last two years I was tormented by the fear of a serious illness/ deadly, the threat of cervical cancer that about 7 professional doctors have exposed it to me."

c. The desire to have a child was a survival strategy: to take care of her childhood wounds. Rory created an illusion that taking care of her child would bring her pace, because she did not know how the wounds are. She identified two deep beliefs: "to be a child is awful", "pregnancy and giving birth are very painful experiences". Rory realized that the pain was real, but it came from her real childhood experiences that generated the genital wounds.

The second intention, "I wish to be able to continue my life with peace, joy, and freedom along with my husband and our child", brought two most important clarifications:

a. ".. the representative for "My life" showed me very clearly that she needs breaks to breathe… I saw her as being very close to dying" – Rory faced her split off traumatic reactions: loss of vital energy and giving up. Few days after, Rory felt exhausted, "as if I lost the ability to fight". She gave up an aggressive attitude towards her body and herself - not taking seriously body needs and sensations.

b. "I also learned that silence, joy, and freedom are survival strategies, not healthy ones. This helped me greatly... the information and the attitude that I received from the representative of the word "life": she told me to be patient… when tired, to enjoy the fact that I am breathing, when sad, to let the sadness be."

Rory realized the health and survival mechanisms, got clear about her deep feelings of fear, pain and life-threatening loss of vital energy due to the aggression of her basic needs for body contact, eye contact, care, and protection. This aggression came from an abortion attempt by her mother while she was in the womb, physical violence, neglection and then, through the survival mechanisms of denying the traumatic feeling and generating maladaptive thoughts, feelings, and actions.

A month after this process, Rory found out that she was naturally pregnant.

The third intention, when Rory was 18-weeks pregnant, was: "I want to live (see and feel) how I can be a healthy mother for my child". These are some of her insights:

a. "…the fears toward my child were confused with my mother's feelings about me, while pregnant with me. She wanted and intended to abort me. At that time, my father came out of prison where he was convicted for a crime he did not commit, but he wanted to save a close relative. So, I realized that my existence began with surviving, not with relaxation and peace. Now I realize that all my life I tried to please them, to make them proud of me not because I exist, but because I fulfill their needs. This brought me a huge effort, a constant tiredness, few moments of superficial relaxation and incomplete satisfaction in everything I achieved."

b. "… to be a healthy mother means to take care of me all the time! This secures a good and permanent contact with my baby"

c. "There is still a confusion between good and aggressive contact." Rory understood that a healthy mother is a clear mother who does not obey to her child only because the child looks at her with a tender look – a look that Rory did not see when looking into her own mother's eyes. A healthy mother perceives and protects her own strength.

Rory gave birth to a very healthy baby girl. They both are now developing a natural relationship.

Références

Ruppert, F. (2012). *Symbiosis and autonomy: Symbiotic trauma and love beyond entanglements*. Steyning, Royaume-Uni : Green Balloon Publishing.

Ruppert, F. (2013 - 2016). *Public lectures, Munchen, Oslo, London, Bucharest.* Disponibles en ligne : https://www.franz-ruppert.de/index.php/en/9-startseite/64-general-information-in-english

Vasile D., (2015, 2016). *Unpublished lectures on trauma and relationships, Singapore, Melbourne, Bucharest.*

Good professional practices to promote family resilience

Nuria Fuentes-Peláez
University of Barcelona Facultat d'educació, Edifici Llevant, Spain
Tel. : 934035216
nuriafuentes@ub.edu

Crescencia Pastor Vicente
Université de Barcelona, Spain
Tél. : +34 934035212
cpastor@ub.edu

María Cruz Molina
University of Barcelona Facultat d'educació, Edifici Llevant, Spain
Tel. : 934035212
cmolina@ub.edu

Daniela Cojocaru
Universitatea Alexandru Ioan Cuza din IASI. Departament Sociologie si assistenta sociale
Facultat Facultea di filosofie stiente social-politice, Romania
Tel. : 0040-745-375125
dananacu@gmail.com

Maribel Mateo
University of Barcelona Facultat d'educació, Edifici Llevant, Spain
Tel. : 934035205
mmateo@ub.edu

Anna Ciurana
University of Barcelona Facultat d'educació, Edifici Llevant, Spain
Tel. : 934035210
annaciurana@ub.edu

Noelia Vázquez
University of Barcelona Facultat d'educació, Edifici Llevant, Spain
Tel. : 934035210
nvazquez@ub.edu

Abstract

From a human rights perspective, children have the right to grow up in a family environment that provides security and allows for their development. When this is not the case, the child protection system becomes involved to the point when it is sometimes necessary to place the child in alternative protective care while the parents try to improve their parenting skills and family

conditions. During this process, professionals who accompany families can encourage the development of family resilience. This paper will focus on presenting the most important competences in professional development for program performance, and therefore, the promotion of family resilience.

Keywords: Professional development, resilience, family intervention, good practices

Bonnes pratiques professionnelles pour promouvoir la résilience familiale

Résumé

Du point de vue des droits de l'homme, les enfants ont le droit de grandir dans un environnement familial qui assure leur sécurité et permet leur développement. Lorsque ce n'est pas le cas, le système de protection de l'enfance intervient et il est parfois nécessaire de placer l'enfant sous protection alternative alors que les parents essaient d'améliorer leurs compétences parentales et leurs conditions familiales. Au cours de ce processus, les professionnels qui accompagnent les familles peuvent encourager le développement de la résilience familiale. Ce document se concentrera sur la présentation des plus importantes compétences en matière de développement professionnel pour la performance du programme, et donc, la promotion de la résilience familiale.

Mots-clés : Développement professionnel, résilience, intervention familiale, bonnes pratiques

1. Theoretical context

Scientific studies highlight the importance of considering the perspective of resilience in social intervention and in socio-educative practice. Resilience offers a positive perspective focusing on the potential and abilities of subjects of social care. It has been demonstrated that whilst resilience is an interesting element to observe in every individual, it is vital in the context of those experiencing vulnerability and adversity.

The families who are supported by the child protection system and especially those in situations which require the separation of children from their parents to ensure wellbeing- are facing a complex situation due to vulnerability issues. This is because for a family to arrive at the point where separation is required, various ongoing risk factors of a serious nature will have been observed which would compromise the wellbeing of the child.

The GRISIJ research team recommends that frontline social services work with at-risk families as a preventative measure and to hold the family together (Amorós *et al*., 2013; Rodrigo *et al*., 2013), aiming to support them and carry out socio-educational work and intervention with the most troubled families whose children have been looked after by the local authority for a period of time but whose prognosis of reunification is positive. In these cases and with the aim of supporting the family reunification process, a socio-educative program has been developed which complements other types of interventions. With this in mind GRISIJ developed an R&D project (2012 – 2015 Biological family in the child protection system: socio-educational intervention) the results of which highlight the needs of families regarding the separation and reunification procedures – taking into account the needs of both parents and children. These needs can be categorized into four phases: 1. Communication of the measure, 2. Visits and contact during the separation, 3. Preparing for reunification, 4. The reunification.

According to our experience based on previous research and on progress made by other studies in this field, it is evident that the focus on resilience is a key factor for successful interventions in terms of both individual and family wellbeing (Fuentes-Peláez, Amorós, Balsells, & Pastor, 2010; Rodrigo, Camacho, Máiquez, Byrne, & Benito, 2009). Specifically the research of Lietz (2011) enables us to pinpoint the elements of resilience, which can be developed in each phase of family reunification (survival, adjustment, acceptance, growth and development, and finally helping others).

The results from our previous research as well as the study of literature in this field (I+D 2012-2015 Biological family in the child protection system: socio-educational intervention; Balsells *et al*., 2011; Balsells *et al*. 2013) has allowed the GRISIJ group to develop a socio-educational program of parental competencies during separation and family reunification entitled “Walking together as family. A program of parental competences during separation and reunification of the family” (Balsells & Pastor, 2016). (For more information on the program please see “Promoting resilience through the family’s participation during the process of foster care and reunification”).

Currently this program is being implemented across Spain along with an evaluation program. From this viewpoint, one of the objectives of intervention is to promote resilience for all the family (Balsells *et al*., 2013; Balsells *et al*. 2014).

In this framework and in the context of the program's implementation, the ability of the professionals to accompany families and implement the resilience skills program is essential. In this paper, we will focus on professional practice, highlighting the specific competencies, which we have identified as good practice, and demonstrating how we evaluate this during the implementation of the program accompanying the reunification process.

2. Methodology

We have established the premise that professionals play a central role in promoting resilience in families, and it is therefore necessary to work with them to promote good professional practices in this field. What is the aim of the current investigation? The questions that we try to answer are: 1. What competences the professionals need? ; 2. How we develop those competences? ; 3. How do we evaluate the competences of professionals in order to effectively promote resilience in families experiencing social intervention?

We know it is necessary to improve quality and encourage innovation in family support services (Rodrigo *et al*., 2011; Rodrigo *et al*., 2011 and Rodrigo el al., 2015). We have established that a self-evaluation model using an assessment rating is an effective strategy to detect good practice. Professionals consider the work they are carrying out and their understanding of the various constructs relating to aspects of that work.

To this end, the GRISIJ investigation team (A socio-educational program for the reunification of the family: evaluation, implementation and development of a framework, and group intervention. Project 2 of the projects coordinated by I+D+I 2015 -2018 "Family reunification as a duty of the child protection system: investigation, evaluation and implementation of a socio-educative program") have designed a good practice questionnaire for professionals to facilitate their work carried out with families undergoing separation and reunification. Our objective is to assess how effective the professionals are at instigating good practice methods in their work with families, offer them training to develop competences and assess whether the program has improved the families' competences. In the next paragraph we present the questionnaire, explaining how it was developed and evaluated.

3. Results

The questionnaire is aimed at the professionals and focuses on good professional practice for those working with families in the process of separation and reunification. It has been based on the Best Practice Guide of positive parenting (Rodrigo *et al*., 2015) and it is designed so that the professionals taking part in the study evaluate to what extent they are in agreement with the statements presented on good professional practice. Assessment is on a scale of 1-5, where 1 is

"I totally disagree" and 5 is "I totally agree". The questionnaire is completed twice, before training and embarking on the reunification program, and after completing the program.

The questionnaire consists of 30 statements regarding good practice, which are divided into 5 groups as follows; 1. Planning and preparatory training (6 statements, e.g. knowledge of the program's objectives allows the program to be developed effectively); 2.The inclusion of positive parenting techniques. (4 statements, e.g. working with families must involve making parents aware of the needs of their children); 3. The participation of the children (4 statements e.g. the children need to be active participants in the separation and reunification process); 4. Resilience (5 statements, e.g. families in a separation and reunification process have the ability to change and improve) and 5. Group methodology (2 statements, e.g. group methodology promotes cohesion in a nuclear family). It is interesting to observe that the category "Group methodology" contains two subcategories: group learning (4 statements e.g. participants in group dynamics are individuals who are capable of both learning and teaching) and the role of the professional (5 statements e.g. The professional's dynamic role is to co-ordinate the teaching and learning processes) The Table 1 below indicates the number of statements in each of the 5 groups.

Table 1. Number of statements in each of the five groups

GROUP	NUMBER OF STATEMENTS
Planning and preparatory training	6
Incorporation of Positive Parenting	4
Participation of children	4
Resilience	5
Group Methodology	2
Group learning	4
The Professional's role	5

This questionnaire was evaluated by seven independent experts with considerable experience in this area of investigation. The group consisted of seven experts – four professionals and three researchers. The experts appointed a value to each statement for clarity and relevance; optimum, high, low or zero (points from 3 – 0 respectively). Clarity indicates how clear the meaning of the statement is. If a statement is unambiguous and only has one possible interpretation. Pertinence indicates whether the statement is relevant (or not) depending on the group of people it is aimed at. In this evaluation they could also add useful feedback in order to improve the effectiveness of the questionnaire.

From the points obtained from each expert, an index was calculated (results ranging between 0-1). This index allowed us to calculate the consensus of the experts when considering each statement. It was established that if the results of the evaluation index were high, the statement would remain unaltered, but if the opposite occurred the statement would be withdrawn or modified. Thus, when calculating the standard deviation of the points obtained from the experts for each statement, the lower the deviation the more unanimous the consensus of the experts.

Regarding the section of the questionnaire which focuses on resilience the key points identified were knowledge about family resilience, attitudes to promote resilience, allowing families to take an active role in decision making, recognizing the family's strengths. The panel of experts considered all the statements to be relevant (an index of 0.94 over 1), indicating a low standard deviation. However, the clarity index results although not low (between 0.78 and 0.84) revealed the need for some small alterations based on feedback from the experts and revision by the research team. The outcome was that the five statements focusing on resilience can be separated in five groups.

1. An understanding of the elements of family resilience facilitates intervention with families undergoing separation and reunification.

2. Families undergoing separation and reunification have the ability to change and progress.

3. Families undergoing separation and reunification are capable of making decisions about the process.

4. Families undergoing separation and reunification have strength to improve their situation.

5. Reunited families are capable of supporting other families in the process of reunification.

4. Discussion and conclusion

We want to highlight the importance of incorporating the perspective of resilience into the socio-educational programs, making special emphasis on its role in family interventions in the context of child protection. As stated by Lietz (2006, 2007) and Lietz and Strength (2011), the promotion of resilience is a factor that is fundamental to the successful achievement of family reunification.

The questionnaire created to evaluate good professional practice -to support work with families in the process of separation and reunification- has undergone a meticulous and rigorous process of design.

The experts' evaluation of the questionnaire was positive overall. As we explained, in cases where the index was not as high as we wished, the statements were modified, taking the experts' recommendations into account and after consideration by the research team.

The design of this questionnaire and the evaluation process is of key importance in the implementation of the socio-educational program "Walking together as a family" (Balsells & Pastor, 2016). It represents a valuable element which is beneficial for the intervention process; by benefitting families and as a good practice guide to help professionals.

Specifically, when evaluating how best to promote resilience, certain changes had to be made after the experts' feedback, resulting in the five final statements outlined above, which met the evaluation criteria. Having taken this evaluation into consideration, we gain an insight about the professionals' perception of their ability to promote resilience and whether this ability is improved by the training process and during the application of the program. Furthermore, we see if there is a relation between the improvement in professionals' competences and the development of resilience skill in the families.

Références

Amorós, P., Rodrigo, M. J., Balsells, M. A., Byrne, A., Fuentes, N., Guerra, M., Martín, J. C., Mateos, A., & Pastor, C. (2011). *Programa aprender juntos, crecer en familia*. Barcelona, Spain: Obra Social "La Caixa".

Amorós, P., Balsells, M. A., Buisan, M., Byrne, S., & Fuentes-Peláez, N. (2013). Implementation and Evaluation of the "Learning Together, Growing In Family Programme": The Impact On The Families. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, *42*, 120–144.

Balsells, M. A., Amorós, P., Fuentes-Peláez, N., & Mateos, A. (2011). Needs Analysis for a Parental Guidance Program for Biological Family: Spain's Current Situation. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, *34*, 21-37.

Balsells, M. A., Pastor, C., Molina, M. C., Fuentes-Peláez, N., Vaquero, E., & Mundet, A. (2013). Child Welfare and Successful Reunification: Understanding of the Family Difficulties during the Socio-Educative Process. *Revista de Cercetare Si Interventie Sociala*, *42*, 228–247.

Balsells, M.A., Pastor, C., Molina, M.C., Fuentes-Peláez, N., Vaquero, E., & Mundet, A. (2013). Child Welfare and Successful Reunification: Understanding of the Family Difficulties during the Socio-Educative Process. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, *42*, 228-247.

Balsells, M. À., Pastor, C., Amorós, P., Mateos, A., Ponce, C., & Navajas, A. (2014). ChildWelfare and Successful Reunification through the Socio-Educative Process: TrainingNeeds among Biological Families in Spain. *Social Sciences*, *3*, 809–826. doi:10.3390/socsci3040809

Balsells, M. A., & Pastor, C. (Eds.). (2016). *Caminar en familia. Programa de competencias parentales para la reunificación familiar*. Madrid, Spain: Gobierno de España.

Fuentes-Peláez, N., Amorós, P., Balsells, M. A., & Pastor, C. (2010). A support program addressed to youth in kinship foster care from the resilience perspective. Dans E. J. Knorth, M. E. Kalverboer, & J. Knot-Dicksheit (Eds.), *How interventions in child and family care work. An international source book* (pp. 267–271). Apeldorn, Pays-Bas : Garant.

Lietz, C. A. (2006). Uncovering Stories of Family Resilience: A Mixed Methods Study of Resilient Families, Part 1. *Families in Society*, *87*(4), 575–582. doi:10.1606/1044-3894.3573

Lietz, C. A. (2007). Uncovering Stories of Family Resilience: A Mixed Methods Study of Resilient Families, Part 2. *Families in Society*, *88*(1), 147–155. doi:10.1606/1044-3894.3602

Lietz, C. A., & Strength, M. (2011). Stories of Successful Reunification: A Narrative Study of Family Resilience in Child Welfar. *Families in Society*, *92*(2), 203–210. doi:10.1606/1044-3894.4102

Rodrigo, M. J., Amorós, P., Arranz Freijo, E., Hidalgo, M. V., Máiquez, M. L., Martín, J. C., & Ochaita, E. (2015). *Guía de buenas prácticas en parentalidad positiva. Un recurso para apoyar la práctica profesional con familias*. Madrid, Spain: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y FEMP. Repéré à : http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/ayudas/docs2013-14/GuiadeBuenasPracticas2015.pdf

Rodrigo, M. J., Camacho, J., Máiquez, M. L., Byrne, S., & Benito, J. M. (2009). Factores que influyen en el pronóstico de recuperación de las familias en riesgo psicosocial: el papel de la resiliencia del menor. *Psicothema*, *21*(1), 90–96.

Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., & Martín, J. C. (2011). *Buenas prácticas profesionales para el apoyo de la parentalidad positiva*. Madrid, Spain: Federación Española de Municipios y Provincias y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España. Repéré à : http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/BuenasPractParentalidadPositiva.pdf

Rodrigo, M. J., Martín-Quintana, J. C., Mateos, A., Pastor, C., & Guerra, M. (2013). Impact of the "Learning Together, Growing In Family" Programme on the Professionals and Attention to Families Services. *Revista de Cercetare Si Interventie Sociala*, *42*, 145–165.

Modalités d'élaboration d'un programme de résilience assistée auprès de professionnels de la protection de l'enfance

Anne Zabern
Aix Marseille Université, LPCPP EA 3278, 13621, Aix-en-Provence, France
Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence de la Drome, Valence, France
Tél. : 06.76.33.46.01
zabern.anne@gmail.com

Evelyne Bouteyre
Laboratoire LPCPP
Université Aix-Marseille, France
Tél. : 0033 41 355 37 68
Evelyne.bouteyreverdier@univ-amu.fr

Résumé

Nous avons mis en place un programme expérimental de résilience assistée s'adressant à treize professionnels de la protection de l'enfance. Pour construire ce programme, nous nous sommes appuyées sur une revue de la littérature internationale ciblant ce type d'interventions et nous en avons dégagé un certain nombre de points communs et de différences.

Cette revue de littérature et les conclusions qui en découlent sont détaillées dans le présent chapitre. Les informations nécessaires à la construction du programme sont mentionnées. Nous précisons également le programme construit et mis en œuvre et illustrerons nos propos par des extraits de séance.

Mots-clés : Résilience assistée ; équipes éducatives ; protection de l'enfance ; programme

How to Develop an Assisted Resilience Program with Child Protection Professionals

Abstract

We have installed an experimental resilience program for thirteen child protection professionals. To build this program, we relied on a review of the international literature targeting this type of intervention from which we have identified a certain number of common points and differences.

This review of the literature and the conclusions that follow from it are detailed in this chapter. The information needed to build the program is mentioned. We also specify the program built and implemented and illustrate our remarks with excerpts from the session.

Keywords: Assisted resilience; social workers' team; Child protection; program

1. Introduction

La résilience, et plus particulièrement la résilience assistée, est un concept en plein essor (Ionescu, 2011) et des programmes de résilience assistée sont développés depuis plusieurs années.

L'objectif de ce chapitre est de définir quelles peuvent être les modalités de construction et de mise en place d'un programme de résilience assistée à destination de professionnels de la protection de l'enfance. Nous illustrerons la mise en place de ce programme grâce à quelques extraits de la première séance de ce programme et mentionnerons quelques-unes des questions soulevées par ces professionnels concernant la notion de résilience.

Ce texte est composé de quatre parties : 1) Description de la procédure d'élaboration du programme, notamment la réalisation de la revue de la littérature que nécessite la création d'une telle intervention ; 2) Définition des objectifs du programme construit et mis en place et des modalités choisies pour les atteindre; 3) Illustration des questionnements et réflexions par des extraits de séance ; 4) Conclusion et perspectives de réflexion.

2. Procédure d'élaboration du programme

Dans le cadre d'une recherche doctorale, nous avons mis en place, depuis novembre 2015, un programme expérimental de résilience assistée s'adressant à treize professionnels de la protection de l'enfance. Notre objectif est de créer un contexte propice à la résilience, par le biais d'une introduction à la résilience en tant que méthode de travail, en tant que culture dans l'institution ; et ce afin de favoriser le développement d'un processus résilient chez les enfants pris en charge.

Pour construire ce programme, nous avons réalisé une revue de la littérature internationale des interventions visant la résilience des enfants dits « à risque », c'est-à-dire, qui grandissent dans un contexte familial et social cumulant de nombreux facteurs de risque. Cette revue systématique de la littérature internationale a permis de retenir seize articles présentant une intervention clairement définie et mise en application. Nous avons observé que les programmes peuvent être adressés aussi bien aux enfants ou adolescents directement, qu'à leurs parents ou autres adultes qui en ont la charge. La comparaison de ces interventions a fait ressortir plusieurs points communs mais aussi quelques différences concernant les thématiques abordées, l'organisation de l'intervention (travail en groupe ou en individuel ; outils utilisés ; nombre et durée des séances ; type d'encadrement de l'intervention) ou encore les effets recherchés/les objectifs de l'intervention.

D'après notre analyse, il semble y avoir quatre éléments incontournables favorisant l'efficacité d'une telle intervention :

- Le travail en groupe (groupes hétérogènes ou de pairs) qui offre une enveloppe étayante supplémentaire (Anzieu, 1999) et une possibilité d'apprentissage par imitation (Bandura, 1980) ;

- La co-animation des séances ;

- Le caractère hebdomadaire des séances ;

- Des outils de travail variés (apports théoriques, jeux de rôles, exercices pratiques à faire entre les séances, etc.) et des axes d'interventions identiques (liés aux facteurs de protection observés chez ces populations dans de nombreuses études).

Ces éléments sont communs à de nombreux groupes thérapeutiques. Ceux-ci ne visent pas pour autant le développement de la résilience. Si les programmes de résilience assistée adoptent une méthodologie déjà éprouvée et reconnue pour son efficacité, leur contenu est élaboré à partir des facteurs de protection précédemment identifiés qu'il s'agit de développer. Ce contenu est adapté au public ciblé par l'intervention.

Cette revue a aussi permis d'affirmer qu'une efficacité identique est observée quand le travail s'adresse à l'enfant directement ou aux personnes qui s'occupent de lui. Nous pouvons toutefois imaginer que le fait de travailler avec les personnes qui s'occupent de l'enfant permettra des changements plus durables (Chamberlain, Price, Leve, Laurent, Landsverk, & Reid, 2008). L'environnement, et les améliorations apportées en son sein, seront vecteurs de résilience le temps que l'enfant évolue et même après. Cette idée rejoint l'approche écologique de Bronfenbrenner (1979) : des changements dans l'environnement induisent des changements chez le sujet, et réciproquement.

Ainsi, nous avons décidé d'axer notre intervention sur un accompagnement des professionnels uniquement, en émettant l'hypothèse que les changements entrainés par l'intervention sur le fonctionnement des professionnels auront des effets positifs sur l'évolution des jeunes. Cette perspective s'appuie sur des observations réalisées lors d'interventions menées auprès des parents biologiques et adoptifs dont les bénéfices ont eu un impact sur le comportement des enfants et sur leur développement (Chamberlain *et al.*, 2008; Linares, Montalto, Li, & Oza, 2006). De plus, nous postulons que cela permettrait de toucher chaque jeune pris en charge tout au long de la carrière des professionnels, et même après, via l'instauration d'une culture collective de la résilience au sein de la structure. A l'inverse, un programme destiné aux jeunes serait à reproduire chaque fois que le groupe se renouvelle.

3. Objectifs du programme

Le programme que nous avons créé vise l'accompagnement des professionnels (essentiellement des éducateurs spécialisés et des moniteurs éducateurs) dans le repérage des facteurs de risque et de protection des enfants âgés de six à treize ans qu'ils prennent en charge ; et dans le développement de ces facteurs de protection.

La création de ce programme est basée sur les recommandations tirées de la revue de la littérature précédemment citée. Nous avons ainsi choisi de réaliser un travail en groupe, co-animé par deux psychologues dont celle qui intervient sur la structure.

Afin de favoriser le partage d'expériences et l'ouverture de la réflexion, nous avons fait le choix de réunir dans ce groupe des membres de deux équipes distinctes mais travaillant auprès du même public (enfants de six à treize ans en protection de l'enfance).

Le contenu des séances est inspiré des axes de réflexion et des outils de travail variés retrouvés dans les interventions de ce type. A l'exception de la première, chacune des séances est constituée d'apports théoriques relatifs à un facteur de protection spécifique (attachement, estime de soi, fonctionnement émotionnel, communication non violente et humour). Elle comprend aussi des exercices applicatifs et des jeux de rôles afin d'accompagner les professionnels dans le développement de facteurs de protection dans leurs pratiques auprès des enfants. Enfin, chaque séance se termine par l'apport de plusieurs outils concrets que les participants devaient utiliser entre les séances. Ces outils, repérés dans diverses ressources documentaires, avaient tous pour objectif de favoriser le développement du facteur de protection étudié lors de la séance.

Du fait de contraintes économiques et organisationnelles, des séances mensuelles, et non hebdomadaires comme le préconise la revue de la littérature, ont été planifiées.

La première séance fut consacrée à discuter de la notion de résilience et à en établir une définition commune. Elle a également permis de réfléchir sur ce que sont les facteurs de risque et de protection. Il s'est avéré que certains étaient déjà connus et identifiés par les professionnels sans pour autant qu'ils les réfèrent à une théorie particulière.

4. Extraits de la première séance d'intervention

Comme nous venons de le mentionner, la première séance portait sur le concept de résilience. En amont de cette séance, chaque participant a reçu un document reprenant les grandes idées que nous retrouvons dans la littérature en lien avec ce concept : notamment, celle d'un développement individuel psychologique satisfaisant malgré des adversités ou traumatismes rencontrés ; les notions de facteurs de risque et de facteurs de protection de trois types (individuels, familiaux et environnementaux) avec des exemples ; le concept de résilience assistée associé à l'idée qu'il est possible d'influencer la trajectoire de vie d'un individu.

Cette séance nous a permis de constater que la plupart des éducateurs et moniteurs éducateurs connaissaient déjà les principes relatifs à la résilience et aux facteurs de risque et de protection sans pour autant les regrouper sous le sceau d'une théorie singulière : « *je pense qu'en fait on sait ce qui fait risque et ce qui fait protection mais on le nommait pas comme ça* ».

Il en va de même pour des notions qui sont liées à la résilience et qui seront étudiées ultérieurement. Ainsi, une éducatrice parle d'attachement et de confiance en soi sans le savoir : « *depuis tout à l'heure on parle beaucoup de capacités mais moi je pense à la sécurité parce que les enfants ont chacun leurs capacités mais y'a toute la petite enfance où cette sécurité qu'il a pu intégrer ou pas, comment il est en sécurité intérieurement pour pouvoir nous faire confiance et l'accompagner avec les capacités qu'il a et comment aussi il peut avoir confiance en ces capacités qu'il a en lui* ».

Par ailleurs cette séance a permis de pointer des éléments théoriques qui n'apparaissaient pas dans le document précédemment distribué, mais dont les participants avaient connaissance de par leurs pratiques et leurs réflexions, comme l'illustrent les extraits suivants :

« *Il y a les facteurs de risque et de l'autre côté on retrouve à peu près la même chose mais en protection* » ; *« on a l'impression que les facteurs de risque et les facteurs de protection c'est inversement les mêmes et ça me paraît moins compliqué vu comme ça* »

« *Moi j'me dis que c'est pas simple parce que finalement des facteurs de risque peuvent être des facteurs de protection et vice versa selon le contexte* ». La prise en compte du contexte est essentielle, ce qui soulève la question du changement d'environnement et de contexte lors d'un placement et l'ouverture sur de potentiels nouveaux facteurs de protection. Cet extrait illustre bien cette idée « *moi ça m'a éclairé sur une situation où je remarque que les facteurs de protection sont en train de disparaitre parce que y'a plus d'activités extra-scolaires, parce que les enfants vont de moins en moins à l'école et c'est venu m'éclairer sur ça, et que du coup les facteurs de protection ils vont peut-être venir d'un milieu autre* ». Cette intervention a permis d'amener le groupe à réfléchir sur l'idée qu'un facteur de risque isolé n'équivaut pas forcément à un danger mais que c'est le cumul, le caractère chronique et l'aspect exponentiel des facteurs de risque qui représentent ce danger. Une participante dit d'ailleurs : « *le cumul et la durée parce qu'une famille peut traverser une crise où il va y avoir un maximum de facteurs de risque mais ça va être passager* ».

Cette séance a également permis d'ouvrir un « champ de possibles » dans leurs pratiques : « *moi ce qui m'a sauté aux yeux c'est le potentiel de résilience chez tous les sujets parce que moi je pensais que peut être tout le monde n'avait pas accès à la résilience* » ; « *savoir qu'on peut repérer des facteurs et s'appuyer sur certains c'est ce que je trouve intéressant* ».

Enfin, la plupart des participants a pu verbaliser que ce concept les renvoyait à leur histoire personnelle et que cela facilitait sa compréhension : « *ça nous renvoie aussi à nous, à notre histoire »* ; « *on a tous rencontré des personnes qui nous ont aidés dans notre cheminement et qui nous ont amenés à être ce que nous sommes aujourd'hui* » ; « *ce concept là je le trouve relativement parlant parce que j'arrive moi-même à me l'illustrer par rapport à mon vécu, après ce qui va être intéressant c'est comment je le mets en pratique du point de vue professionnel avec les enfants que je vais avoir à accompagner* ». Ainsi, cela confirme notre idée de départ que la résilience du professionnel peut influencer la résilience de l'enfant qu'il accompagne. En ayant vécu et conscientisé son propre processus de résilience, le professionnel sera probablement plus à même de déceler et de développer les facteurs de protection internes ou externes des enfants pris en charge.

5. Conclusion et Perspectives

Nous avons pu observer que les fondements de la résilience sont connus par la quasi-totalité des membres du groupe sans pour autant être identifiés et mis en perspective. Cela rejoint un point essentiel que nous avons souligné dans la revue de la littérature : malgré les similarités retrouvées dans l'ensemble des interventions, seules huit sur seize contiennent le mot clé « résilience ». Cet élément nous laisse penser qu'il est fort probable que des interventions de résilience assistée se développent bien plus que nous ne pouvons le comptabiliser mais qu'elles n'en portent pas le nom. Par exemple, bon nombre d'interventions axées sur les « stratégies de parentalité positive » constituent une forme de résilience assistée puisqu'elles visent à accompagner les parents vers le développement de facteurs de protection (accroître l'estime de soi de son enfant, accroître son sentiment de contrôle sur sa vie, utiliser plus souvent l'humour, etc.).

La résilience assistée est associée à l'idée d'une intervention de type maïeutique, ce qui implique que c'est à chacun de créer sa résilience et sa culture de la résilience. Cependant, la résilience est un concept rattaché à une définition et auquel sont associées plusieurs notions, notamment celles de facteurs de risque et de protection qui, en raison des résultats de nombreuses études sur le sujet, sont délimités et communs à une population donnée (p. ex., l'estime de soi chez les enfants maltraités ; le sentiment de contrôle et de compétence chez les minorités ethniques). Ainsi, la résilience assistée s'appuie sur la créativité de ses protagonistes et est mise en application dans un cadre délimité. La culture de la résilience relève donc d'une culture commune qu'il revient à chacun de s'approprier et de développer selon la compréhension qu'il a des notions rattachées à cette culture.

Ces éléments renvoient au fait qu'il existe certainement une culture de la résilience propre à chaque professionnel et à chaque structure ou établissement. Qu'apporte alors l'intervention de résilience assistée que nous menons actuellement dans l'institution dédiée à l'accueil des enfants et adolescents à risque ?

Plusieurs effets (immédiats ou à plus long terme) peuvent déjà être mentionnés :

- cette intervention, en transformant cette culture « implicite » en culture « explicite », permet de nommer les notions et les pratiques liées à la résilience, offrant ainsi à tous les éducateurs un socle commun de connaissances et de références ;

- les actes éducatifs inscrits dans un processus de résilience assistée deviennent plus efficients puisqu'ils sont d'emblée perçus par tous comme tels (et ne courent plus le risque d'être des actes isolés de certains membres de l'équipe). De plus, chacun peut ainsi plus aisément en percevoir les intérêts et les limites ;

- ce type d'intervention, en offrant à tous une culture commune de la résilience, permettra de rendre cette idée plus présente dans l'esprit de chacun au quotidien et renforcera ainsi les actes éducatifs à visée de résilience assistée ;

- s’appuyer sur les connaissances et les apports de chacun dans ce domaine consolide les facteurs de protection des professionnels (confiance en soi notamment) et renforce la cohésion et le partage entre professionnels.

Ces bénéfices ont été mis en avant lors des entretiens individuels menés avec les membres de l’équipe ayant dû quitter l’intervention en cours de programme.

En conclusion, l’intervention proposée dans le cadre de cette recherche semble favoriser une culture partagée de la résilience au niveau institutionnel.

Références

Anzieu, D. (1999). *Le groupe et l'inconscient*. Paris: Dunod.

Bandura, A. (1980). *Social learning theory.* New Jersey: Prentice-Hall; 1976. Trad.: *L'apprentissage social*. Liège: Mardaga; 1980.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development:experiments by nature and design.* Cambridge: Harvard University Press.

Chamberlain, P., Price, J., Leve, L. D., Laurent, H., Landsverk, J. A., & Reid, J. B. (2008). Prevention of Behavior Problems for Children in Foster Care: Outcomes and Mediation Effects. *Prevention Science*, *9*(1), 17–27.

Ionescu, S. (2011). *Traité de résilience assistée*. Paris: Presses Universitaires de France.

Linares, L. O., Montalto, D., Li, M., & Oza, V. S. (2006). A promising parenting intervention in foster care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(1), 32–41.

Pratiques novatrices pour favoriser la résilience de jeunes enfants issus de milieux défavorisés

Colette Jourdan-Ionescu
Département de psychologie
Membre du Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire
Université du Québec à Trois-Rivières, Canada
Tél. : +1 (819) 376-5011, poste 3550
Colette.jourdan@uqtr.ca

Francine Julien-Gauthier
Département des fondement et pratiques en éducation
Université Laval, Canada
Tél. : +1 (418) 656-2131, poste 6007
Francine.Julien-Gauthier@fse.ulaval.ca

Résumé

L'Aide Individuelle aux Devoirs et leçons à Domicile (AIDD) vise, par la venue à la maison d'un mentor bénévole pour la période des devoirs, à favoriser la mise en place de facteurs de protection permettant l'*empowerment* des enfants issus de milieux défavorisés et de leurs parents. Il s'agit d'une approche préventive écosystémique visant l'éducation pour la résilience de l'enfant ayant des difficultés importantes d'adaptation scolaire et sociale et de son parent. Par l'étayage du mentor bénévole, tuteur de résilience, l'enfant et le parent améliorent leur vision de la période des devoirs et de l'école. De plus, les liens développés avec l'enseignant modifient sa perception de l'enfant et de ses parents et favorisent les apprentissages à l'école et à la maison.

Mots-clés : Aide aux devoirs – bénévole – domicile – tuteur de résilience – éducation pour la résilience

Abstract

Individual homework support aims, through the home visit of a volunteer mentor for the homework period, to promote the establishment of protective factors for the empowerment of children from disadvantaged backgrounds and their parents. It is an ecosystemic preventive approach to education for the resilience of the child with significant educational and social coping difficulties and parent. Through the support of the volunteer mentor, resilience tutor, the child and the parent improve their vision of homework and school time. In addition, the links developed with the teacher modify his perception of the child and his parents and promote learning at school and at home.

Keywords: Homework Help - Volunteer - Home - Resilience Tutor - Education for Resilience

1. Introduction

Cette pratique s'inscrit dans une approche préventive et écosystémique qui vise à favoriser la mise en place de facteurs de protection, autant chez l'enfant à risque lui-même que chez sa famille et dans sa classe. Le but du projet appelé « Aide individuelle aux devoirs et leçons à domicile » (AIDD) n'est pas de remplacer le parent dans son rôle de soutien lors de la période de devoirs. Il s'agit de lui proposer un modèle pour l'y aider et lui offrir les outils nécessaires à un encadrement adéquat du travail de son enfant au retour de l'école, tout en facilitant son intégration et sa réussite scolaire, notamment grâce à la venue à domicile d'un bénévole-tuteur de résilience pour une période de devoirs par semaine.

Après la description du contexte théorique, l'AIDD sera décrite. Les limites et les apports de cette intervention seront présentés ainsi que son appropriation par les intervenants du milieu.

2. Contexte théorique

Les concepts à la base de ce projet sont l'éducation pour la résilience (Brown, 2001; Jourdan-Ionescu, 2017) et l'intervention axée sur la résilience (Jourdan-Ionescu, 2001) ou la résilience assistée (Ionescu, 2011).

Dans l'objectif de « préparer les jeunes à devenir des apprenants tout au long de leur vie » et des « membres productifs, bienveillants et responsables de la communauté » (Gillham, Abenavoli, Brunwasser, Linkins, Reivich et Seligman, 2013, p. 614), il est important qu'ils vivent l'école de façon positive et que la période des devoirs contribue à leur réussite scolaire. Ceci favorisera leur engagement actif face aux connaissances, aux apprentissages et à leur entourage, ce qui leur permettra de se sentir responsables des actions posées.

Certains enfants rencontrent de nombreuses adversités au début de la scolarité que ce soit au niveau individuel (manque de sécurité affective, vécu d'échec, faible estime de soi, perte d'espoir pour l'avenir, stigmatisation perçue, etc.), familial (sous-scolarisation des parents, vécu personnel d'échec scolaire, image négative de l'école, stimulation inadéquate de l'enfant, manque d'intérêt pour la réussite scolaire, cadre éducatif inadéquat, climat familial tendu, parents démunis, stressés, culpabilisés, etc.) et environnemental (tensions entre l'école et la famille, stigmatisation de l'enfant et de la famille, non utilisation des services, relations avec les pairs difficiles, réseau social faible ou inadéquat, effet Pygmalion négatif, etc.).

Pour ces jeunes à risque, l'éducation pour la résilience est apparue pour répondre aux limitations de l'éducation visant la mise en place de dispositifs de remédiation (Brown, 2001). Il s'agit ici bien plus de tenir compte de l'ensemble des défis de la vie scolaire et de développer « des habiletés de prise de décision et des compétences affectives […] et de la capacité d'être en lien avec des personnes dans le contexte d'une communauté d'apprentissage saine et démocratique » (Brown, D'Emidio-Caston, & Benard, 2001). Concevant que tout enfant a des forces et des compétences et un potentiel de résilience naturelle, il faut faciliter l'acquisition de

compétences individuelles et relationnelles permettant de faire face, le mieux possible, aux adversités aigues et chroniques qui peuvent être rencontrées au cours de la vie et spécifiquement durant la scolarité (Ionescu, Bouteyre, Jourdan-Ionescu et Julien-Gauthier, 2016). Dans ce contexte, l'intervention de résilience assistée (concept élaboré par Ionescu dans le *Traité de résilience assistée*, 2011) permet de renforcer la résilience naturelle par l'ajout d'une intervention individualisée conduite en partenariat avec les parents favorisant l'*empowerment* de l'enfant et de sa famille. Le développement et la consolidation de facteurs de protection individuels, familiaux et environnementaux est visé, partant de l'approche positive basée sur les forces (Proctor, Tsukayama, Wood, Maltby, Fox Eades, & Linley, 2011) existant chez l'enfant et son entourage. Ceci favorise le fait de redonner espoir à l'enfant et à sa famille qui constitue un des objectifs essentiels et facteurs clé du processus de résilience (Walsh, 2002). D'ailleurs, les résultats de Pomerantz, Wang & Ng (2005) montraient l'importance des affects positifs des mères pour que la période des devoirs ne mène pas à de l'impuissance apprise pour les enfants et des affects négatifs pour la mère. Le fait de considérer les parents comme partenaires proactifs facilite leur *empowerment* et leur autonomie dans l'avenir. Quant à l'enfant, quand il est considéré comme capable de réaliser des apprentissages, on met en place un effet Pygmalion positif et il peut prendre confiance en ses capacités. Enfin, le partenariat avec la communauté est essentiel car il permet de viser une réelle alliance entre les mentors bénévoles, les parents, les enseignants, les professionnels et les autres ressources sollicitées (comme lors des activités de loisirs).

3. Contexte du projet

L'AIDD vise avant tout la concertation avec les milieux d'intervention d'où origine la demande (région rurale comprenant de nombreuses familles en situation de vulnérabilité). Après identification d'une problématique (enfants 5-8 ans, problèmes d'adaptation scolaire et sociale en lien avec des problèmes familiaux), nous avons élaboré le projet (prévention par le développement des facteurs de protection selon un cadre écosystémique) en visant sur la mise en place d'une ressource de soutien à domicile (permettant un soutien individualisé). Pour les jeunes, la famille constitue une source de protection contre les effets de l'exposition au risque. Les processus familiaux, au moyen desquels le jeune est protégé contre le risque et le développement positif est encouragé, sont considérés comme des aspects de la résilience (Ungar, 2010, Walsh, 2016). Lorsque la famille immédiate d'un enfant éprouve de la difficulté à remplir ces fonctions, d'autres systèmes peuvent fournir les ressources nécessaires pour qu'un enfant surmonte l'adversité. La mobilisation de membres de la collectivité nous est apparue comme un des principes de base pour favoriser la consolidation du travail réalisé au plan écosystémique.

Concrètement, face aux difficultés rencontrées à l'école et à leurs conséquences lors de la période de devoirs, ce projet repose sur la venue à la maison d'un bénévole qui exercera un rôle de tuteur de résilience pour l'enfant. Ce bénévole doit constituer un modèle d'identification pour l'enfant et les parents (Jourdan-Ionescu, Palacio-Quintin, Desaulniers, & Couture, 1998; Southwick et Charney, 2012). C'est un modèle: 1) de relation positive et d'encouragement à long terme; 2) de représentation positive de l'école et de lien avec l'école; 3) de conception des devoirs

et des leçons comme un moment agréable et 4) d'organisation pour la période de devoirs (et donc, pour l'école) et d'encadrement. La période des devoirs peut alors reprendre son sens de période durant laquelle l'enfant peut faire son travail dans un contexte soutenant et agréable, permettant les erreurs et récompensant les efforts et les petites victoires.

Pour réaliser cela, le bénévole doit mettre en place un excellent accordage qui permettra de développer une bonne relation avec l'enfant et son entourage, pour pouvoir apporter un soutien à l'enfant durant une relation positive à long terme et offrir un soutien aux parents. Ceci permettra d'enrichir le réseau social de l'enfant et des parents et de constituer une référence pour l'enseignant et les divers intervenants auprès de l'enfant et de sa famille (le bénévole agissant en tant que médiateur ou agent de liaison).

4. Méthode

4.1 Clientèle

Ce projet s'adresse aux enfants en difficulté d'adaptation scolaire (difficultés d'intégration sociale, difficultés scolaires, en voie de redoublement ou redoublant), âgés entre 5 et 8 ans, provenant de milieux socioéconomiques et culturels défavorisés et dont le(s) parent(s) présente(nt) des problèmes d'adaptation (familles monoparentales, instables, parent avec trouble de personnalité, etc.).

Les parents doivent s'engager pour recevoir les services de l'AIDD : ils doivent être consentants et demandeurs de services pour la période de devoirs et leçons; ils doivent s'engager à être présents; ils doivent participer activement à la période de devoirs et leçons avec leur enfant et le bénévole et ils doivent mettre en pratique les acquis les autres soirs de la semaine.

4.2 Description du programme AIDD

Visant à mettre en place les facteurs de protection présentés dans le Tableau 1, les objectifs généraux pour chacun des enfants sont les suivants :

- Être capable de parler, de mettre des mots sur ce qu'il vit durant la semaine;
- Améliorer les apprentissages dans les différentes matières (mathématiques, français, etc.);
- Établir une routine favorable aux apprentissages;
- Augmenter la motivation vis-à-vis de l'école;
- Favoriser une meilleure estime de soi en lien avec l'école;

- Et fournir un modèle au parent (le plus souvent, la mère) dans l'encadrement de l'enfant lors de la période de devoirs.

Tableau 1. Facteurs de protection visés par l'AIDD

Individuels
• Valorisation des forces de l'enfant • Apprentissage de la capacité de s'organiser durant les devoirs • Développement d'un lien de confiance avec l'enseignant • Association entre apprentissage, plaisir et réussite
Familiaux
• Mise en place d'un cadre éducatif, stimulant et chaleureux • Croyance du parent en ses capacités et en celles de son enfant • Écoute et soutien • Amélioration des relations avec l'école
Environnementaux
• Nouveau membre du réseau social offrant écoute, soutien, aide • Lien avec les ressources et services (école, entourage, organismes communautaires) • Modèle de réussite scolaire reconnu par la communauté (enfant, parent et enseignant)

4.2.1 Description d'une activité hebdomadaire

Une fois par semaine, le bénévole se rend au domicile pour œuvrer directement avec les enfants et leur famille dans leur milieu de vie (environ une heure par semaine). Cette rencontre commence par une période d'échange avec l'enfant sur sa dernière semaine et ses réussites (15 minutes), suivie par une période d'aide aux devoirs avec le parent participant (30 minutes), puis par des activités de renforcement par un jeu que l'enfant aura choisi.

4.2.2 Bénévoles – tuteurs de résilience

Les bénévoles reçoivent une formation avant d'aller rencontrer la famille. Cette formation de deux jours permet de présenter : les éléments éthiques pour éviter la stigmatisation de l'enfant et de la famille, l'importance de l'établissement du lien avec l'enfant et le parent (et pour cela il faut insister sur la présence du parent qui est obligatoire); des conseils pour aider à développer une bonne ambiance à la maison; le fait de toujours souligner les réussites de l'enfant et du parent et les liens à favoriser avec la communauté. Ensuite, les bénévoles peuvent se reporter au guide

qui leur est remis (Jourdan-Ionescu, Gaudreault, Couillard, Chassé, Tourigny, Chagnon, Bernier, & Julien-Gauthier, 2007).

Les bénévoles doivent bénéficier d'une supervision (individuelle et en groupe) afin, au départ, de les rassurer sur leur rôle et leurs actions, de maintenir leur motivation, de reconnaître l'importance de leur contribution et de souligner le développement de leurs compétences au fil de leurs actions. Cette supervision permet de les informer sur les moyens qui peuvent être mis en place pour faciliter l'adaptation scolaire et sociale de l'enfant (en fonction des besoins spécifiques de l'enfant) et de les amener à consolider le partenariat avec les collaborateurs du milieu, à créer des liens durables et significatifs, ce qui permet aussi de favoriser la pérennité du programme. Certains instruments, comme le cahier de correspondance enseignant-bénévole, favorisent ces liens.

Pour les familles, il est possible de faire des recommandations générales (à adapter pour chaque famille), comme : limiter l'espace personnel; ajouter des récompenses en fin de semaine; prendre plaisir aux repas en famille; faire davantage d'activités physiques partagées; montrer comment faire de la relaxation mère-enfant et régulariser la discipline, les limites à rappeler aux enfants.

5. Limites et apports de l'AIDD

Évidemment, ce type d'intervention de résilience assistée n'est pas chose facile et comporte son lot de limites : 1) le recrutement des bénévoles en contexte rural défavorisé est difficile étant donné qu'il faut généralement une voiture; 2) le jumelage est complexe en fonction des grandes distances à parcourir et des allergies dont il faut tenir compte (par exemple, allergie aux chats); 3) il faut informer du projet toutes les personnes et ressources touchées (école, intervenants spécialisés, etc.); 4) il est difficile de maintenir la motivation des bénévoles (plusieurs bénévoles songent à ne pas renouveler leur mandat au bout d'une année); 5) le travail de supervision des bénévoles est alourdi par la difficulté du bénévole à s'accorder aux différences et aux nombreux besoins; 6) les objectifs de prévention primaire et secondaire sont souvent dépassés en fonction de la clientèle; 7) la nécessité de travailler en partenariat avec les nombreux intervenants de différentes formations impliqués dans les dossiers des enfants complexifie le travail du bénévole et de son superviseur.

Par contre, cette intervention de résilience assistée mise en place dans la communauté par une équipe universitaire en réponse à une demande du milieu permet de répondre à des besoins non comblés. En effet, l'AIDD s'insère de manière non stigmatisante et permet à l'enfant de vivre des réussites en profitant de l'étayage d'une personne pour laquelle l'école est valorisée. Le parent, quant à lui, reprend confiance en ses possibilités et reproduit ce qu'il a vu fonctionner avec le bénévole. Cette stratégie d'éducation pour la résilience apporte donc un soutien tangible à l'enfant et au parent en visant leur empowerment. Enfin, le lien avec l'école se rétablit grâce aux objectifs à viser et l'enseignant modifie sa perception de la situation. L'AIDD est une

intervention à coût faible et dont les effets sont durables et généralisables à d'autres sphères que la scolarité.

L'AIDD est un projet de recherche qui a été implanté dans un milieu défavorisé, en étroite collaboration avec les intervenants scolaires et sociaux et les organismes d'aide aux enfants et aux familles. À la fin des deux années du projet, les résultats militent en faveur d'en assurer la pérennité pour soutenir la réussite scolaire d'enfants éprouvant des difficultés importantes d'adaptation scolaire et sociale. Ces deux années de collaboration avec le milieu scolaire et plus particulièrement avec un organisme d'aide aux familles ont permis de créer une base solide de concertation et de collaboration. À la fin du projet de recherche, le milieu scolaire a contribué financièrement pendant les deux années suivantes, à même un budget de soutien à la réussite scolaire, à assurer la continuité de l'AIDD. Pendant cette période, l'organisme d'aide aux familles a également offert de la formation pour la mise en place de l'AIDD dans d'autres régions. Et aujourd'hui, l'AIDD fait partie des activités proposées aux familles démunies face aux difficultés scolaires de leurs enfants dans les douze municipalités de la région. Des modifications à la formule initiale ont été apportées, notamment en raison d'une réorganisation des services sociaux accessibles aux familles vivant en situation de pauvreté. L'AIDD dans sa formule renouvelée se poursuit, visant toujours l'éducation et le soutien à la résilience des enfants et de leur famille. Au fil des ans, de nouvelles stratégies de résilience assistée ont été développées (le soutien au parent dans les communications avec l'enseignant remplace progressivement les activités de médiation de type : tuteur de résilience/enseignant), les liens avec les familles et les ressources du milieu se consolident et l'avenir est prometteur.

Références

Brown, J. H. (2001). Systemic reform concerning resilience in education. *TechTrends*, *45*(4), 47-54.

Brown, J. H., D'Emidio-Caston, M., & Benard, B. (2001). *Resilience education*. Thousand Oaks, CA: Corvin Press.

Gillham, J. E., Abenavoli, R.M., Brunwasser, S. M., Linkins, M., Reivich, K. J., & Seligman, M. E. P. (2013). Resilience education. Dans S. A. David, I. Boniwell & A. Conley Ayers (Éds), *The Oxford Handbook of Happiness*. New York, NY: Oxford University Press.

Ionescu, S. (2011). *Traité de résilience assistée*. Paris, France: PUF.

Ionescu, S., Bouteyre, E., Jourdan-Ionescu, C., & Julien-Gauthier, F. (2016). La résilience dans le domaine de l'éducation. Dans S. Ionescu (Dir.), *Résiliences. Ressemblances dans la diversité* (pp. 138-171). Paris, France: Odile Jacob, 138-171.

Jourdan-Ionescu, C. (2001). Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. *Revue Québécoise de Psychologie*, *22*(1), 163-186.

Jourdan-Ionescu, C. (2017). *Éducation pour la résilience et culture de la résilience : quels programmes, quels résultats ? Communication présentée au Symposium international organisé par Resilio, l'Institut pour l'étude et le traitement des traumas et la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Bucarest, De la théorie à la pratique : bilan des programmes d'intervention basés sur la résilience*. Bucarest, Roumanie, 27 octobre.

Jourdan-Ionescu, C., Gaudreault, J., Couillard, M., Chassé, E., Tourigny, J., Chagnon, M.-L., Bernier, C., & Julien-Gauthier, F. (2007). *Aide individualisée aux devoirs et leçons à domicile. Rapport d'implantation.* Trois-Rivières, Canada: Université du Québec à Trois-Rivières.

Jourdan-Ionescu, C., Palacio-Quintin, E., Desaulniers, R., & Couture, G. (1998). *Étude de l'interaction des facteurs de risque et de protection chez de jeunes enfants fréquentant un service d'intervention précoce*. Rapport de recherche présenté au Conseil Québécois de la Recherche Sociale. Trois-Rivières, Canada: GREDEF.

Pomerantz, E.M., Wang, Q., & Ng, F.F-Y. (2005). Mothers'affect in the homework context: The importance of staying positive. *Developmental Psychology*, *41*(2), 414-427.

Proctor, C., Tsukayama, E., Wood, A., Maltby, J., Fox Eades, J., & Linley, P.A. (2011). Strengths Gym: The impact of a character strengths- based intervention on life satisfaction and well-being of adolescents. *The Journal of Positive Psychology*, *6*(5), 377-388.

Southwick, S.M., & Charney, D.S. (2012). *Resilience, The science of mastering life's greatest challenges*. Cambridge, United-Kingdom: Cambridge University Press.

Ungar, M. (2010). What is resilience across cultures and contexts? Advances to the theory of positive development among individuals and families under stress. *Journal of Family Psychotherapy*, *21*(1), 1-16.

Walsh, F. (2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations*, *51*(2), 130-137.

Walsh, F. (2016). *Strengthening family resilience*. New York, NY: The Guilford Press.

Wright, M.O.D. & Masten, A.S. (2005). Resilience processes in development. Fostering positive adaptation in the context of adversity. Dans S. Goldstein & R.B. Brooks (Eds), *Handbook of resilience in children* (pp. 17-37). New York, NY: Kluver Academic/Plenum Publishers.

La négligence parentale : cultures professionnelles et formation réflexive dans les services pour la protection à l'enfance

Ombretta Zanon
Laboratoire de Recherche et Intervention en Éducation Familiale
Université de Padoue, Italie
Tél. : +39.049 8271745
ombretta.zanon@gmail.com

Marco Ius
Laboratoire de Recherche et Intervention en Éducation Familiale
Université de Padoue, Italie
Tél. : +39.049 8271745
marco.ius@unipd.it

Diego Di Masi
Laboratoire de Recherche et Intervention en Éducation Familiale
Université de Padoue, Italie
Tél. : +39.049 8271745
diego.dimasi@unipd.it

Paola Milani
Laboratoire de Recherche et Intervention en Éducation Familiale
Université de Padoue, Italie
Tél. : +39.049 8271745
paola.milani@unipd.it

Résumé

La recherche s'est déroulée dans le contexte de Programme d'intervention pour la Prévention de l'Institutionnalisation (P.I.P.P.I.), un programme d'innovation sociale démarré en Italie en 2011, qui a pour but d'implanter des interventions novatrices pour soutenir les familles négligentes et réduire le risque de placement des enfants. La recherche visait à comprendre comment la formation réflexive et interprofessionnelle conduite dans le programme pouvait provoquer un changement des représentations des professionnels envers les familles. Les données, obtenues par des outils quantitatifs et qualitatifs et en particulier par l'analyse du discours des professionnels, ont montré un changement partiel de ces représentations.

Mots-clés : Négligence parentale, représentations sociales, pratiques discursives, formation réflexive

Parental neglect: Professional cultures and reflective training in child protection care services

Abstract

The study took place in the context of the P.I.P.P.I. (Intervention Program for the Prevention of Institutionalization), a social innovation program started in Italy in 2011, which aims to implement innovative interventions to support negligent families and reduce the risk of the placement of children. The study aimed to understand if and how the reflexive and inter-professional training conducted in the program could lead to a change in the representations of professionals towards families. The data obtained using quantitative and qualitative tools, and in particular, through the analysis of the professionals' discourse, showed a partial change of these representations.

Keywords: Parental neglect, social representation, discoursive practice, reflective training

1. Contexte théorique

La recherche s'est déroulée dans le contexte de la deuxième implantation du Programme d'intervention pour la Prévention de l'Institutionnalisation (P.I.P.P.I.), un programme d'innovation sociale démarré en Italie en 2011, à l'initiative du ministère des Politiques sociales, dans un partenariat avec l'Université de Padoue (Laboratoire de Recherche et Intervention en Éducation Familiale) (Milani, Ius, Serbati, Zanon, Di Masi, & Tuggia, 2015).

Inspiré de pratiques de protection déjà validées dans le contexte international (Lacharité, 2014; Parker, Ward, Jackson, Aldgate, & Wedge, 1991), le programme P.I.P.P.I. vise à tester et à disséminer des actions innovantes pour le soutien des familles négligentes ayant des enfants âgés de 0 à 11 ans. Le but du programme est de réduire les risques de placement des enfants ou, si le placement est déjà mis en place, de le réaliser d'une façon appropriée, par le biais d'une évaluation complète et d'un plan d'action global. La méthode garantit des dispositifs d'aide aux familles négligentes en formule intensive (home intensive care) et intégrée entre les différents réseaux de soutien formel et informel de la famille. La participation directe des enfants et des parents à l'évaluation de leurs besoins et de leurs ressources et à la construction du plan d'action est considérée comme un important facteur prédicteur de l'efficacité des actions.

Le modèle logique du programme prévoit que le succès de l'implantation (S) soit le résultat de l'interdépendance entre trois macro-dimensions : les Résultats (finaux et proximaux), les Contextes (culturel, organisationnel et professionnel) et les Processus (de formation et d'intervention), selon la formule : S = f (Résultats, Contextes, Processus) (Ogden, Bjørnebekk, Kjøbli, Patras, Christiansen, Taraldsen, & Tollefsen, 2012).

La recherche a exploré la macro-dimension des Processus du programme, pour analyser l'impact qu'une formation réflexive et continue entre les professionnels et les chercheurs, mise en œuvre dans des rencontres périodiques (appelés « tutoraggi »), peut avoir sur la transformation des représentations des professionnels envers les familles négligentes et, en conséquence, sur leurs pratiques.

À la base d'une approche novatrice à la formation, il y a un concept de l'apprentissage des adultes dans les organisations, qui ne requiert pas seulement une accumulation d'informations, mais plutôt une modification des « perspectives de sens » précédentes (Bateson, 1972; Popper, 1934). Dans ce vaste cadre théorique, la notion de « représentations sociales » (Moscovici, 1961) a été analysée, car la structure multidimensionnelle des représentations implique que la transformation de leurs parties périphériques, grâce à l'impact des nouvelles théories et pratiques, affecte progressivement le « noyau central » et ses significations (Abric, 1994). Une méthodologie de formation cohérente permet alors aux professionnels d'apprendre par la narration et l'analyse intersubjective sur leur propre expérience (Dewey, 1933 ; Schön, 1983).

Les rencontres de formation réflexive qui se sont déroulées pendant le programme P.I.P.P.I. (les « tutoraggi ») ont ainsi pour but de faciliter l'expression de la « sémantique de l'action » des

professionnels impliqués, en favorisant la production de « savoirs pratiques » (Ricœur, 1977). Ceci grâce à l'activité que les chercheurs ont menée de façon régulière qui a permi la restitution de données recueillies au cours du programme (Milani, 2015), afin de faire un retour entre l'activité de recherche et celle de la pratique.

2. Méthodologie

La recherche s'est déroulée dans la ville de Bologne, l'une des 10 villes italiennes où le programme a été réalisé. Elle a impliqué 28 professionnels d'équipes multidisciplinaires (dont la composition est montrée dans la figure 1), 11 familles et 23 enfants.

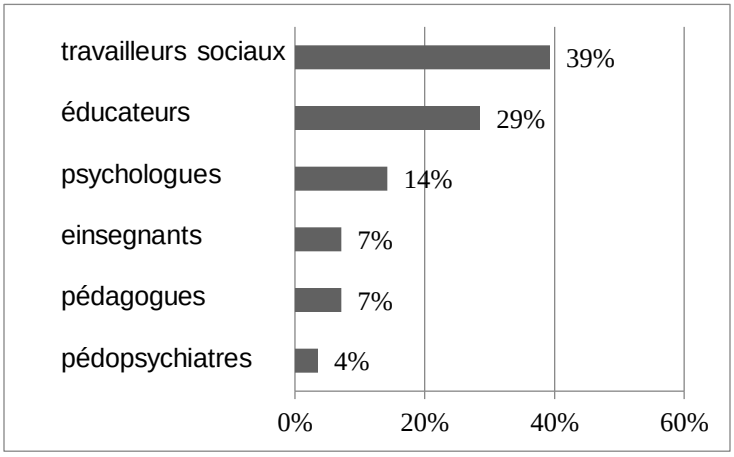

Figure 1 : Composition des équipes multidisciplinaires

La recherche adopte une approche multi-méthode, visant à comprendre les représentations des professionnels envers les familles négligentes dans la phase initiale (T0) et à vérifier les changements dans la phase finale (T2).

Les outils quantitatifs suivants ont été utilisés : questionnaire « Pré-Post évaluation » (Milani *et al*., 2015), questionnaire « Monde de l'Enfant » – Dimension « Famille » (Milani *et al*., 2015), questionnaire « Perceptions des professionnels envers les familles » (Lacharité, 2014), et la transcription des discours que les professionnels ont produit pendant le *focus group* initial et le *focus group* final et pendant 3 « tutoraggi », qui sont présentés dans le tableau 1 et le tableau 2.

Tableau 1 : Données des *focus groups* réalisés à T0 et à T2

Typologie de réunion	**Temps d'enregistrement audio/Nombre de caractères de la transcription**
Focus group T0 (FGT0)	2h05'/102.590
Focus group T2 (FGT2)	2h36'/122.498
Total	4h41'/225.088

Tableau 2 : Données des « tutoraggi » réalisés à T0, T1 et T2

Temps du programme	**Thèmes**	**Méthode des réunions**	**Temps d'enregistrement audio/Nombre de caractères de la transcription**
T0	Évaluation et projet avec les familles	avec chaque équipe	3h10'/188.655
T1	Suivi du projet : résultats proximaux (travail en équipe, dispositifs d'intervention, participation des familles)	avec toutes les équipes ensemble	2h45'/162.438
T2	Évaluation du projet avec les familles : résultats finaux	avec toutes les équipes ensemble	2h52'/171.974
Total			8h42'/523.067

Les protocoles des conversations ont été analysés selon une procédure mixte (qualitative et quantitative), par 1) l'identification des catégories de codage des unités textuelles, en cohérence avec les dimensions et les sous-dimensions du modèle logique d'implantation du

programme; 2) le codage et le comptage des unités textuelles associées à chaque catégorie identifiée, par l'utilisation du logiciel d'analyse qualitative ATLAS.ti; et 3) l'analyse du contenu des unités textuelles codées.

3. Résultats

3.1 Résultats des outils quantitatifs

La comparaison T0-T2 des données quantitatives montre une évaluation plus positive des capacités éducatives des parents et de la condition globale de protection et de soins pour les enfants impliqués dans la recherche (voir tableau 3 et tableau 4).

Tableau 3 : Résultats T0-T2 du questionnaire « Monde de l'Enfant » – Dimension « Famille »

	M T0	M T2	M T2-T0	Différence M T0-T2
Soins de base et sécurité	3,3	3,4	0,2	5,1 %
Stabilité affective	3,3	3,6	0,2	6,1 %
Règles et valeurs	3,2	2,9	-0,3	-10,4 %
Jeu et stimulation du développement	3,2	3,1	-0,1	-2,8 %
Satisfaction des parents comme adultes	3,3	3,2	0,0	-1,4 %
Score total de la situation familiale	3,3	3,3	0,0	-0,3 %

Tableau 4 : Résultats T0–T2 du questionnaire « Preassessment-Postassessment »

	M T0	M T2	M T2-T0
Évaluation globale du risque pour les enfants	3,9	3,6	-0,3

3.2 Résultats des outils qualitatifs

La comparaison T0-T2 des unités textuelles montre que dans le premier focus group les discours entre les professionnels se sont concentrés sur le « faire » avec les familles et sur une lecture « en dehors » des situations familiales, probablement à cause d'une notion de protection qui demande un changement seulement par les parents. Au contraire, la conversation du focus group final a eu comme thème principal l'impact des « théories » subjectives des professionnels sur leur pratique. La figure 2 présente la comparaison T0-T2 du codage des protocoles dans les sous-dimensions de la macro-catégorie « Relation et intervention auprès les familles négligentes » (dimension des « Processus ») : on peut observer qu'à T0 les professionnels ont parlé pour la plupart des difficultés des familles; à T2 ils ont étendu leur regard en analysant les ressources et

les transformations positives des parents et les variables écologiques et systémiques de la parentalité.

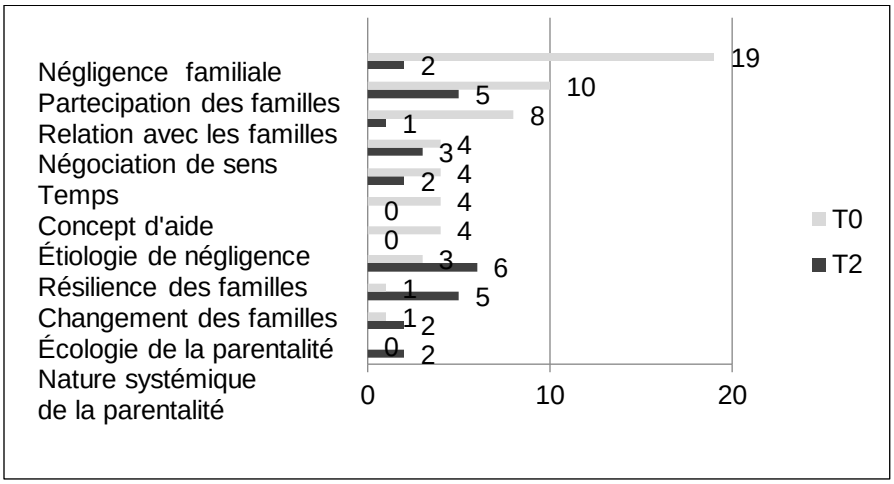

Figure 2 : Total des unités textuelles FGT0 FGT2-codées dans la macro-catégorie : « Relation et intervention auprès les familles négligentes »

La plus grande partie de la conversation dans le temps total des 3 « tutoraggi » a été consacrée aux résultats proximaux, c'est-à-dire le niveau de participation des familles, les actions intégrées pour les soutenir et aux processus d'intervention qui affectent majoritairement l'expression et la transformation des représentations professionnelles envers les familles négligentes (voir la figure 3).

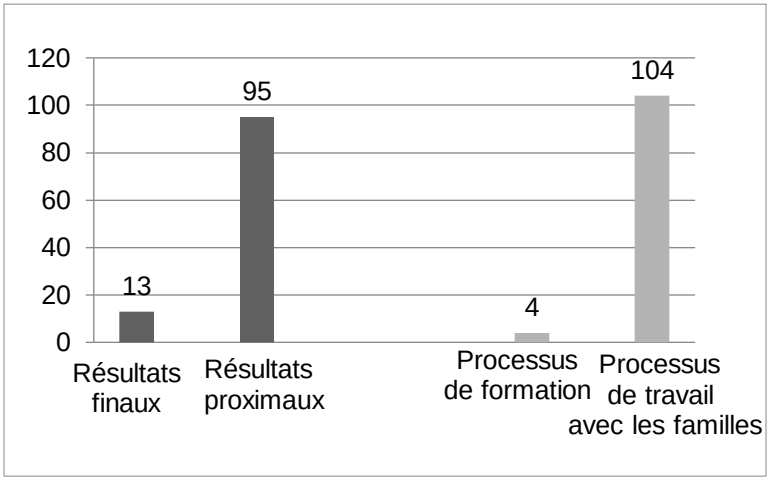

Figure 3 : Total des unités textuelles des 3 « tutoraggi » codées dans les catégories thématiques : « Résultats » et « Processus »

Les analyses quantitative et qualitative des unités textuelles dans les conversations, qui ont été codées, permettent la détection d'un changement dans le discours des professionnels, développé grâce à l'approche multidimensionnelle et écologique (Bronfenbrenner, 1979) de la

négligence parentale avec laquelle on a travaillé pendant le programme, qui a pu renforcer leur capacité de reconnaître les ressources des familles.

En ce qui concerne la question de recherche initiale, les résultats semblent donc indiquer une révision partielle du contenu et de la structure des représentations des professionnels, c'est-à-dire la transformation des éléments périphériques, qui peuvent affecter progressivement le « noyau central » et les significations profondes qu'il contient.

4. Discussion

Dans la recherche, les paramètres des « tutoraggi » qui semblent avoir contribué à la transformation de l'épistémologie professionnelle sont : le travail des professionnels en petit groupe permettant de réaliser des pratiques discursives et réflexives, l'exercice d'une « dialectique théorétique et pratique » (Habermas, 1984), la présence constante des chercheurs qui assurent la circularité entre la recherche et la pratique et la traduction des théories formelles en actions concrètes.

4.1 Limites méthodologiques

Dans la recherche on peut reconnaître des nœuds critiques en lien avec la difficulté d'identifier, dans les discours des professionnels, les éléments linguistiques (lexicaux et sémantiques) qui peuvent être considérés comme des indicateurs directs de leurs représentations. La durée de l'intervention formative (environ un an) peut aussi être considérée comme étant trop courte pour induire des changements dans les représentations des professionnels, surtout au niveau du noyau central. Il faut également mettre en évidence l'impossibilité dans l'interprétation des résultats de séparer l'effet de la variable de la formation de l'impact d'autres dimensions du programme.

4.2 Directions de développement

Les résultats de la recherche suggèrent des perspectives d'approfondissement en relation à différents aspects :

1. L'expansion et l'évaluation de l'efficacité des méthodes et outils pour la formation réflexive;

2. La possibilité concrète d'implantater, dans les services pour la protection de l'enfance, un modèle de formation caractérisé par l'analyse systématique et interprofessionnelle de l'expérience;

3. La connaissance des représentations des familles envers les services, en cohérence avec le principe de la participation directe de tous les acteurs impliqués dans la recherche.

Références

Abric, J. C. (1994). *Pratique sociale et représentations*. Paris, France: Presses universitaires de France.

Bateson, G. (1972/1976). Verso un'ecologia della mente (trad. it.). Milan, Italie : Adelphi.

Bronfenbrenner, U. (1979). *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologne, Italie : Il Mulino, 1986.

Dewey, J. (1961). *Come pensiamo: una riformulazione del rapporto fra il pensiero riflessivo e l'educazione, la nuova italia*. Florence, Italie : La nuova Italia.

Habermas, J. (1997). *Teoria dell'agire comunicativo.* Bologne, Italie : Il mulino.

Lacharité, C. (2014). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire: PAPFC2 Guide de programme* (éd. rév.). Trois-Rivières, Canada: CEIDEF/UQTR.

Milani, P. (2015). Analyse réflexive et co-construction des pratiques entre chercheurs et praticiens pour co-construire l'intervention entre praticiens et familles: questions et défis pour la recherche et la formation. Dans G. Seraphin (dir.) *Observer l'enfance en danger: articuler recherche et pratique en protection de l'enfance* (pp. 15-25). Paris, France : La Documentation Française.

Milani, P., Ius, M., Serbati, S., Zanon, O., Di Masi, D., & Tuggia, M. (2015). *Il Quaderno di PIPPI. Teorie, Metodi e strumenti per l'implementazione del Programma*. Padova, Italie : BeccoGiallo.

Moscovici, S. (2015). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris, France: Presses universitaires de France.

Ogden, T., Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., Patras, J., Christiansen, T., Taraldsen, K., & Tollefsen, N. (2012). Measurement of implementation components ten years after a nationwide introduction of empirically supported programs–a pilot study. *Implementation Science*, *7*(1), 49.

Parker, R., Ward, H., Jackson, S., Aldgate, J., & Wedge, P. (1991). *Looking After Children, Assessing Outcomes in Child Care: The report ojan independent working party established by the Department of Health*. Londres, Royaume-Uni : HMSO.

Popper, K.R. (1934/1970). *Logica della scoperta scientifica*. Turin, Italie : Eiunaudi.

Ricoeur, P. (1986). *La semantica dell'azione: discorso e azione* (Di fronte e attraverso, 156). Milan, Italie : Editoriale Jaca Book.

Schön, D. A. (1993). *Il Professionista riflessivo: per una nuova epistemologia della practica professionale*. Bari, Italie: Edizioni Dedalo.

Serbati, S., & Milani, P. (2013). *La tutela dei bambini: teorie e strumenti di intervento con le famiglie vulnerabili*. Rome, Italie: Carocci editore.

RPM-Android: New Results with a Tablet Application to Foster Resilience with Vulnerable Families

Marco Ius
University of Padua, Italy
marco.ius@unipd.it

Carlo Fantozzi
University of Padua, Italy
fantozzi@dei.unipd.it

Gian Maria Parigi Bini
University of Padua, Italy
g.parigibini@gmail.com

Edoardo Degli Innocenti
University of Padua, Italy
edosigma@gmail.com

Eduard Vaquero Tió
GRISIJ (Group de Recerca i Intervenciò Socioeducaitva en la Infancia i Joventut)
University of Lleida, Spain
Tél. : +34 973 706580
eduardvt@pip.udl.cat

Paola Milani
Laboratoire de recherche et d'intervention en éducation familiale
Université de Padoue, Italie
Tél. : 0039 0498271745
paola.milani@unipd.it

Abstract

The paper presents an explorative research about the use of the novel tablet application RPM-Android within P.I.P.P.I. (Program of Intervention for Prevention of Institutionalization). The app – together with RPMonline, to which it is linked – is based on the Italian adaptation of the British Common Assessment Framework and aims at providing integrated support for all the parties involved in the intervention process, in order to foster children-parent participation as a key aspect for a family's resilient trajectory. The presentation aims at showing the new features, the results of the first pilot research and the design of the second one.

Keywords: vulnerable families, family participation, resilience based tool, tablet app

Résumé

L'article présente une recherche exploratoire sur l'utilisation de la nouvelle application de la tablette RPM-Android au sein de P.I.P.P.I. (Programme d'intervention pour la prévention de l'institutionnalisation). L'application – associée à RPMonline – est basée sur l'adaptation italienne du Cadre commun d'évaluation britannique et vise à fournir un soutien intégré à toutes les parties impliquées dans le processus d'intervention, afin de favoriser la participation des enfants et des parents, un aspect clé de la trajectoire résiliente de la famille. La présentation vise à montrer les nouvelles fonctionnalités, les résultats du premier pilote et la conception du second.

Mots-clés : Familles vulnérables, participation de la famille, outils de résilience, application de tablette

1. Child & Family Social Work and ICT: Bioecological and Resilience perspectives

In social work, the possibilities and opportunities offered by the use of Information and Communication Technology (ICT) entail risks and difficulties (Schwartz *et al*., 2014) but they may be of great support when used within a positive, human and resilient base (Haenens, Vandoninck, & Donoso, 2013). More and more professionals ask for new tools and also for ITC tools to improve the theory-practice connection and to bridge services and families-children. On the one hand, ICT potential and positive impact on social work with families has been recognized in terms of opportunities and possibilities (Tregeagle & Darcy, 2008; Vaquero, Urrea, & Mundet, 2014), however, on the other hand, there is not much evidence about the impact ICT tools have in improving the wellbeing of vulnerable children and families, and the professional work with them (Niela-Vilén, Axelin, Salanterä, & Melender, 2014).

According to Parton (2008), the challenges for the ICT introduction and practice in social work does not have much to do with issues arising from the nature and characteristics of ICT, but rather with the professional culture and the organization of child care-protection system. For instance, professionals may know only partially the possibility of ICT, with their pro and cons, or have misconceptions about them due to a just personal based knowledge and/or a lack of a theoretical and professional framework.

Looking at ICT from an ecological point of view (Bronfenbrenner, 1979, 2005), which is mainstream in social work, and integrating it with the perspective of resilience, we wonder how ICT may foster resilient processes when people face adversity and how professional may intentionally use them in their workflow. According to Ungar's definition (2008, p. 225) "in the context of exposure to significant adversity, resilience is both the capacity of individuals to navigate their way to the psychological, social, cultural, and physical resources that sustain their well-being, and their capacity individually and collectively to negotiate for these resources to be provided in culturally meaningful ways."

As a consequence, it becomes clear that ICT tools:

- may be considered as tools of relationship between either the different actors of the same system and the actors of various systems;
- may foster the circularity and interdependence between systems for the relationship within them and also because in each context of the ecology human beings navigate their resources and negotiate meanings according to their personal culture and the culture/s of the different systems;
- need a culture (from micro to macrosystem) to guide their use in a shared and agreed way from the point of view of different actors (families, professionals, institutions, policies);

- ask for constantly upgrading the awareness on their use (they may shape new ways of relating with other people and of processing information);

- may foster and ease all the processes regarding data collection and management within and between the different systems;

- may empower and ease the data use for evaluative and formative aims along all the systems: in the process of working with families in their care-plan, in teams of professionals working in a service (local level), in teams involved in the same program (national level), in policy decision making (political level);

- requires further study and practical research to transfer the results and knowledge (the culture) to professional/family/policy makers' training.

2. The P.I.P.P.I. program and its tools

P.I.P.P.I. (Program of Intervention for Prevention of Institutionalization) is a training-intervention-mix methods research program funded by the Italian Ministry of Welfare. According to the EU Recommendation on supporting positive parenting and investing in children (REC 12, 2006) and to the EU 2020 goals on decreasing child out-of-home placement and fighting poverty and social exclusion, P.I.P.P.I. aims at responding to problems connected with vulnerable parenting and child neglect, intended as a significant difficulty to meet the child's needs recognized as fundamental by the scientific knowledge (Lacharité, Ethier, & Nolin, 2006). P.I.P.P.I. focuses on supporting parenting through ecological and resilience-based multi-professional intensive intervention in order to prevent child placement and/or foster family reunification by:

- articulating interventions between the different areas of activity involved around the needs of children;

- empowering parental response to child's needs;

- promoting the participation of parents and children in the care process (building analysis-assessment-plans together) assuming that "the best predictor of success is the engagement of families" (Berry, 2007).

Since 2014, the national scaling up of the program has been in progress in 124 Italian cities involving 1500 families, their children aged 0-11 years, and the practitioners working with them.

2.1 RPMonline and RPM-Android

According to the method of "participatory and transformative evaluation" (Serbati, Ius, & Milani, 2016), the involvement of family member should be fully fostered along all the steps of the care path (assessment, planning, intervention, evaluation). Thus, the resilience process of

navigation/negotiation above-mentioned may be considered as another way to represent the care path with the participatory and transformation evaluation.

P.I.P.P.I. professionals use several tools within the method of "participatory and transformative evaluation" (Milani *et al.*, 2014). The main one is RPMonline, a web interface developed by LabRIEF and C.S.I.A. (Information Technology Center, University of Padua) that supports all the different steps of the work with families and the program evaluation, by linking together the "social" and "informational" requests of professionals' work (Parton, 2008). RPMonline is based on the Italian adaptation of the British Common Assessment Framework (Parker, Ward, Jackson, Aldgate, & Wedge, 1991, Department of Health, 2000) that is called the Multidimensional Model of the Child's World and fosters all the process of the care plan and aims at empowering the participation of all the people involved in the intervention (children and parents, practitioners, teachers, etc.) giving them voice, collecting their point of view and leveraging their resources (Daly, 2014; Milani, Serbati et Ius, 2015).

The professionals belonging to the Multidisciplinary Team working with each child and family, after the agreement with family, cooperate and document their work in a child-dedicated RPMonline space, where they:

- register qualitative and quantitative assessment-planning-evaluation;
- fill in questionnaires and see their results in charts;
- log the meetings with colleagues and/or family members;
- get PDF reports to be used with the family, other professionals, etc.

The Access to RPMonline is protected and restricted via passwords. Data are stored in a central database and can be retrieved in different levels by a local/city administrator or by the national administrator (for research and evaluation purposes).

Since 2014, a novel application for Android tablets called RPM-Android is being developed by LabRIEF and D.E.I. (Department of Information Engineering, University of Padua) in order to ease and empower the RPMonline actions that involve the work in the field with families (Fantozzi, Ius, Serbati, Zanon, & Milani, 2014, presented at the 2nd World Congress on Resilience). More precisely, RPM-Android:

- provides an easier access to all the key features of RPMonline (assessment, micro-planning, evaluation, log of meetings with families, data protection with passwords) by leveraging on the hardware/software possibilities offered by mobile devices (Figure 1, 3);
- aims at offering integrated support for social practitioners as well as non-professionals, i.e., parents and children (4-11 years old) in order to allow children to

be actively involved by making them directly interact with the tablet and to offer the possibility of sharing with parents information about the intervention process;

- is an engaging, intuitive human-machine interface leveraging on hardware facilities in mobile devices (touch screen, camera, accelerometer etc.). For instance, in the "Triangle" (Figure 1) a picture of the child, acquired with the device camera, shows who is at the center of the intervention process;

- adapts its interface to the role and level of experience of the user (professional, parent, child);

- can operate in the field, even without a network connection, since it is able to defer synchronization with the RPMonline database as required;

- provides a powerful radar chart (Figure 2) summarizing the results of the quantitative assessment in a way that is easy to share with parents: datasets can be dynamically added and removed to highlight improvements and challenges;

- provides eco-maps (Figure 4) allowing children to interactively draw the connections in her/his life and specify the quality of the relation with each individual, place or animal through colored lines and text description. Connections can be repositioned on the map by dragging them, and the whole interface is fully touch-based;

- is equipped with several experimental user interfaces based on tablet movement analysis, whistle recognition, smile detection, to obtain assessment scores by having children directly interact with the tablet.

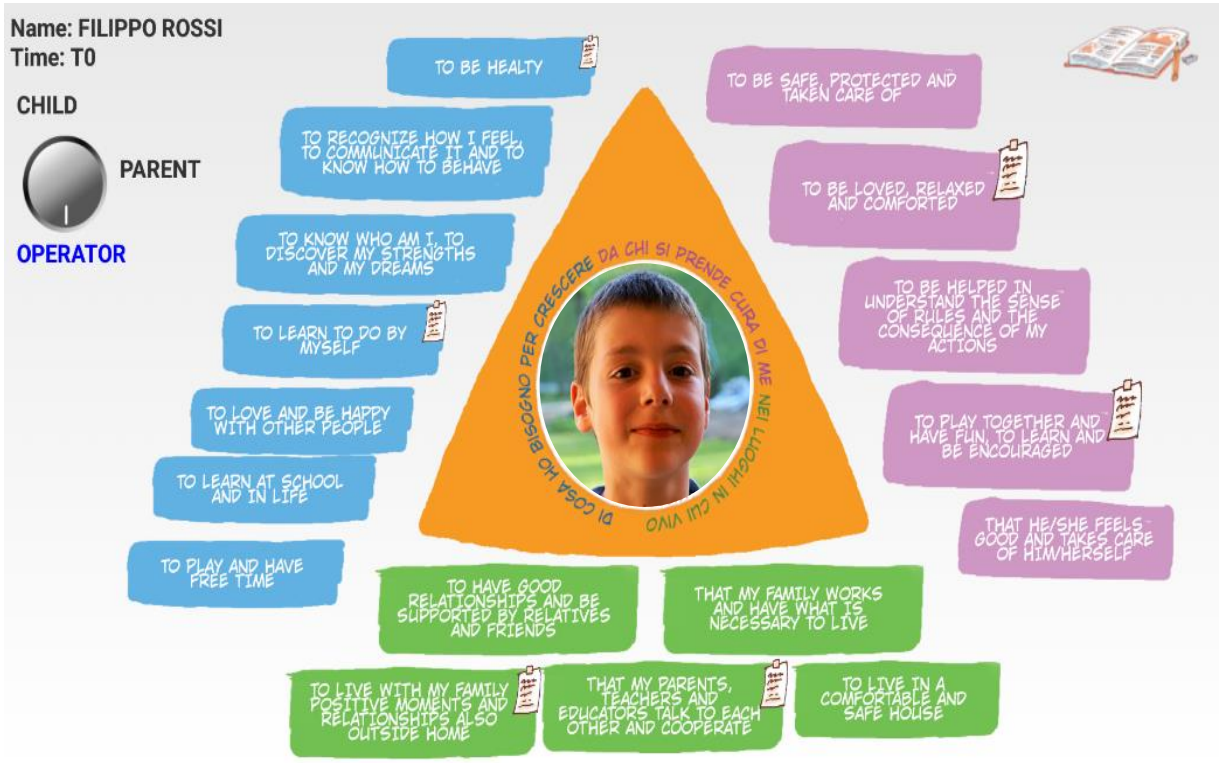

Figure 1. The Child's World (also referred to as "the Triangle") with the Log of Meetings' Diary

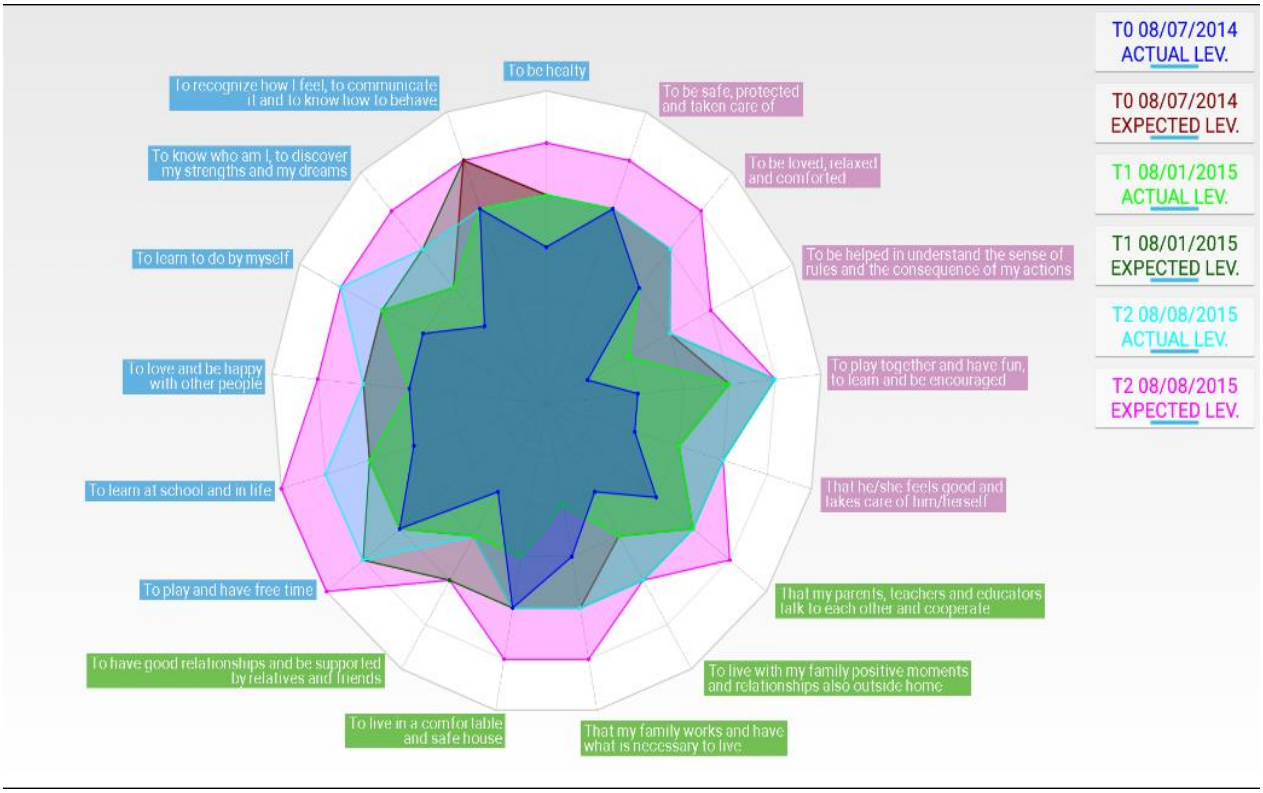

Figure 2. Radar Chart

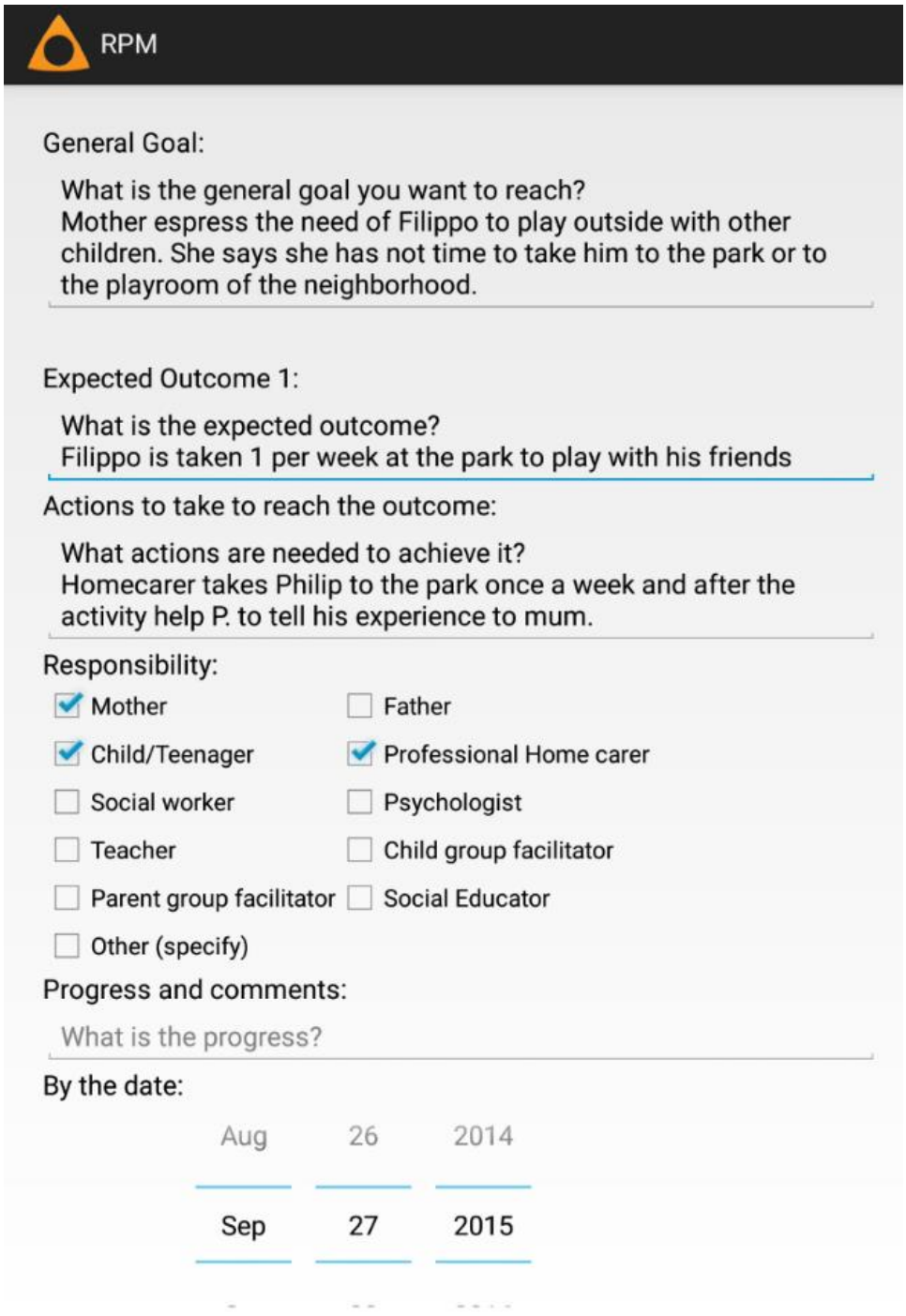

Figure 3. Planning Page

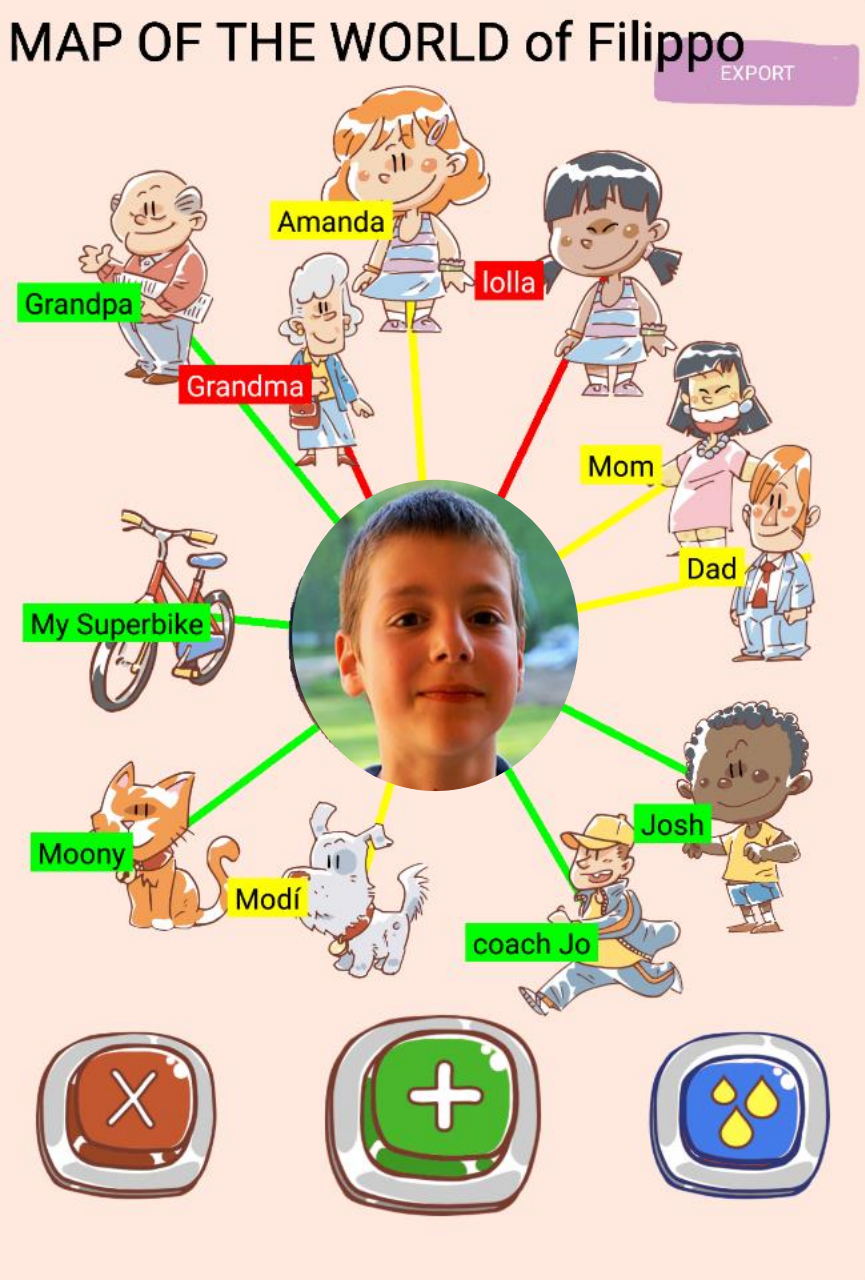

Figure 4. Ecomap

3. First Pilot: Methodology and results

After the usability test with 5 professionals (February 2014), the first pilot (2014-2015) was conducted in order to validate the main interfaces with professionals, children and parents, and to find out to which extent and under what conditions RPM-Android fosters a shared assessment and planning with children and family in care. Ten professionals, differently skilled in tablet use, and equally trained in P.I.P.P.I. and its tools, used RPM-Android with 7 children (6-10 years old) and their parents, with one 11 year-old child by himself and with two parents. Professionals were

supplied with a 7" tablet, a task list for using the app, and were asked to fill in an online questionnaire (28 items) to give feedback on the experience.

As shown in the following figure, the experience was considered positive mostly in the whole set of tasks. Only one child was not positive, due to her cognitive disability, with which the use of the tablet is not suitable. The log of meeting was not useful in one case because the app crashed.

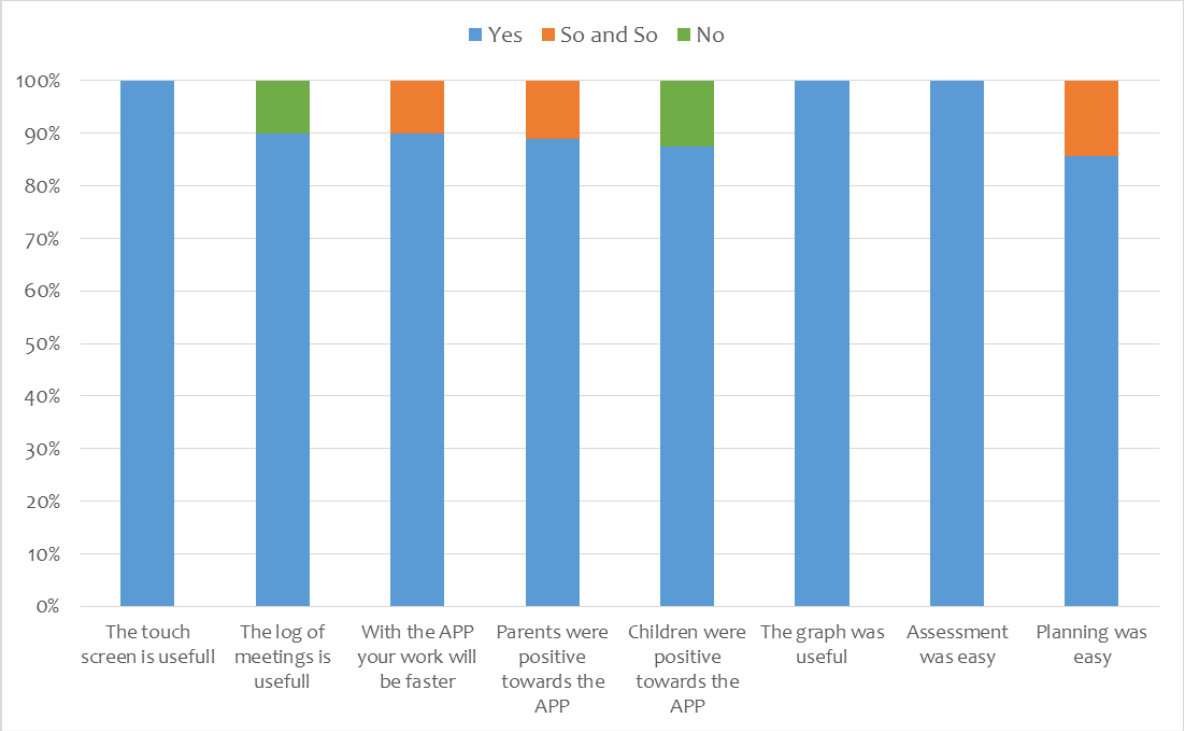

Figure 5. Quantitative feedback of professionals about using RPM-Android with children and parents

Although the touch screen is considered useful, since it fosters interaction and participation, regarding the use of the Android touch keyboard several professionals reported that it is only partly satisfying (5) or not satisfying (2); 5 of them would prefer a physical keyboard. It must be taken into account that the professionals involved were beginners in using a tablet and in addiction to use it in their work sessions.

Qualitative feedbacks confirms the usefulness of RPM-Android. Professionals claim that:

- *"Parents were thrilled to experience the app [...] They welcomed the use of it with absolute relaxation, a lot more than I did."*

- *"It was easier to show what P.I.P.P.I. is, where all the data about the family go and to check with parents the previous plan and evaluate goals."*

- *"Using the app we wrote together outcomes and actions, so it was a real negotiation step where SMART language was used and the parents were involved in choosing words and defining actions to take."*

- *"After a short introduction, the 9 year-old child himself presented the "triangle" to his parents."*

- *"It was useful to take turns in using the app to let everybody give his/her voice and write it."*

- *"It would be nice that a child could draw over the triangle directly with her/his finger."*

4. Second Pilot: upgrade of the app and pilot design

The results of the first pilot were used to improve the application (graphic look and usability) and update new user interfaces, such as ecomaps for parents, and experimental features such as the automatic classification with convolutional neural networks of documents acquired via the device camera (Fantozzi & Maiani, 2016). The new version of RPM-Android has been tested in two roleplaying during training sessions in order to design the next pilot (2016-2017) in which:

- professionals of 5 Multidisciplinary Teams will use RPM-Android for a long period of the intervention in P.I.P.P.I. (6 to 10 months) testing the interfaces in the everyday practice and providing specific reflection on the app use during supervision meetings;

- feedback and reflection by families on the tool use (RPM-Android and other PIPPI tools) will be gathered by interviews in focus groups.

5. Discussion

The use of RPM-Android facilitates and supports practitioners in their everyday work with vulnerable families, fosters the participation of parents and children to a deeper level by focusing on the Child's World and empowering the Navigation and Negotiation of resources, and supports the process of "doing together" as a key aspect for family's resilient trajectory. Particular attention must be devoted to the cognitive level of the child and to the skills of professionals about both ICT and the use of tools as relational mediators. The Social Service culture needs to face the challenge of helping professionals to integrate ICT tools in their daily work with children and families, and to increase the awareness on how ICT may shape new ways of thinking and processing information, and new manners of relating to one another.

The results are encouraging and invite to keep exploring and better understanding the role of technology. Working on resilience from an ecological and culture-based approach implies to empower family participation within the research/reflection process, encouraging them to participate and to contribute, together with professionals and researchers, to the improvement of tools to support all families.

The twist of different points of view plays an active role in shaping the culture of social support for vulnerable families and it is key to keep “to write this resilient story together.”

References

Berry, M. (2007). *Identifying essential elements of change*. Leuven, Belgium: Acco.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Boston, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Humans being Human. Bioecological perspectives on Human Development*. London, United-Kingdom: Sage Publications.

Daly, M. (2014). *Innovative practices with marginalised families at risk of having their children taken into care*. *Peer Review in Social Protection and Social Inclusion*. European Commission. Retrieved from: http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=13388&langId=en

Department of Health. (2000). *Framework for the assessment of children in need and their families. The family pack questionnaires and scales*. London, United-Kingdom: The Stationery Office.

Fantozzi, C., Ius M., Serbati, S., Zanon, O., & Milani, P. (2014). RPM-Android: a tablet application to cooperate with vulnerable families. In S. Ionescu, M. Tomita & S. Cace (Eds), *The Second World Conference on Resilience: From Person to Society* (pp. 115-120). Bologna, Italy: Monduzzi.

Fantozzi, C., & Maiani, F. (2016). *Squeezing Deep Learning onto a Phone. Computing on Low-Power Architectures (COLA).* Ferrara, Italy, February 2016.

Haenens, L., Vandoninck, S., & Donoso, V. (2013). *How to cope and build online resilience?* London, United-Kingdom: EU Kids Online. Retrieved from: http://eprints.lse.ac.uk/48115/1/How%20to%20cope%20and%20build%20online%20resilience%20%28lsero%29.pdf

Lacharité, C., Ethier, L., & Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, *59*, 4, 381-394.

Milani, P., Serbati, S., & Ius, M. (2015). La parole vivante et la parole morte. In C. Lacharité, C. Sellenet, & C. Chamberland (Eds.), *La protection de l'enfance* (pp. 125-142). Montreal, Canada : Les Presses de l'Université du Québec.

Milani, P., Serbati, S., Ius, M., Di Masi, D., Zanon, O., Ciampa, A., & Tangorra, R. (2014). *Innovative practices with marginalised families at risk of having their children taken into care. Peer Review in Social Protection and Social Inclusion.* European Commission. http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=13391&langId=en

Niela-Vilén, H., Axelin, A., Salanterä, S., & Melender, H. L. (2014). Internet-based peer support for parents: A systematic integrative review. *International Journal of Nursing Studies, 51*(11), 1524-37.

Parker, R., Ward, H., Jackson, S., Aldgate, J., & Wedge, P. (1991). *Looking after children: Assessing Outcomes in Child care*. London, United-Kingdom: HMSO.

Parton, N. (2008). Changes in the Form of Knowledge in Social Work: From the "Social" to the "Informational"? *British Journal of Social Work*, *38*(2), 253–269.

Serbati, S., Ius, M., & Milani, P. (2016). P.I.P.P.I. Programme of Intervention for Prevention of Institutionalization. *Capturing the Evidence of an Innovative Programme of Family Support Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, *52*, 26-50.

Schwartz, S. E. O., Rhodes, J.E., Liang, B., Sànchez, B., Spencer, R., Kremer, S., & Kanchewa, S. (2014). Mentoring in the digital age: Social media use in adult-youth relationships. *Children and Youth Services Review, 47*(P3), 205-213.

Tregeagle, S., & Darcy, M. (2008). Child Welfare and Information and Communication Technology: Today's Challenge. *British Journal of Social Work, 38*(8), 1481-1498.

Ungar, M. (2011). *Counseling in Challenging Contexts. Working with individuals and families across clinical and community settings. International Edition*. Belmont, CA: Brooks/Cole.

Vaquero, E., Urrea, A., & Mundet, A. (2014). Promoting resilience through technology, art and a child rights-based approach. *Revista de Cercetare Si Interventie Sociala, 45*, 144-159.

Promoting resilience in vulnerable families through Positive Parenting: "Learning together, growing as a family"

Nuria Fuentes-Peláez
University of Barcelona Facultat d'educació, Edifici Llevant, Spain
Tel. : 934035216
nuriafuentes@ub.edu

P. Amorós
University of Barcelona Facultat d'educació, Edifici Llevant, Spain
Tel. : 934035217
pamoros@ub.edu

A. Mateos
University of Barcelona Facultat d'educació, Edifici Llevant, Spain
Tel. : 934031383
amateos@ub.edu

Abstract

Positive Parenting is considered a key factor in the development of children who are in a vulnerable position due to economic hardship experienced by their families. This paper presents the results of the Positive Parenting evaluation program "Learning together, growing as a family" carried out in 2014-2015. 3,686 people took part including parents and children. The parental competences are analyzed using a pre- and post-test and include affection, parenting guidelines, communication skills, relationship with school, shared free-time activities and conflict resolution. These competences are connected to the family resilience constructs – parental and family development and support (formal and informal). This study helps us to clarify the potential of these programs which are focused on Positive Parenting in connection with family resilience to strengthen families and improve childhood wellbeing.

Keywords: Family education, resilience, positive parenting, program evaluation

Promouvoir la résilience dans les familles vulnérables grâce à la parentalité positive: « Apprendre ensemble, grandir en famille »

Résumé

La parentalité positive est considérée comme un facteur clé pour le développement des enfants qui sont dans une position vulnérable en raison des difficultés économiques éprouvées par leur famille. Cet article présente les résultats du programme d'évaluation des pratiques parentales positives « Apprendre ensemble, grandir en famille » réalisé en 2014-2015 programme auquel 3 686 personnes ont participé, incluant des parents et des enfants. Les compétences parentales sont analysées à l'aide d'un pré-test et d'un post-test et comprennent l'affection, les directives parentales, les compétences de communication, la relation avec l'école, les activités de loisirs partagées et la résolution des conflits. Ces compétences sont liées aux construits de la résilience familiale – développement parental et familial et soutien (formel et informel). Cette étude nous aide à clarifier le potentiel des programmes axés sur les pratiques parentales positives en lien avec la résilience familiale pour renforcer les familles et améliorer le bien-être de l'enfance.

Mots-clés : Éducation familiale, résilience, pratiques parentales positives, évaluation de programme

1. Theoretical context

The family unit is a key factor when considering resilience as Masten and Obradovic (2006) observe in their ecological model of human resilience. From this perspective, resilience depends on context and past experiences (Masten & Obradovic, 2006; Gómez & Klotiarenco, 2010) and it is an ongoing process (Rutter, 2007). Cyrulnik (2003) refers to the capacity to face up to adversity and to overcome it, in a process that can strengthen and transform individuals. Walsh (2004) suggests that family resilience is a dynamic process which allows a family to react positively to the challenges and demands of their environment, strengthening them as a result.

Families, and particularly their children, in an urban community, can be beset by adverse conditions and tensions within the family and amongst the community (i.e. poverty, maltreatment, neglect and violence). Providing support to cope with this adversity and helping families to transform these negative experiences were needs detected by many professionals of Social Services across a number of Spanish cities.

The program "Learning together, growing as a family" was developed in response to these needs (Amorós *et al*., 2011, 2015). It was based on positive parenting and followed the recommendations of the Council of Europe on Positive Parenting 2006. This so-called third generation family support program focuses not only on parents but also on their children and uses a group-work approach. The program is based on best practice principles focusing on positive parenting, and encourages the nurturing of a positive environment to promote individual and family resilience. An evaluation process forms part of the program, ensuring it is evidence-based.

The overall objective of the program is to promote the development of healthy family ties to enable positive relations between parents and children from 6-12 years old by using positive parenting guidelines. The program has 6 modules of content based on education from a perspective of positive parenting, such as affection, parenting guidelines, communication skills, the relationship with the school and new technologies, shared leisure time and conflict management (Amorós, Balsells, Buisán, Byrne and Fuentes-Peláez, 2013) as well as one review module, each module has two sessions.

Improving communication skills and problem solving abilities is crucial for family resilience, as is enabling families to seek ongoing formal and informal support (Fuentes-Peláez, *et al*., 2014; Orthner *et al*., 2004). Walsh (2003, 2004) also highlights the importance of structure and organization within the family as well as their shared values and beliefs. To this, Rodrigo *et al*. (2009) add the importance of the development of parenting skills. All these aspects are worked on in the program, shared values and beliefs are addressed through some of the activities.

Using a family resilience model from a previous study by the GRISIJ research team as a starting point, we can distinguish between the micro- and macro aspects - micro - parental and family development and macro – formal and informal support.

We understand parental development as the processes that allow parents to develop a protective relationship sensitive to the needs of children. Parental development includes the parenting style (of education/parenting skills) of each parent, and also their capacity to communicate with their children, their ability to resolve conflicts, their organizational capacity and their ability to set rules and demand their fulfillment (fulfillment).

Family Development concerns people who live together in the same family unit. It includes: Cohesion and Coherence (satisfaction with life together, degree of family autonomy: members help when there is a problem, they see each other regularly, they share their free time, etc....); Family Communication (relationships between family members: they talk a lot, they show great affection...); Family Dynamics: organization of everyday life. The tasks of each member; Adaptability and flexibility to new situations and how to deal with trauma; and shared leisure time activities.

Formal support can be defined as help from social services and other institutions such as schools, psychological support, etc. We consider informal support as help from social circles such as neighbours, friends etc. and connections through leisure activities and membership of groups and associations. This also includes support from other family members who do not live in the same household.

In accordance with this model, the program seeks to work on parental development: affection (module 1), the educational guidelines (module 2), conflict resolution (module 6); family development: family communication (module 3) and shared leisure time (module 5); formal support (module 4) relation with school. And transversal topics: informal support and co-parenting

2. Methodology

Thanks to the collaboration of “Obra Social La Caixa” and more than 80 other supporters of the CaixaProinfacia program, “Learning together, growing as a family” is supporting families in various Spanish cities, including the 10 largest cities which have the most serious child poverty issues. The evidence-based evaluation of the program has allowed us to understand its impact on vulnerable families.

The studies were carried out between 2012 and 2015 and were co-ordinated by research teams from the University of Barcelona, the University of Lleida, the University of Laguna and the University of Gran Canaria. In total, up to 2015, 8,942 parents and children participated from across Spain. In this paper we examine the data from the latest program (2014-2015) in which 3,686 parents and children took part.

The evaluation process used mixed methodology (qualitative and quantitative) assessing the progress made by the families through use of a pre-test and a post-test questionnaire in

conjunction with discussion groups of parents, children and the teams of professionals co-ordinating the different groups.

In the program, 80% of the participants are mothers with an average of 2.41 children per family. Nearly half of the households were single parents (43.1%) and nearly half of these were foreign (43.2%). 57.7% of the mothers and 55.68% of the fathers had basic education, 22.5% and 28.4% respectively had no formal education, only 4.7% of mothers and 5.51% of fathers had university degrees, the remainder had professional training. One of the most revealing figures which illustrates the economic instability of these families is that 77.7% of the mothers and 56.6% of the fathers were unemployed. With regards to the children, 54.3% of the children were girls.

3. Results

Table 1 illustrates the significant developments perceived by parents who took part in the program. In each module, there is a significant difference between pre and post-test. The table demonstrates that the modules focused on affection, parenting guidelines, conflict resolution and shared leisure time show a significant improvement, indicate significant differences which giving a higher statistical figure. This means that these are the modules in which the adults have perceived the greatest development.

Table 1. Significant developments perceived by parents (pre-test and post-test)

Module	**Pre test M (DT)**	**Post test M (DT)**	**F**	**P**	**Size effect R^2**
1. Affection	3,47 (0,84)	4,32 (0,88)	259,69	.000	.346
2. Parenting guidelines	2,96 (0,79)	3,53 (0,86)	251,17	.000	.265
3. Communication skills	3,19 (0,76)	3,60 (0,80)	129,56	.000	.178
4. School (relationship and technologies)	3,17 (0,85)	3,51 (0,81)	89,810	.000	.130
5. Shared leisure time	2,98 (0,82)	3,47 (0,87)	154,27	.000	.205
6. Conflict resolution	2,99 (0,86)	3,55 (0,87)	194,95	.000	.246

Table 2 examines the changes observed by the children. In this case the results coincide with those of the parents, indicating that the shared leisure time, parenting guidelines and conflict resolution show a significant improvement (indicated by the significant change across the average of the group). However, the module which reveals most improvement is the Relationship with school module.

Table 2. Significant developments perceived by children (pre-test and post-test)

Module	Pre test M (DT)	Post test M (DT)	F	p	Size effect R^2
1. Affection	3,38 (0,87)	3,49 (0,80)	7,276	.007	.013
2. Parenting guidelines	3,07 (0,83)	3,62 (0,83)	191,292	.000	.250
3. Communication skills	2,98 (0,87)	3,42 (0,91)	99,789	.000	.148
4. School (relationship and technologies)	2,86 (0,92)	3,57 (0,90)	267,359	.000	.318
5. Shared leisure time	2,72 (0,92)	3,28 (0,92)	154,489	.000	.212
6. Conflict resolution	2,75 (0,79)	3,31 (0,88)	188,299	.000	.247

The qualitative analysis carried out in module 7 enabled us to examine how this progress was sustained four months after completion of the program, a stage we have called “Long term learning”. The most significant changes have been summarized in Table 3.

Table 3. Long term learning

- Ability to develop parenting skills
- Increase in trust amongst family members
- Better acceptance, recognition of and satisfaction in their role as parents
- Positive perception of their social support networks
- Strengthening of relationships from informal support networks
- Better relationship with school
- Changes in co-parenting
- Increased responsibility for domestic chores
- Increased time spent in shared leisure activities

Finally, here in Table 4, we demonstrate the impact that the variables of the program have (implementation of the program, satisfaction with the program and specific competences) on the long-term adjustment of the family and on the school and community links of the children.

Table 4. Regression analysis of family, schooling and community adjustment as a function of the variables of the program

Family adjustment	**Schooling adjustment**	**Community adjustment**
F(22,376)=11.851; p=.000; R^2 correg.=.388	F(22,376)=6.689; p=.000; R^2 correg.=.250	F(22,376)=8.410; p=.000; R^2 correg.=.302

The family adjustment correlates with the way the program is implemented (how the program is adapted to the families and also in the commitment and dedication of the professionals) and the parental competences (module 1 – Affection – and module 6 - Resolving conflict).

The adjustment regarding school is connected to the implementation and adaptation of the program, as well to the satisfaction regarding the content of the program. Furthermore, it correlates with the parental competences for parents and children (module 2 - parenting guidelines) and with the module 4 (relationship with school).

Finally, the community adjustment overall correlates to parental and children's competences in module 6 (conflict resolution) and the improvements perceived by children in module 4.

4. Conclusion

The promising potential of positive parenting programs is highlighted by the evidence revealed in these studies. The results provide an empirical guide for implementing effective programs based on positive parenting to promote resilience.

The post test results (Table 2) reveal that there are parallels between parents and children when observing parental development (parenting guidelines and conflict resolution) and when observing family development (shared leisure time to bring the family together/encourage family bonding). However we can also observe differences in parental development regarding affection and in children's development regarding schooling.

If we consider this in addition to the final summary of progress (Table 3) we can confirm that there are considerable improvements in parental development (co-parenting, childrearing, recognition and satisfaction with their role as parents) and family development (more trust between family members, more responsibility for household chores, and more shared leisure activities). In the area of the social support children recognize changes after completing the programs but the parents needs more time to recognize the positive changes. Four months after the program parents developed further in this area through their perception of a good network of social support and a strengthening of informal support relationships.

It might seem that parental development is a task that must be undertaken by parents alone when given the right conditions to express their affection. However, the results of this study compel us to consider the active role played by the children. From the perspective of parental competences it is important to recognize that the children have considerable understanding of the adjustment process of their parents and they are able to help develop their parents' responsibilities and participation within the family. Future study is needed to attempt to understand the children's influence on the development of parenting competences of their parents.

Another relevant aspect to highlight is the role of shared leisure time, the inclusion and focus on this area is to be encouraged when considering family interventions. Shared leisure time is evidently the source of wellbeing and plays an important role in family development. However, there is only a marginal improvement in the area of communication skills in the family. It will be useful to consider the reasons for this in future research and to consider what cultural barriers may influence this issue given the high number of immigrants participating in the program.

Finally, with regard to social support, it is revealing that while the children register a marked improvement in their relations with schooling the parents do not. It is evident that while this is an important area for the children, the reason why the relationship between school and parents is not significantly improved is another question to be considered in future studies. It may well be that in order to evaluate social support there is a need to allow for more time beyond the post test results, as it takes time to build a social support network.

Delage (2010) asks whether the family is the ideal place to aid the development of resilience "par excellence". The data clearly reveals that positive parenting support given to the family affects various aspects of family resilience.

References

Amorós, P., Balsells, M.A., Buisan, M., Byrne, S., & Fuentes-Peláez, N. (2013). Implementation and evaluation of the "learning together, growing in family programme": the impact on the families. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, *42*, 120-144.

Amorós, P., Fuentes-Peláez, N. Mateos, A., Pastor, C., Rodrigo, M.J., Byrne, S., Balsells, M.A., Martín, J.C., & Guerra, M. (2011, 2015). *Aprender juntos crecer en familia*. Barcelona, Spain: Obra social Fundació.

Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas*. Barcelona, Spain: Gedisa.

Delage, M. (2010). *La resiliencia familiar*. Barcelona, Spain: Gedisa.

Fuentes-Peláez, N., Balsells, M., Fernández, J., Vaquero, E., & Amorós, P. (2014). The social support in kinship foster care: a way to enhance resilience. *Child & Family Social Work*, *21*(4), 581-590. doi: 10.1111/cfs.12182

Gómez, E., & Kotliarenc, M. A. (2010), Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, *19*(2), 103-131.

Masten, A., & Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1094*(1), 13-27.

Orthner, D., Jones-Sanpei, H., & Williamson, S. (2004). *The resilience and strengths of low-income families. Family Relations*, *53*(2), 159-167.

Rodrigo, M. J., Camacho, J., Maiquez, M. L., Byrne, S., & Benito, J. M. (2009). Factores que influyen en el pronóstico de recuperación de las familias en riesgo psicosocial: el papel de la resiliencia del menor. *Psicothema*, *21*(1), 90-96.

Rutter, M. (2007). Resilience, competence and coping. *Child Abuse and Neglect*, *31*, 205-209.

Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, *42*(1), 1-18.

Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

L'implantation du programme P.I.P.P.I. (Programme d'intervention pour prévenir l'institutionnalisation de l'enfant) en Italie : méthode d'intervention et résultats de recherche

Paola Milani
Laboratoire de recherche et d'intervention en éducation familiale
Université de Padoue, Italie
Tél. : 0039 0498271745
paola.milani@unipd.it

Sara Serbati
Laboratoire de recherche et d'intervention en éducation familiale
Université de Padoue, Italie
sara.serbati@unipd.it

Sara Colombini
Laboratoire de recherche et d'intervention en éducation familiale
Université de Padoue, Italie

Marco Ius
Laboratoire de recherche et d'intervention en éducation familiale
Université de Padoue, Italie
marco.ius@unipd.it

Ombretta Zanon
Laboratoire de recherche et d'intervention en éducation familiale
Université de Padoue, Italie
ombretta.zanon@gmail.com

Chiara Sità
Laboratoire de recherche et d'intervention en éducation familiale
Université de Padoue, Italie
chiara.sita@univr.it

Francesca Santello
Laboratoire de recherche et d'intervention en éducation familiale
Université de Padoue, Italie
francesca.santello@unipd.it

Résumé

Le programme P.I.P.P.I., promu par le Ministère du Politiques Sociales, vise à la mise en œuvre de pratiques d'intervention innovantes avec les familles négligentes. Dans le programme on a réalisé la première implantation de l'*Assessment Framework* britannique, dans le but de construire une articulation cohérente des différents cadres d'action autour des besoins des enfants à partir de l'implication des parents et des enfants dans l'analyse de la situation familiale, dans la construction du plan et son évaluation. Cet article porte sur les données qui proviennent de l'évaluation de l'implantation du programme P.I.P.P.I. en 56 territoires en 2013-2015.

Mots-clés : Protection de l'enfance, prévention du placement, participation de la famille

Implementation of the P.I.P.P.I program (Intervention program to prevent the institutionalization of a child) in Italy: Intervention method and research results

Abstract

The objective of the P.I.P.P.I. program, promoted by the Welfare Ministry, is the implementation of innovative intervention practices with neglectful families, alternatives to placement of children. The first implementation of the British Assessment Framework has been accomplished in the program: the perspective to build a coherent link of different actors pertaining to the needs of children, with involvement of parents and children in the analysis of the family situation, in the construction of the project and in its implementation and evaluation. The article focuses on the data analysis from the evaluation of the program implementation in 56 territories in 2013-2015.

Keywords: Child protection, prevention of placement, family involvement

1. Contexte théorique

Le Programme d'Intervention Pour la Prévention de l'Institutionnalisation (P.I.P.P.I.) est un programme d'innovation sociale implanté en Italie depuis 2011 à l'initiative du Ministère des politiques sociales, en partenariat avec l'Université de Padoue (LabRIEF – Laboratoire de Recherche et Intervention en Éducation Familiale) (Serbati, Ius & Milani, 2016).

« Pippi » est le prénom italien de Fifi Brindacier. Sa résilience reflète certains aspects constitutifs de l'approche du programme, tel que l'attention aux forces et ressources des enfants et des parents, et le focus sur les besoins des enfants.

Le programme a pour cadre de référence la législation européenne qui reconnaît le droit de l'enfant de grandir dans sa famille et l'importance du soutien aux parents autant que les stratégies pour briser le cercle du désavantage social afin d'assurer aux enfants un bon départ dans la vie (EU Commission, 2013).

Il s'inspire de certains programmes de protection à l'enfance (Chamberland, Léveillée, &, Trocmé, 2007 ; Lacharité, 2014 ; Amoròs, Angels Balsells, Fuentes-Pelaez, Mateos, & Pastor, 2011) qui ont pour finalité d'augmenter la sécurité des enfants et d'améliorer la qualité de leur développement par l'innovation des pratiques.

Plus précisément, le but du P.I.P.P.I. est:

- la réduction du taux de placement des enfants (âgés de 0 à 11 ans) hors de leur famille par un travail de requalification des compétences parentales et de retissage des liens sociaux basé sur une approche d'intervention qui intègre le domaine de la protection de l'enfance et celui du soutien à la parentalité ;

- l'expérimentation d'une alternative au placement par la mise en place d'une intervention intensive et de courte durée (18 mois) d'accompagnement de la famille entière et de son entourage social (*home intensive care*).

La cible du programme est la négligence familiale, conçue comme « une carence significative, voire une absence de réponse à des besoins d'un enfant reconnus comme fondamentaux sur la base des connaissances scientifiques actuelles ou, en l'absence de celles-ci ou de consensus à propos de celles-ci, de valeurs sociales adoptées par la collectivité dont fait partie ce dernier » (Lacharité, Éthier & Nolin, 2006, p. 387).

P.I.P.P.I. propose aux professionnels et aux organisations le défi de travailler ensemble, ce qui demande de repositionner les langages et les équilibres de pouvoir traditionnels et de développer des partenariats basés sur l'idée que la complexité de l'intervention et son succès global ne résident pas uniquement dans les caractéristiques des familles, mais aussi dans la configuration pratique de la structure organisationnelle actuelle des services pour les enfants et les familles. Par conséquent, les résultats ne dépendent pas seulement de la nature et de la gravité

du problème, mais aussi de la qualité des processus mis en place aux différents niveaux de l'écosystème (Ogden *et al*., 2012).

Une ressource importante est donc l'équipe multidisciplinaire (EM) qui met en œuvre l'intervention. L'EM inclut la famille même, les professionnels (assistant social, psychologue, éducateur, enseignant, pédiatre) ainsi que des acteurs non professionnels qui sont impliqués dans l'action avec la famille.

Les actions de l'EM se déroulent autour de quatre dispositifs d'action qui organisent, à partir des principes d'efficacité de l'aide (Lacharité, 2005), la combinaison de support formel et informel (*family helpers*), la réponse individuelle (soutien éducatif à domicile) et collective (groupes des parents et des enfants) aux besoins de la famille, avec un focus tant sur l'enfant que sur l'adulte (ex. activités spécifiques de connexion entre crèche et/ou école, famille et services sociaux).

Le cadre théorique adopté dans le programme s'actualise dans un modèle nommé Le Monde de l'Enfant (MdE), qui est l'adaptation italienne de l'*Assessment Framework* britannique et qui inclut les différents systèmes de vie de l'enfant (voir figure 1) selon l'approche écosystémique de Bronfenbrenner. Ce cadre a été développé au Royaume-Uni à la fin des années 1980 (Parker *et al*., 1991 ; Ward, 1995 ; Department of Health, 2000) et révisé par des professionnels et chercheurs écossais (The Scottish Government, 2008).

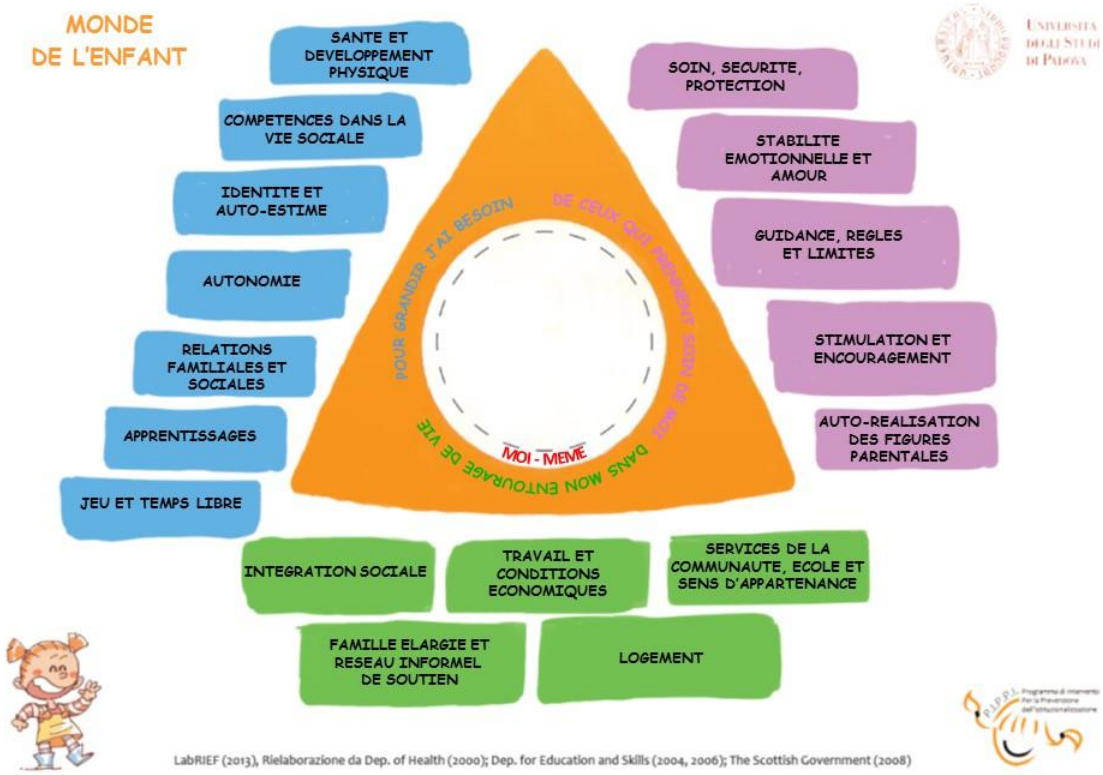

Figure 1. Le Monde de l'Enfant

Dans le programme, le MdE offre la possibilité de représenter simultanément :

- un cadre théorique qui permet de partager entre des acteurs et des systèmes différents un référentiel pour co-analyser les situations familiales et agir avec celles-ci à partir d'une compréhension multidimensionnelle de la famille, qui est représentée par le côté gauche qui regroupe les besoins de l'enfant (dite Enfant), le côté droit qui regroupe les réponses de figures parentales aux besoins de l'enfant (dite Famille) et la base qui regroupe les facteurs de l'environnement (dite Environnement) ;

- un outil de médiation, communément appelé « le triangle », pour les professionnels leur permettant de comprendre les besoins et les potentialités de chaque enfant et de chaque parent dans son environnement ;

- l'instrument principal qui permet d'identifier et d'opérationnaliser les objectifs prévus dans le plan d'action de chaque famille. Cet instrument a été réalisé par le biais d'un logiciel (développé par LabRIEF et C.S.I.A., Centre de Technologie Informatique, Université de Padoue), nommé RPMonline (RPM en italien signifie « Évaluation, Projet et Monitorage »). À travers le RPM, on recueille des données qualitatives et quantitatives [données provenant du questionnaire de MdE sur l'analyse de la situation

initiale de l'enfant (T0) systématisés à travers 17 sous-dimensions] et on recueille aussi des données sur les micros plans que les équipes ont élaborées pour ces mêmes sous-dimensions. Le RPM est un instrument de recherche autant qu'un instrument de travail pour les professionnels, car il permet aux chercheurs et aux professionnels un suivi analytique de chaque situation et des actions mises en œuvre. Les données sur la situation de l'enfant sont recueillies aussi à la fin de l'intervention (T2), ce qui permet de mesurer les changements qui se sont produits au fil du temps.

Pour chaque sous-dimension du questionnaire de MdE, qui correspond à la structure du Triangle, on prévoit l'attribution d'une valeur numérique (échelle Likert : 1-6, 1=point de force évidente, 2= point de force léger, 3= normal/adéquat, 4=problème léger, 5=problème modéré 6= faiblesse évidente).

Le MdE est ainsi utilisé dans la démarche d'évaluation participative et transformative (Milani, Ius, Serbati, Zanon, & Di Masi, 2015) qui est mise en œuvre avec les familles impliquées et qui est caractérisée par :

- l'implication de la famille dans le processus d'évaluation ;
- le focus sur une articulation entre, d'une part, l'analyse (assessment) des besoins et des ressources de l'enfant et de son monde et, d'autre part, le plan de changement de la situation dans laquelle il vit avec sa famille ;
- l'intégration des quatre dispositifs d'action à la démarche évaluative comme ils impliquent les différents niveaux de l'écosystème et qu'ils fonctionnent d'une façon intégrée à travers la construction d'un seul projet pour et avec chaque famille.

2. Méthodologie

Afin d'avoir une analyse complète des résultats et des processus du programme, le plan d'évaluation du programme suit la structure du triangle.

Les résultats finaux (outcomes) concernent le côté gauche du Triangle, soit les « Besoins de développement de l'enfant », tels que :

1. Garantir la sureté des enfants, encourager leur développement optimal, contribuer à améliorer leur futur en évitant le placement ;

2. Améliorer le fonctionnement psycho-social et cognitif des enfants dans leur contexte de vie.

Les résultats intermédiaires concernent le côté en bas et à droite du Triangle (les « Réponses des parents » et les « Facteurs environnementaux et sociaux »):

1. Permettre aux parents l'exercice positif de leur rôle parental et leurs responsabilités ;

2. Aider les parents à apprendre à répondre d'une façon adéquate aux besoins de développement de leurs enfants ;

3. Améliorer la disponibilité psychologique des parents et les comportements responsables et sensibles aux besoins des enfants.

Ensuite, les résultats proximaux concernent les actions et les processus mis en œuvre, soit :

1. Encourager la participation des parents et la collaboration dans les décisions qui concernent la famille ;

2. Pouvoir disposer du soutien nécessaire à l'exercice des responsabilités parentales ;

3. Promouvoir la collaboration entre tous les professionnels impliqués dans le projet et tous les adultes autour des enfants pour permettre une intégration des interventions qui assure le bien-être des enfants.

La recherche est conduite dans une approche de co-construction avec les professionnels et a suivi les trois mêmes phases de recueil des données (au début, T0, au milieu, T1, et à la fin de l'intervention 18 mois après, T2) qu'ont suivi les intervenants avec les familles. Elle a ainsi pour objectif de produire des connaissances sur les trois niveaux des résultats dans ces trois étapes (voir figure 2).

Les résultats seront présentés autour du recueil des données initial (T0) et final (T2) par rapport aux résultats finaux et intermédiaires. Il manque donc la partie des résultats proximaux qui vise à comprendre comment les différentes pratiques d'intervention et modalités organisationnelles ont contribué à identifier ces mêmes résultats.

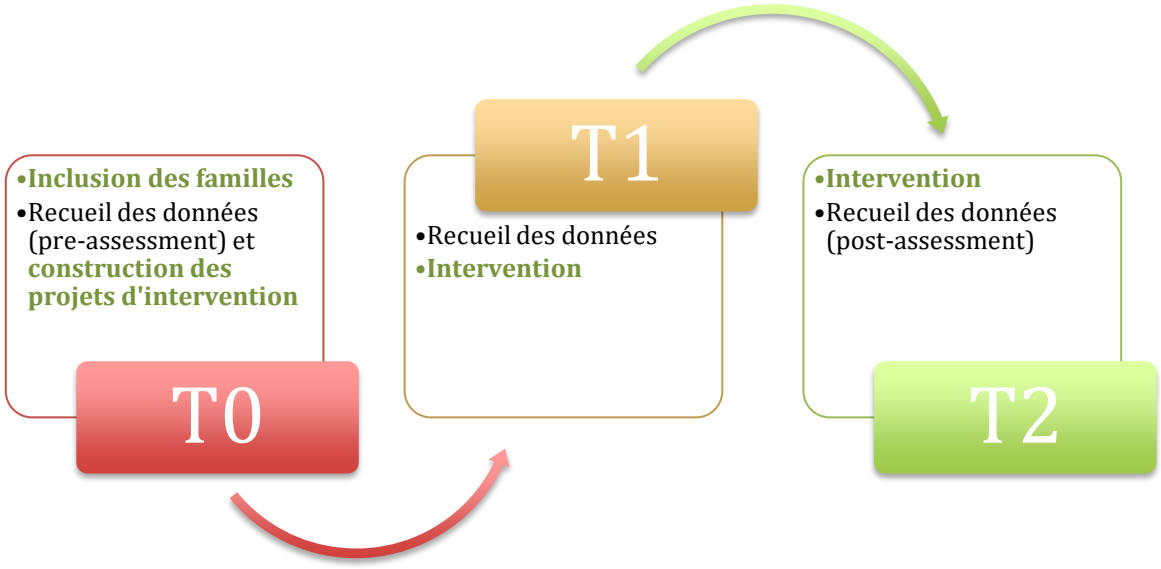

Figure 2. Le parcours de la recherche

Ce recueil de données a été fait à l'aide de deux instruments: le pre-assessment et le post-assessment.

Au T0, l'EM remplit le pre-assessment qui est inspiré par les travaux de Braconnier et Humbeeck (2006). Cet instrument est rempli une deuxième fois dans la phase finale au T2 comme post-assessment. Il propose une guide de réflexion partagée pour aider l'équipe dans le premier processus de décision conduisant à l'inclusion ou non de la famille dans le programme et ce, à partir du croisement de plusieurs points de vue de l'EM sur les sous-dimensions qui composent la structure du « triangle ».

Le RPMonline, a aussi été utilisé et est décrit ci- dessous.

3. Résultats

L'implantation de P.I.P.P.I. s'est déroulée à partir de l'année 2011 en cinq phases, telles qu'illustrées dans le tableau 1.

Tableau 1. Sujets impliqués selon les phases d'implantation

	P.I.P.P.I.1 2011-2012	**P.I.P.P.I.2** 2013-2014	**P.I.P.P.I.3** 2014-2015	**P.I.P.P.I.2&3** 2013-2015
Familles	89	144	453	597
Enfants	144	198	600	798
Villes	10	9	47	56
Professionnels	160	630	1665	2295

Dans les années 2014-2015, pendant la troisième édition, l'implantation du programme a été élargie aux régions italiennes. Actuellement, le programme continue avec les implantations démarrées au début de 2015 et au début de 2016, pour un total de 1500 familles impliquées jusqu'à maintenant.

Dans la partie qui suit, nous allons présenter brièvement une petite partie des données collectées au cours des deuxième et troisième implantations (Tableau 1, colonne de droite) pour proposer une analyse pré-post des changements concernant les 798 enfants impliqués (résultats finaux) et de leurs parents (résultats intermédiaires).

Il est possible de dresser une première description des 597 familles impliquées en observant, en synthèse, les vulnérabilités signalées par les professionnels dans la réalisation du Pre-assessment : 68% des familles impliquées vivent dans des conditions économiques et de travail précaires et près d'une sur trois vit dans une situation de pauvreté; 39% des familles ont des difficultés en matière de logement et vivent une situation d'isolement; tandis que 14% vivent dans un quartier difficile; 57% présentent une problématique psychologique et 12 % une condition psychiatrique. Des pourcentages élevés concernent également un bas degré de scolarité parentale (52%) et des conflits dans le couple parental (45%).

Les professionnels évaluent, sur une échelle 0-6 de l'instrument pre-/post-assessment, une forte prévalence (72%) de familles à risque élevé (niveaux quatre et cinq).

En ce qui concerne l'âge des enfants, il y a une prévalence des enfants en âge scolaire (7-11 ans) et les enfants sont très majoritairement nés en Italie (95,7%).

La figure 3 montre comment les changements – mesurés à travers le RPMonline, et donc sur les sous-dimensions du MdE observées entre le début et la fin du programme – indiquent une amélioration par rapport aux conditions de départ. Les variations positives sont significatives du point de vue statistique et de valeur similaire dans les dimensions Famille (var. % = 16.8), Enfant (var. % = 15,6) et Environnement (var. % = 15,6).

Si l'on observe les sous-dimensions du côté Famille, nous notons que des changements importants concernent les dimensions suivantes : Guidance, règles et limites (variation du pourcentage = 19,9) et Autoréalisation des figures parentales (18).

En regardant les sous-dimensions individuelles du coté Enfant, on peut noter l'augmentation plus grande pour : Compétence dans la vie sociale (20), Identité et Estime de soi (17,2) et Relations familiales et sociales (16,2%).

Du côté Environnement, les sous-dimensions qui ont enregistré une amélioration supérieure à la moyenne sont Famille élargie et réseau informel de soutien (18,3) Intégration Sociale (18,2), Travail et situation économique (16, 4). Le rapport avec l'école voit une augmentation plus faible (12.6), mais cependant il présente une valeur de base déjà positive (3,2 à T0, moyenne).

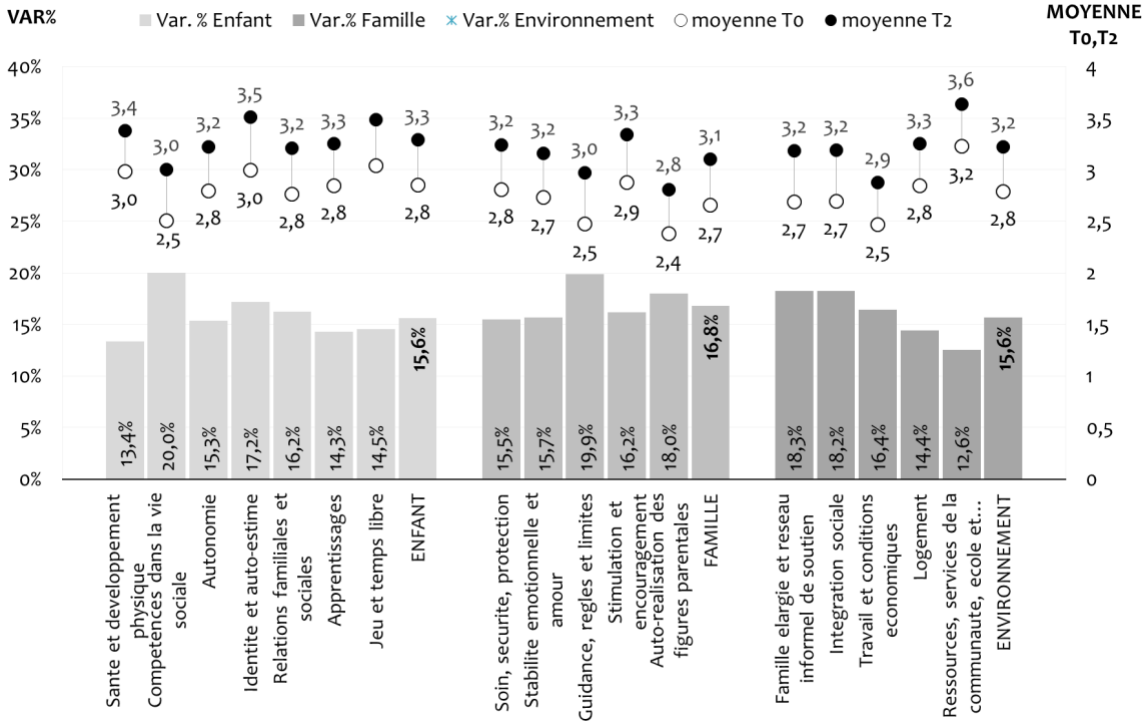

Figure 3. Comparaison T0-T2, Monde de l'Enfant (M à T0 et T2 – points sur l'axe de droite et variation en pourcentage histogramme sur l'axe de gauche)

La figure 4 montre quant à elle les valeurs moyennes à T0 et T2 des facteurs de risque (FdR) et de Protection (FdP) collectés à partir de la compilation du pre-/post-assessment.

On a demandé aux professionnels d'attribuer une valeur numérique aux FdR et aux FdP : une valeur de un signifie « bas niveau » et de six correspond à « forte présence ». Les données montrent que les professionnels notent une diminution des FdR pour les trois côtés du triangle et une amélioration des FdP. En particulier, le côté Enfant enregistre la plus grande diminution des

FdR (var.% = - 18,8), le côté Famille la plus importante augmentation de FdP (+ 12,1). Il faut noter que cette variation ressort aussi au test de Wilcoxon.

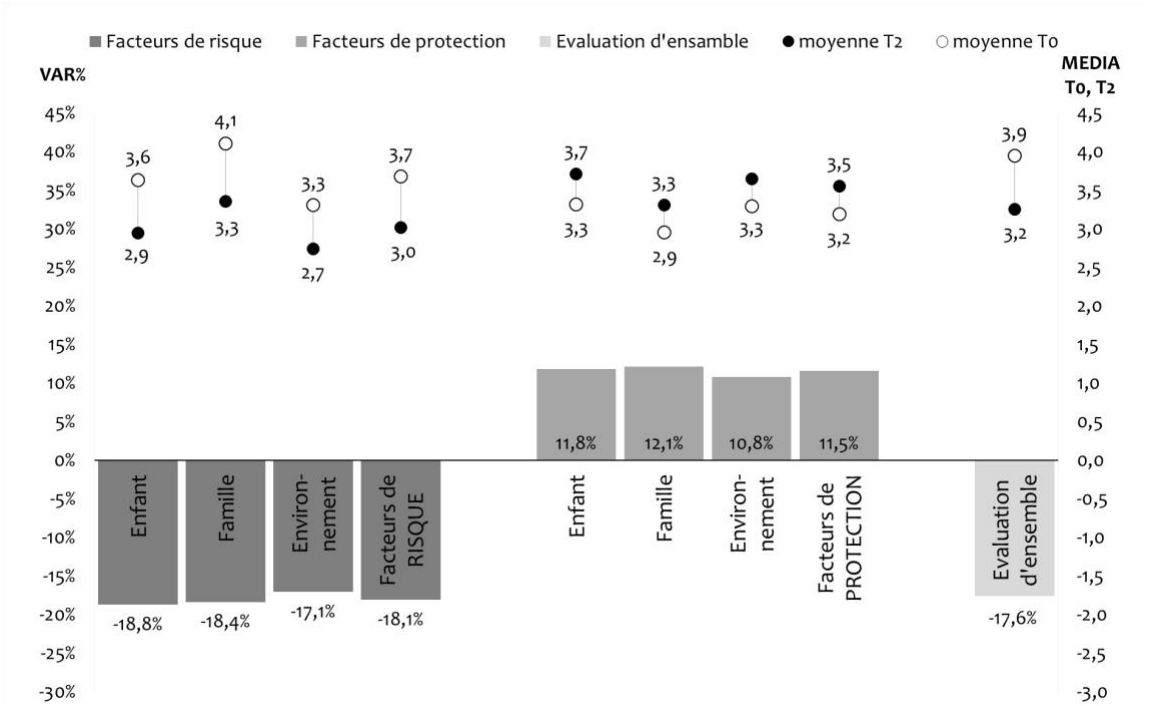

Figure 4. Comparaison T0-T2 Facteurs de Risque et de Protection, Pré/Post-assessment (moyenne à T0 et T2 – points sur l'axe de droite et variation en pourcentage histogramme sur l'axe de gauche)

L'évaluation du risque montre une baisse de 17,6% (3,9 à T0, 3,2 à T2). Les familles considérées à haut risque (niveau 4 ou plus) sont de 72% à T0 et de 41% à T2.

4. Discussion

Les résultats qui émergent à partir des outils de pre-/post-assessment et du RPMonline dans la comparaison de la situation initiale (T0) avec la situation finale (T2) sont cohérents entre eux. Ils nous permettent d'émettre l'hypothèse que le programme P.I.P.P.I. est efficace pour les résultats se référant à la réponse aux besoins de développement de l'enfant, tout comme pour les résultats intermédiaires liés à l'amélioration de la capacité de répondre aux besoins des enfants par les figures parentales et, enfin, pour les facteurs environnementaux qui caractérisent l'environnement dans lequel vit l'enfant, en favorisant ainsi un processus de résilience assistée.

Ces résultats sont aussi évidemment en relation avec les résultats proximaux, c'est-à-dire les changements intervenus dans le système des services et des professionnels, que nous n'avons pas eu la possibilité de documenter ici.

En fait, ces données démontrent qu'une culture intégrée (niveau macro) est ce qui crée les conditions de l'intégration entre les services (niveau méso), et qui, à son tour, crée les conditions pour le dialogue et le travail interprofessionnels (niveau micro entre les professionnels et entre ces professionnels et la famille) et, enfin, qui crée les conditions pour renforcer le lien entre les parents et leurs enfants (intra-famille, niveau micro), permettant ainsi de surmonter les conditions qui amènent à la négligence familiale.

Références

Amoròs, P., Angels Balsells, M., Fuentes-Pelaez, N., Mateos, A., & Pastor, C. (2011). Apprendre ensemble, grandir en famille. Programme de soutien socioéducatif. *La Revue Internationale de l'Éducation Familiale*, *30*(2), 61-80.

Chamberland C., Léveillée, N., & Trocmé, N. (éds) (2007). *Protéger les enfants, aider les adultes: deux univers à rapprocher*. Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.

Department of health (2000). *Framework for the assessment of children in need and their families. The family pack questionnaires and scales*. Londres, Royaume-Uni: The Stationery Office.

European commission (2013). *Commission Recommendation of 20.2.2013, Investing in Children: Breaking the Cycle of Disadvantage*. Bruxelles, Belgique: European Commission. Récupéré de : http://www.parliament.bg/pub/ECD/127271C_2013_778_EN_ACTE_f.pdf

Lacharité, C. (2005). From risk to psychosocial resilience: conceptual models and avenues for family intervention. *Texto-Contexto*, *14*, 71-77.

Lacharité, C. (2014). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire: PAPFC2. Guide de programme,* (éd. Rév.), Trois-Rivières, Canada : CEIDEF/UQTR.

Lacharité, C., Ethier, L., & Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, *59*, 381-394.

Milani, P., Serbati, S., & Ius, M. (2015). Parole vivante et parole morte: le parcours accidenté de la parole des enfants et des parents vers l'action. Dans C. Lacharité, C. Sellenet, & C. Chamberland (dir.), *Ce que parler veut dire en protection de l'enfance: la parole des enfants et des parents* (pp. 125-135). Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.

Milani, P., Ius, M., Serbati, S., Zanon, O., & Di Masi, D. (2015). *Il Quaderno di P.I.P.P.I.. Teorie, Metodi e strumenti per l'implementazione del programma.* Padoue, Italie: BeccoGiallo.

Ogden, T., Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., Patras, J., Christiansen, T., Taraldsen, K., & Tollefsen, N. (2012). Measurement of implementation components ten years after a nationwide introduction of empirically supported programs–a pilot study. *Implementation Science*, *7*(1), 1.

Marsh, P., Parker, R., Ward, H., Jackson, S., Aldgate, J., & Wedge, P. (1992). *Looking after children—Assessing outcomes in child care*. Londres, Royaume-Uni: HMSO.

Serbati, S., IUS, M., & Milani, P. (2016). P.I.P.P.I. Programme of Intervention for Prevention of Institutionalization. Capturing the Evidence of an Innovative Programme of Family Support. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, *52*, 26-5.

The Scottish Government (2008). *Getting it Right for Every Child.* Edinburgh. http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/1141/0065063.pdf

Ward, H. (1995). *Looking after children: research into practice*. Londres, Royaume-Uni: HMSO.

« Marcher en famille » Programme de compétences parentales dans le cadre d'un processus d'accueil et de réunification familiale

M. Ángeles Balsells Bailón
Université de Lleida, Espagne
Tél. : +34 973706576
balsells@pip.udl.cat

Crescencia Pastor Vicente
Université de Barcelona, Espagne
Tél. : +34 934035212
cpastor@ub.edu

Eduard Vaquero Tió
GRISIJ (Group de Recerca i Intervenciò Socioeducaitva en la Infancia i Joventut)
Université de Lleida, Espagne
Tél. : +34 973 706580
eduardvt@pip.udl.cat

Résumé

« Marcher en famille **»** est un programme de compétences parentales pour les familles qui se retrouvent dans le système de protection de l'enfance. Il vise à apporter un soutien spécifique dans l'apprentissage des compétences parentales pendant l'accueil et pour la réunification des familles biologiques. Il tend à favoriser l'acceptation de la mesure, la réalisation de visites et de contacts, le retour à la maison et la consolidation du retour des enfants. Le programme s'articule autour de trois axes : la parentalité positive, la résilience des familles qui ont surmonté un processus de réunification et la participation de toutes les personnes impliquées.

Mots-clés : Réunification familiale, programme socio-éducatif, parentalité positive, résilience des familles, participation

"Walking with the family" is a parental competency program within the framework of welcoming and family reunification

Abstract

"Walking with Your Family" is a parenting skills program for families who find themselves in the child welfare system. Its aim is to provide specific support in learning parenting skills during reception and reunification of biological families. It tends to favor the acceptance of the measure,

the realization of visits and contacts, the return to the home and the consolidation of the child's return. The program focuses on three pillars: positive parenting, the resilience of families who have overcome a reunification process, and the participation of all involved.

Keywords: Family reunification, socio-educational program, positive parenting, family resilience, participation

1. Introduction

Au sein du système de protection de l'enfance, la réunification familiale se réfère au processus qui permet à un mineur de retourner vivre dans sa famille d'origine après une période de séparation due à une situation de détresse, négligence ou maltraitance. Dans une mesure de protection qui implique la séparation temporaire du mineur du noyau familial, que ce soit en famille d'accueil et/ou foyer, la réunification est l'objectif premier. La complexité du processus de réunification familiale suppose que les objectifs envisagés dans le plan d'action de travail familial soient divers : maintenir les liens affectifs, faciliter le retour à la maison familiale dès que possible, s'assurer que la famille apporte un environnement affectif stable ainsi qu'améliorer les compétences parentales. Pour se faire, on met habituellement en place une série d'interventions et de ressources professionnelles qui peuvent aller de l'aide économique, sociale, scolaire ou à domicile aux ressources spécifiques à caractère thérapeutique. Ces ressources sont fréquemment destinées à réduire les limitations, indicateurs et facteurs de risque dans le but d'assurer un environnement stable qui protège le mineur.

Cependant dans une perspective visant les familles et leur capacité à gérer le retour de leurs enfants à la maison, il faut prêter une attention particulière à leurs compétences pour s'occuper et interagir avec leurs enfants. Dans ce sens, travailler sur les compétences parentales est fondamental pour assurer le bien-être de l'enfant dans sa famille. Cela entraîne un travail spécifique sur ces mêmes compétences.

Les programmes de formation pour autonomiser ces familles, les programmes socio-éducatifs d'habiletés parentales (Balsells, Fuentes-Peláez, Mateo, Mateos, & Violant, 2010; Child Welfare Information Gateway, 2011; Cole & Caron, 2010) et la formation en besoins éducatifs spécifiques et propres à chaque étape du processus de réunification (Balsells *et al*., 2014; Balsells, Amorós, Fuentes-Peláez, & Mateos, 2011) sont des stratégies reconnues comme nécessaires pour parvenir à l'amélioration de l'exercice de parentalité. Malgré ces recommandations, on n'a jusqu'à présent prêté que peu d'attention à la formation des familles en processus de réunification. Dans ce contexte, le programme « marcher en famille » est une ressource supplémentaire qui vise à couvrir les besoins socio-éducatifs des familles en processus d'accueil et de réunification, en complément d'autres ressources à caractère social, psychologique et/ou thérapeutique envisagées pour les familles en processus d'accueil et de réunification familiale.

2. Caractéristiques du programme

2.1 Finalité et dimensions

« Marcher en famille » est un programme de méthodologie de groupe qui travaille les compétences parentales requises par les familles, dans le cadre d'un processus d'accueil et de réunification familiale. Son principal objectif est d'encourager l'acceptation et la mise en œuvre de la mesure de protection pour rendre plus facile le retour, le plus tôt possible, des enfants au foyer et renforcer la réunification une fois qu'ils sont rentrés. Les processus d'enseignement à

l'origine du programme renvoient à trois dimensions d'apprentissage: a) la dimension émotionnelle qui vise le développement de la gestion des émotions, l'expression des sentiments et l'empathie, b) la dimension comportementale qui facilite l'acquisition des compétences nécessaires à l'éducation des enfants, la résolution des problèmes et la participation et c) la dimension cognitive qui favorise la pensée critique, le respect des autres, les valeurs de la famille et la collaboration avec les agents de soutien.

2.2 Destinataires

Ce programme s'adresse aux familles dont les enfants, entre 8 et 16 ans, se trouvent dans une situation de séparation temporaire conformément à la mesure de protection à l'enfance, qui ont des perspectives de réunification et qui, du point de vue de leurs capacités, nécessitent un soutien spécifique dans l'exercice de leur parentalité.

Le public auquel s'adresse ce programme se compose des pères et mères, fils et filles et des familles dans leur ensemble, aux différents stades du processus d'accueil.

- Familles qui se trouvent à la première étape de la mesure d'accueil et pour lesquelles on veut encourager l'assimilation de compétences nécessaires, pour que parents et enfants soient en mesure d'accepter la mesure de séparation.

- Familles à l'étape intermédiaire pour le maintien du lien affectif en développant les compétences parentales spécifiques lors des visites et contacts entre parents et enfants.

- Familles qui se trouvent à la dernière étape de la mesure et qui préparent le retour à la maison. Lors de cette dernière étape, elles doivent développer les compétences adéquates qui permettent d'une part de préparer le retour à la maison et d'autre part, d'assurer un retour des enfants avec gages de succès.

2.3 Structure et organisation

Le programme s'organise en 5 modules de 3 séances chacun (Figure 1). La mise en œuvre de chaque module s'ajuste aux différentes étapes de l'itinéraire du processus de réunification. Ce qui veut dire que le programme est mis en place avant la réunification familiale, lorsque les familles sont séparées et que les enfants sont en famille d'accueil ou foyer, mais qu'il se poursuit lorsque la famille est à nouveau réunie, après qu'ait eu lieu la réunification.

- Le module 1. « La Mesure », a pour but de réfléchir à la mesure de protection en reconnaissant le rôle distinctif des parties impliquées.

- Le module 2. « Visites et contacts », vise à aider la mise en place des visites qui favorisent et le bien-être du garçon, de la fille, de la famille et le processus d'accueil et de réunification familiale.

- Le module 3. « Préparer le retour à la maison » est conçu pour comprendre l'importance et les conditions de retour à la maison.

- Le module 4. « Premiers jours à la maison » porte sur le rétablissement de la dynamique et le vivre ensemble au sein de la famille après le retour des enfants au foyer.

- Le module 5. « Renforcer la réunification » est élaboré afin de favoriser les mises au point nécessaires pour renforcer la réunification familiale.

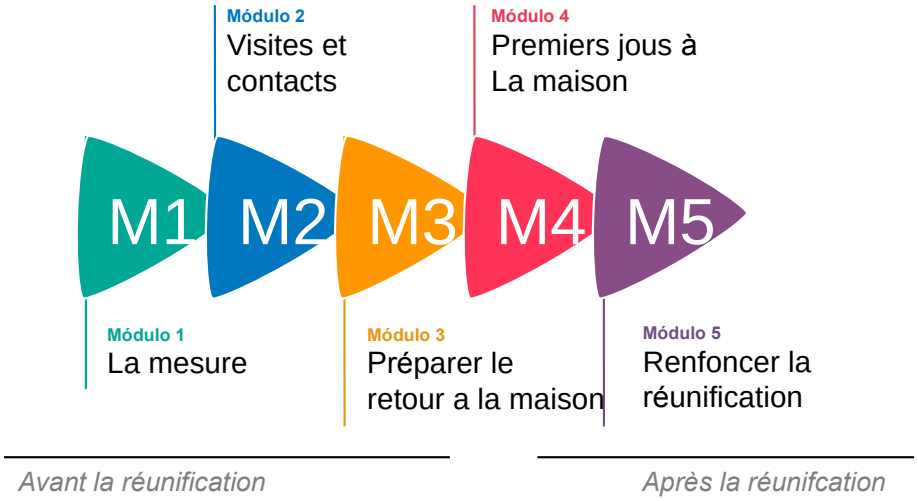

Figure 1. Modules du programme

3. Méthodologie

Dans le programme « Marcher en famille », on propose d'associer les séances en groupe aux séances individuelles en intervenant aux différentes phases du processus de réunification familiale. Dans tous les modules du programme, on utilise une méthodologie de groupe par l'intermédiaire de groupes de soutien spécialisés dans l'enseignement et l'apprentissage de compétences parentales. Cette méthodologie consiste à encourager la participation active des personnes participantes par la mise en place de dynamiques appropriées à la compétence que l'on souhaite travailler. La valeur ajoutée de cette méthodologie est qu'elle permet de réduire l'isolement social de ces familles car elle leur apporte une certaine sécurité et les rend membre d'un collectif partageant les mêmes intérêts, souhaits, besoins et attentes que d'autres parents et enfants.

Des séances en groupe sont envisagées pour les modules 1, 2 et 3 avec les parents, pères et mères, et des séances individualisées avec les enfants qui seront effectuées sur le lieu d'accueil. Les séances entre parents et enfants se déroulent parallèlement et simultanément de sorte que les uns et les autres partagent un engagement qu'ils remplissent au cours du contact ou de la

visite suivante. Comme les modules 4 et 5 s'adressent aux familles qui sont déjà réunifiées, on prévoit des séances en groupe avec les parents, des séances en groupe avec les enfants et des séances en groupe avec les familles dans leur ensemble.

3.1 Matériel et ressources

Le programme se compose d'un ensemble d'outils grâce auxquels il se développe de façon optimale. Le matériel comprend un DVD et des imprimés pour chacun des modules, un premier dossier sur le fondement et les caractéristiques du programme et un deuxième avec les séances de présentation. Chaque module inclut des fiches, des contes, des jeux et du matériel pour développer toutes les activités des séances en groupe et individuelles. Il contient également des illustrations en tenant compte intentionnellement de la diversité culturelle, des structures et des genres, pour éviter les stéréotypes. Il y a également un autre DVD comprenant du matériel audiovisuel (un par module) dans lequel on peut voir des témoignages réels de participants qui, de manière volontaire et désintéressée, racontent leur expérience en tant que familles réunifiées. Les vidéos mettent en scène une grande variété d'acteurs (parents, familles, enfants, frères et sœurs petits et adolescents) et des mesures de protection diverses (familles d'accueil –de proximité ou éloignée- et foyer d'accueil).

3.2 Axes d'innovation du programme

Le programme s'articule autour de trois axes : la parentalité positive (Balsells *et al*., 2014; Balsells, Pastor, Mateos, Vaquero, & Urrea, 2015), la résilience des familles (Lietz & Strength, 2011; Lietz, 2006); et la participation des personnes impliquées, spécialement les filles et les garçons (Balsells *et al*., 2010; Fuentes-Peláez, Amorós, Balsells, Mateos, & Violant, 2013; Mateos, Balsells, Molina, & Fuentes-Peláez, 2012). Le programme « Marcher en famille » est un programme de grande envergure de par ses éléments essentiels :

a) Public : Il s'adresse aussi bien aux enfants qu'aux parents, pères et mères qu'aux familles dans leur ensemble :

b) Phases : Il est développé à différents stades du processus, aussi bien lors de la mesure d'accueil, que lorsque s'est déjà réalisée la réunification ;

c) Professionnels impliqués dans différents services qui doivent coordonner leurs actions : Equipe de spécialistes de l'enfance, foyers d'accueil, équipes des familles d'accueil et éducateurs spécialisés à domicile ;

d) Typologie des séances : en groupe avec les parents, pères et mères, et les enfants, garçons et filles, individualisés avec les enfants, filles et garçons et en groupe avec les familles.

3.3 La parentalité positive

Travailler sur les compétences parentales est fondamental pour s'assurer du bien-être de l'enfant dans sa famille. Cela implique de travailler spécifiquement sur ces mêmes compétences. Ce travail doit inclure les enfants car ils sont un actif fondamental dans le rétablissement des relations familiales. Le modèle d'écologie évolutive du développement de la famille permet d'analyser les situations de maltraitance, négligence et abandon d'un point de vue moins « pathologique » en comprenant que les situations de maltraitance sont généralement le résultat d'un mauvais exercice de la parentalité. De ce point de vue, on constate à quel point le bien-être de l'enfant ou de l'adolescent dépend de l'équilibre entre les facteurs de risque et les facteurs de protection dans les divers contextes qui entourent la famille, les besoins évolutifs et éducatifs des enfants et les capacités des figures parentales dans le domaine de l'éducation dans son ensemble (Rodrigo, Máiquez, & Martín-Quintana, 2010a, 2010b). Ainsi, la manière d'exercer la parentalité est liée aux trois variables suivantes (Figure 2) :

- Les besoins des enfants et adolescents : besoins évolutifs et éducatifs et les différentiels propres aux enfants et qui évoluent tout au long de la vie.

- Les compétences familiales : capacité des parents à affronter avec souplesse et adaptabilité, selon le contexte et les besoins des enfants, la tâche d'être parent.

- Contexte psychosocial de la famille qui aide (facteurs de protection) ou rend difficile (facteurs de risque) la tâche d'être parent.

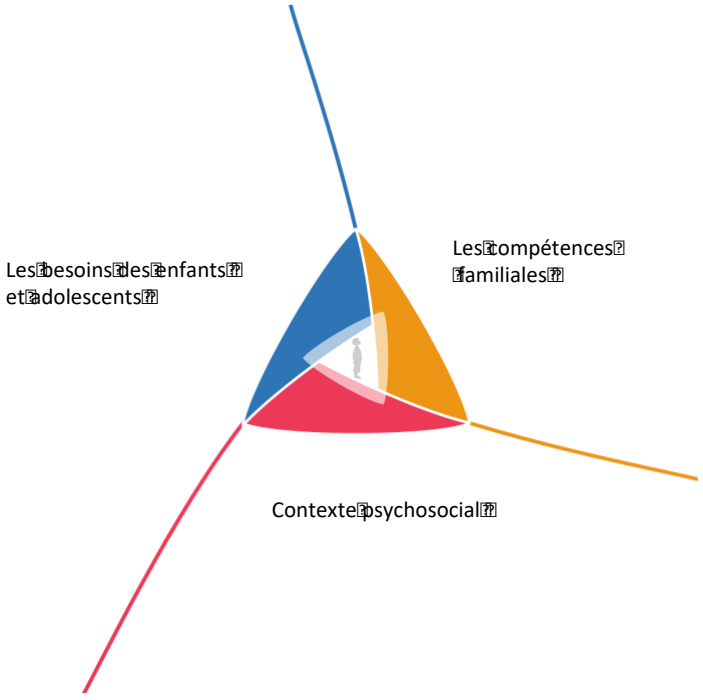

Figure 2. Trois variables de la parentalité

Comprendre le problème et en prendre conscience pour avancer dans le processus de réunification passe par placer les carences de l'enfant au centre du dispositif et aussi par l'identification des compétences parentales qui permettront d'améliorer la situation, en s'appuyant sur les éléments contextuels nécessaires (Balsells *et al*., 2013, 2014, 2011), tel qu'illustré par la Figure 2.

3.4 La résilience familiale

En observant les familles du point de vue de la résilience, on se concentre autant sur l'analyse des facteurs de risque que celle des facteurs de protection, en identifiant non seulement les déficits, mais aussi les capacités et points forts de la famille (Amorós, Fuentes-Peláez, Molina, & Pastor, 2010; Balsells, 2007).

Par ailleurs, on constate que les familles qui vivent un processus d'accueil et de réunification passent par différentes phases de résilience au cours de ce chemin : survie, adaptation, acceptation, croissance et développement et aider les autres (Lietz & Strength, 2011). Ce processus en phases est illustré par la Figure 3.

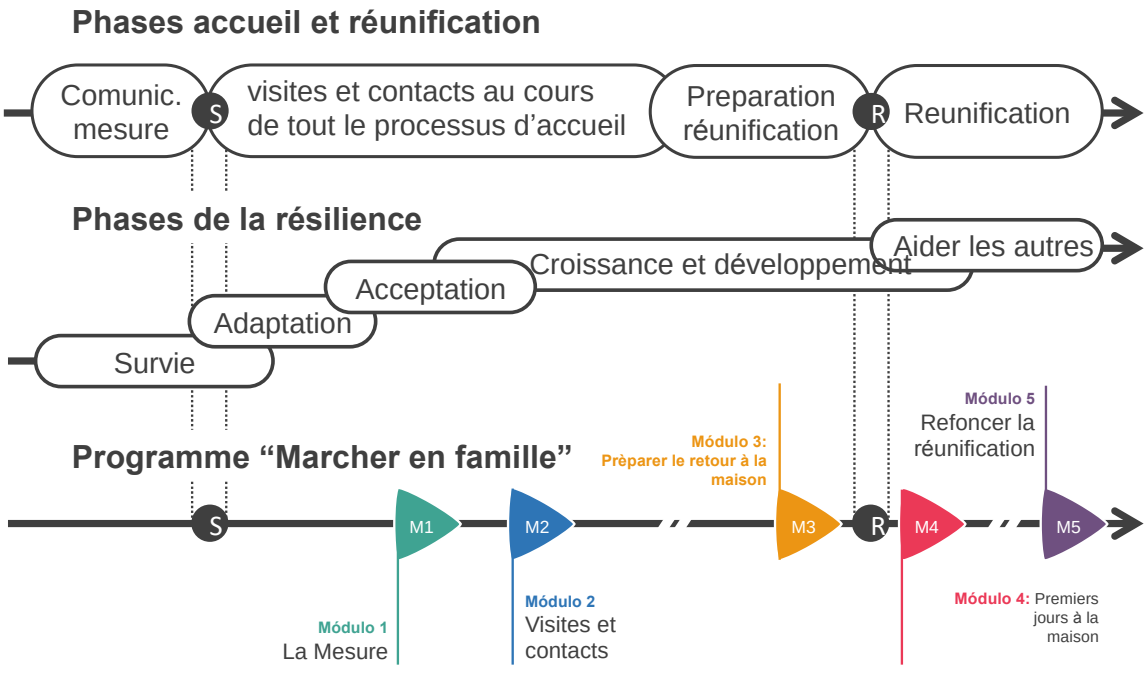

Figure 3. Résumé des phases de résilience familiale pendant le processus d'accueil et de réunification

Au début de la mesure, on voit souvent apparaître des sentiments et réactions propres au processus de deuil (Bravo & Del Valle, 2009 ; Schofield & Ward, 2011). La phase de survie consiste à surmonter les premiers sentiments de négation, de colère et de protestation. À cette étape, le soutien formel et informel représente un aspect fondamental. Passés ces premiers moments,

chaque famille peut réagir différemment, en voulant faire des changements rapides et radicaux ou en passant par une phase de « dépression » et de perte d'intérêt. C'est alors qu'apparaît la phase d'adaptation, pendant laquelle les parents font les ajustements nécessaires pour vivre sans leurs enfants, pendant que les garçons, filles et adolescents s'adaptent eux aussi à la mesure d'accueil. Les familles qui affrontent l'adaptation en faisant preuve d'initiative, en recherchant des solutions et en montrant des prédispositions face aux nouvelles expériences pourront remonter plus vite. Ensuite vient la phase d'acceptation qui se distingue parce que la famille commence à considérer la mesure comme positive et nécessaire et de ce fait, à acquérir confiance, sécurité et autonomie. A cette étape, la disposition et le désir d'accepter et de faire les changements nécessaires sont des éléments clés du processus (Amorós, 2002; Ellingsen, Stephens, & Storksen, 2012; Schofield *et al*., 2011). Avec cela arrive la phase de croissance et de développement où les familles se renforcent grâce à leurs succès. L'autoévaluation positive est une des forces les plus notables car elle provoque des sentiments d'auto-efficacité et d'autonomisation. C'est lorsque la famille arrive à cette étape qu'on commence à envisager le retour des enfants. Finalement, lors de la phase «aider les autres», les familles en soutiennent d'autres, elles aussi en processus de réunification, ce qui les aident à promouvoir leurs forces familiales, à donner du sens à leur histoire ainsi qu'à se sentir utiles et confortées d'avoir surmonté la situation.

3.5 La participation des familles

Dans ce programme, on retrouve le défi de faire participer les impliqués au processus de réunification familiale. Écouter la voix des familles augmente les probabilités de succès, puisque la participation directe aux décisions qui les touchent va les rendre plus ouvertes pour collaborer et mettre en place des actions nécessaires (Burford & Hudson, 2000). Plus particulièrement, la participation des enfants a une incidence. Actuellement, les enfants et adolescents ne prennent aucune part active, ni à l'évaluation ni à la prise de décision lors des différentes phases du processus de réunification familiale.(Balsells, Pastor, Molina, Fuentes-Pelaez, & Vázquez, 2016). Cependant, leur rôle est fondamental et influent car vivre et connaître tout le processus de prise de décision est une clé dans le succès de la réunification (Mateos *et al*., 2012).

4. Conclusion

Le programme « Marcher en famille » est un programme de grande envergure de par ses éléments essentiels : a) destinataires : il s'adresse aussi bien aux enfants, qu'aux pères et mères, tout comme aux familles dans leur ensemble ; b) phases : il est développé à différentes étapes du processus, lorsque l'on met en place la mesure d'accueil tout comme lorsque s'est déjà produite la réunification. c) professionnels impliqués dans différents services qui doivent coordonner leurs actions : Equipe de spécialistes de l'enfance, foyers d'accueil, équipes des familles d'accueil et éducateurs spécialisés à domicile ; et d) typologie des séances qui encourage la participation des destinataires.

En conséquence, les résultats ne vont pas dépendre uniquement et exclusivement de l'adéquation et de la bonne conception du programme. Il existe un certain nombre de conditions à sa mise en œuvre qui vont déterminer très clairement s'il a été intégré avec succès et durablement par les services de protection, comme par exemple la disponibilité et la présence continue des familles. À cet égard, il est prévu d'évaluer sa mise en œuvre dans des recherches ultérieures.

Références

Amorós, P. (2002). L'evolució de l'acolliment familiar a Catalunya. *Àmbits de Política I Societat*, *24*, 54–57.

Amorós, P., Fuentes-Peláez, N., Molina, M. C., & Pastor, C. (2010). Le soutien aux familles et aux adolescents bénéficiant d'une action centrée sur la promotion de la résilience. *Bulletin de Psychologie*, *6*(510), 429–434. http://doi.org/10.3917/bupsy.510.0429

Balsells, M. À. (2007). Orientaciones para promover acciones socioeducativas con familias en situación de riesgo social. *Guía Para La Gestión de Centros Educativos* [en ligne]. Récupéré de: http://www.guiasensenanzasmedias.es/pdf/fp/2_2_5.pdf

Balsells, M. À., Amorós, P., Fuentes-Peláez, N., & Mateos, A. (2011). Needs analysis for a parental guidance program for biological family: Spain's current situation. *Revista de Cercetare Si Interventie Sociala*, *34*, 21–37. Récupéré de: http://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/48290/016882.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Balsells, M. À., Fuentes-Peláez, N., Mateo, M., Mateos, A., & Violant, V. (2010). Innovación socioeducativa para el apoyo de adolescentes en situación de acogimiento familiar. *Educar*, *45*, 133–148.

Balsells, M.A., Pastor, C., Amorós, P., Fuentes-Peláez, N., Molina, M. C., Mateos, A., Vaquero, E., Ponce, C., *et al*. (2015). *Caminar en familia: Programa de competencias parentales durante el acogimiento y la reunificación familiar*. Madrid, Espagne: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones. Récupéré de: http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia /ayudas/docs2013-14/docs2016/CaminarenFamilia.pdf

Balsells, M. À., Pastor, C., Amorós, P., Mateos, A., Ponce, C., & Navajas, A. (2014). Child Welfare and Successful Reunification through the Socio-Educative Process: Training Needs among Biological Families in Spain. *Social Sciences*, *3*, 809–826. http://doi.org/10.3390/socsci3040809

Balsells, M. À., Pastor, C., Mateos, A., Vaquero, E., & Urrea, A. (2015). Exploring the needs of parents for achieving reunification: The views of foster children, birth family and social workers in Spain. *Children and Youth Services Review*, *48*, 159–166. http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.12.016

Balsells, M. À., Pastor, C., Molina, M. C., Fuentes-Peláez, N., Vaquero, E., & Mundet, A. (2013). Child Welfare and Successful Reunification: Understanding of the Family Difficulties during the Socio-Educative Process. *Revista de Cercetare Si Interventie Sociala*, *42*, 228–247.

Balsells, M. À., Pastor, C., Molina, M. C., Fuentes-Pelaez, N., & Vázquez, N. (2016). Understanding Social Support in Reunification: The Views of Foster Children, Birth Families and Social Workers. *British Journal of Social Work*, (February), 1–16. http://doi.org/10.1093/bjsw/bcw049

Bravo, A., & Del Valle, J. F. (Coord.). (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles Del Psicólogo*, *30*(1), 42–52.

Burford, G., & Hudson, J. (2000). *Family Group Conferencing: New Directions in Community-Centered Child and family practice*. New York, NY: Aldine de Gruyter. Récupéré de: http://books.google.es/books/about/Family_Group_Conferencing.html?id=BNp2lRjT3FAC&redir_esc=y

Child Welfare Information Gateway. (2011). *Family Reunification: What the Evidence Shows* (June). Washington, DC.

Cole, M., & Caron, S. (2010). Exploring Factors Which Lead to Successful Reunification in Domestic Violence Cases: Interviews with Caseworkers. *Journal Family Violence*, *25*, 297–310.

Ellingsen, I. T., Stephens, P., & Storksen, I. (2012). Congruence and incongruence in the perception of "family" among foster parents, birth parents and their adolescent (foster) children. *Child & Family Social Work*, *17*, 427–437. http://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00796.x

Fuentes-Peláez, N., Amorós, P., Balsells, M. À., Mateos, A., & Violant, V. (2013). The biological family from the perspective of kinship fostered adolescents. *Psicothema*, *25*(3), 349–354. http://doi.org/10.7334/psicothema2013.22

Lietz, C. A. (2006). Uncovering Stories of Family Resilience: A Mixed Methods Study of Resilient Families, Part 1. *Families in Society*, *88*(4), 147–155. http://doi.org/10.1606/1044-3894.3573

Lietz, C. A., & Strength, M. (2011). Stories of Successful Reunification: A Narrative Study of Family Resilience in Child Welfar. *Families in Society*, *92*(2), 203–210. http://doi.org/10.1606/1044-3894.4102

Mateos, A., Balsells, M. À., Molina, M. C., & Fuentes-Peláez, N. (2012). The Perception Adolescents in Kinship Foster Care Have of their Own Needs. *Revista de Cercetare Si Interventie Sociala*, *38*, 25–41. Retrieved from http://www.rcis.ro/images/documente/rcis38_02.pdf

Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., & Martín-Quintana, J. C. (2010a). *La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva*. Madrid, Spain: Federación Española de Municipios y Provincias. Edición policopiada.

Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., & Martín-Quintana, J. C. (2010b). *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales*. Madrid, Spain: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Schofield, G., Moldestad, B., Höjer, I., Ward, E., Skilbred, D., Young, J., & Havik, T. (2011). Managing Loss and a Threatened Identity: Experiences of Parents of Children Growing Up in Foster Care, the Perspectives of their Social Workers and Implications for Practice. *British Journal of Social Work*, *41*, 74–92. http://doi.org/10.1093/bjsw/bcq073

Schofield, G., & Ward, E. (2011). *Understanding and Working with Parents of Children in Long-Term Foster Care*. Jessica Kingsley Publisher. JKP.

Family leisure as an element of resilience and a strength in families involved with the Child Welfare System

M. Ángeles Balsells Bailón
University of Lleida, Spain
Tel. : +34 973706576
balsells@pip.udl.cat

Alicia Navajas
University of Lleida, Spain
Tel. : +34 973706617
alicianavajas@pip.udl.cat

Abstract

The study focuses on family leisure as a factor of resilience for families involved with the Child Welfare System. The research is based on a qualitative method that analyzes data from interviews and focus groups with Spanish families and professionals (N=134). The findings show that these families, like others, may acquire multiple benefits related to resilience through sharing leisure. However, some of the benefits are exclusive to families in the Child Welfare System, such as promoting reunification. In terms of practical applications, this study highlights the importance of encouraging interventions based on “good treatment” and not just preventing maltreatment.

Keywords: Resilience, family leisure, positive parenting, child welfare system, strengths perspective

Loisirs familiaux comme élément de résilience et force pour les familles impliquées dans le système de protection de l'enfance

Résumé

Cette recherche porte sur les loisirs familiaux en tant que facteur de résilience pour les familles impliquées dans le système de protection de l'enfance. Elle est basée sur une méthode qualitative appliquée aux données d'entrevues et de groupes de discussion avec des familles et des professionnels espagnols (N = 134). Les résultats montrent que ces familles, comme les autres, peuvent retirer de multiples avantages liés à la résilience grâce au partage des loisirs. Cependant, certains avantages sont exclusifs aux familles impliquées dans le système de protection de l'enfance, tels que la promotion de la réunification. En termes d'applications pratiques, cette

étude souligne l'importance d'encourager les interventions basées sur le « bon traitement » et pas seulement sur la prévention de la maltraitance

Mots-clés : Résilience, loisir en famille, parentalité positive, système de protection de l'enfance, approches basées sur les forces

1. Theoretical background and problematic

Currently, the extended definition in the scientific literature describes the concept of "leisure" as a subjective experience that is always positive and helps to develop a human dimension (Cuenca & Goytia, 2012). According to this definition, leisure is considered a strength from the viewpoint of the Strengths Perspective (Rapp & Goscha, 2012), and general consensus indicates that it is a key element of quality of life (Somarriba & Pena, 2010).

Taking into account this positive meaning of leisure, family leisure is considered a main skill for parents and is recognized as a basic parental competence (Bayot, Hernández, & de Julián, 2005; Moreno, Jiménez, Oliva, Palacios, & Saldaña, 1995; Musitu & Cava, 2001; Rodrigo, Martín, Cabrera, & Máiquez, 2009; Rodrigo, 2012; Villar, Luengo, Gómez, & Romero, 2003). This parental competence is especially relevant for families at risk because it is one dimension of positive parenthood (Rodrigo, 2012). Moreover it is a protective factor and is a characteristic of resilient families (Hidalgo, Menéndez, Sánchez, Lorence, & Jiménez, 2009; Rodrigo, 2012) as well.

Despite the relevance of family leisure as parental competence, little is known about this phenomenon among families in situations of high vulnerability. Leisure studies only began to pay attention to family leisure after the 1990s, which may explain the lack of deep research about this topic. As Hodge *et al*. (2015) explain, there were no integrative reviews of trends in shared family leisure research until their study. Moreover, the existing scientific literature about this topic focused on "traditional" family types (generally, married parents living with their biological children) and paid less attention to other family structures, such as single parents or families with non-resident fathers (Harrington, 2014; Zabriskie & Tess, 2013).

In that line, it has been observed that families involved with the Child Welfare System have not been a focus of interest in the leisure studies literature. As consequence, the leisure particularities of families with children in foster care are quite unknown.

A deep examination of this issue could improve the understanding of familial dynamics during visits within the Child Welfare System and could help to identify elements that boost the quality of visits. As Salas, Fuentes, Bernedo and García (2014) and Beyer (2008) note, it is necessary to seek interventions that improve visitations. Salas *et al*. (2014) support that need by noting in their study that 42% of a group of Spanish families undergoing visits with a child in foster care showed poor or very poor parent-child interactions.

Related to that issue, improving the quality of visits is key to facilitating reunification (Balsells *et al*., 2011; León & Palacios, 2004; Taplin, 2005), which has a considerably low rate in Spain (22.5%) according to official Spanish data (Observatorio de la Infancia, 2015).

2. Methodology

The aim of the present research is to study the dynamics of family leisure with the context of family visitations in the Child Welfare System, focusing on the benefits that make leisure a resilience factor and a strength for families.

The research is based on a qualitative methodology. The analysis used data obtained from secondary sources, specifically, from the transcripts of 5 semi-structured interviews and 21 focus groups collected in 2012 by the GRISIJ research group (a research group studying socio-educative interventions with children and adolescents). GRISIJ´s research was framed within a Spanish project called "The biological family in the Child Welfare System: socio-educative action processes" (EDU211-30144-C02-01).

The data gathered information from 134 participants: a) 42 parents whose sons or daughters had been in a foster care placement with a plan for reunification or who had already been reunified, b) 29 children and adolescents who had been through a foster care process with a plan for reunification or who already been reunified, and c) 62 professionals with at least one year of experience in the Child Welfare System. The participants were from four regions of Spain: Catalonia (89), Galicia (19), Cantabria (17), and the Balearic Islands (9).

A secondary data analysis was conducted through content analysis, using Atlas.ti.6.1.1 software to support the coding process. Both axial codes and systematic codes were used for data categorization.

3. Results

The results show that experiences of shared leisure during visits have multiple benefits for families involved with the Child Welfare System. Two main types of benefits related to resilience were distinguished: benefits that all types of families could acquire through leisure activities and benefits that only families with children in a foster care situation could obtain.

Within the first type of benefits (benefits that all types families could obtain), the following are notably related to resilience: providing fun and pleasure moments, facilitating positive interactions and relationships inside the family, fortifying family bonding and attachment, improving psychological wellbeing, facilitating distraction from problems, avoiding negative feelings, creating positive family memories and facilitating involvement with informal support systems and the community.

Some of these benefits can be reflected in the following quote: "We went to the 'Madalena' neighborhood for first time, and we had spent years without enjoying and laughing that way and without talking about the situation because the issue is there, but sometimes it hurts to continue talking about it when we are together" [parent focus group].

The second type of benefits is exclusive to families whose children are in foster care placements. Those benefits include the following: promoting a variety of visits that integrate active dynamics, motivating the family to look forward to the process of reunification, providing psychological relief from the situation, helping to block bad feelings, facilitating involvement during visits, boosting participation in visits, increasing satisfaction with the visits and providing an element of normalcy to the situation.

These benefits are especially relevant to the psychological wellbeing of families facing struggles; they improve the quality of visits and promote reunification.

Some of these benefits can be reflected in the following quote: "The first time we went out, it was like another world […] you come back from these visits with a full battery to work toward the return home" [parent focus group].

4. Discussion and conclusions

Two types of benefits related to the resilience of families involved with the Child Welfare System who share leisure experiences could be determined. The scientific literature related to this topic describes only some of these benefits, possibly because of the limited research available.

The first type of benefits comprises those that any family can obtain by experiencing shared leisure. The benefits included in this first group have also been reported in other studies, as follows: providing fun and pleasurable moments (Goldstein, 2012; Harrington, 2014), facilitating positive interactions and relationships (Cuenca, 2005; Hodge *et al*., 2015; Huff, Widmer, McCoy, & Hill, 2003; Jenkins, 2006; Shaw, 2008; Zabriskie & Freeman, 2004; Zabriskie & McCormick, 2001), fortifying family bonding and attachment (Cuenca, 2005; Harrington, 2014; Hodge *et al*., 2015; Zabriskie & McCormick, 2001), improving psychological wellbeing (Cuenca, 2005; Hodge *et al*., 2015; Maynard & arding, 2010; Offer, 2013), helping family members forget problems and reducing negative feelings (Jenkins, 2006), creating positive family memories (Cuenca, 2012) and facilitating involvement with informal support systems and the community (Cuenca, 2005).

Other resilience benefits that authors note include facilitating stability in family life (Cuenca, 2005; Hodge *et al*., 2015) and promoting more structured family life (routines, celebrations and spaces for quality family time) (Kotliarenco, Muñoz, & Gómez, 2012). These benefits are more related to family life, which is not a dimension that applies to families involved with the Child Welfare System.

The second type of benefits comprises those that only families involved with the Child Welfare System can obtain by experiencing shared leisure because they are specific to their special circumstances, which are framed by visitations and are related to promoting the quality of visits and facilitating reunification. To our knowledge, there is no study that analyzes this type of benefits, possibly because there is little leisure research focused on different family structures, as Harringthon (2014) and Zabriskie and Tess (2013) highlight.

In conclusion, all of the identified benefits affirm that family leisure is an individual and familial resilience factor, as some authors agree (Hidalgo *et al*., 2009; Rodrigo, 2012). Furthermore, as the present study shows, families involved in the Child Welfare System can experience specific advantages from these experiences. In this sense, the findings suggest that family leisure is a strength for families in the foster care process, extending the affirmation of the Strengths Perspective that leisure is a strength (Rapp & Goscha, 2012).

In terms of practical applications, these findings indicate why family leisure could be considered a useful tool for promoting resilience and quality of life among families. In that sense, Hidalgo *et al*. (2009) state that this change of perspective necessitates intervening with a positive parenting approach, not just an abuse prevention approach. Moreover, Pastor, Ciurana, Navajas, Cojocaru and Vázquez (2015) highlight that family leisure is a good way to intervene with families on three levels: the individual level, the parental level and the level of the whole family within its environment (the extended family, neighborhood, community, etc.).

Finally, it is especially relevant to highlight for professionals that family leisure is a dimension that can be improved through educational interventions, as suggested in recently studies of families at risk (Amorós, Balsells, Buisan, Byrne, & Fuentes-Peláez, 2013; Amorós, Balsells, Fuentes-Peláez, Mateos, & Pastor, 2011) and families whose children are in foster care (Balsells, Pastor, Mateos, Vaquero, & Urrea, 2015).

References

Amorós, P., Balsells, M. À., Buisan, M., Byrne, S., & Fuentes-Peláez, N. (2013). Implementation and evaluation of the 'Learning Together, Growing in Family Programme': The impact on the families. *Revista de Cercetare Si Interventie Sociala*, *42*, 120–144.

Amorós, P., Balsells, M. À., Fuentes-Peláez, N., Mateos, A., & Pastor, C. (2011). Apprendre ensemble, grandir en famille: Programme de soutien socio-éducatif. *La Revue Internationale de L'éducation Familiale*, *30*(2), 61–80.

Balsells, M. A., Amorós, P., Fuentes-Peláez, N., & Mateos, A. (2011). Needs Analysis for a Parental Guidance Program for Biological Family: Spain s Current Situation. *Revista de Cercetare Si Interventie Sociala*, *34*, 21–37.

Balsells, M. A., Pastor, C., Mateos, A., Vaquero, E., & Urrea, A. (2015). Exploring the needs of parents for achieving reunification: The views of foster children, birth family and social workers in Spain. *Children and Youth Services Review*, *48*, 159–166.

Goldstein, J. (2012). *Play in children's health, development and well-being*. Brussels, Belgium: TIE, Toy Industries of Europe.

Harrington, M. (2014). Practices and meaning of purposive family leisure among working- and middle-class families. *Leisure Studies*, *34*(4), 471-486. Retrieved from : http://doi.org/10.1080/02614367.2014.938767

Hidalgo, M. V., Menéndez, S., Sánchez, J., Lorence, B., & Jiménez, L. (2009). La intervención con familias en situación de riesgo psicosocial. Aportaciones desde un enfoque psicoeducativo. *Apuntes de Psicología*, *27*(2-3), 413–426.

Hodge, C., Bocarro, J., Henderson, K., Zabriskie, R., Parcel, T., & Kanters, M. (2015). Family leisure an integrative review of research from select journals. *Journal of Leisure Research*, *47*(5), 577–600.

Moreno, M., Jiménez, J., Oliva, A., Palacios, J., & Saldaña, D. (1995). Detección y caracterización del maltrato infantil en la Comunidad Autónoma Andaluza. *Infancia Y Aprendizaje*, *71*, 33–47.

Musitu, G., & Cava, M. (2001). *La familia y la educación*. Barcelona, Spain: Octaedro.

Observatorio de la Infancia. (2015). *Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia. Datos 2013*. Madrid, Spain: Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Offer, S. (2013). Family Time Activities and Adolescents' Emotional Well-being. *Journal of Marriage and Family*, *75*(1), 26–41.

Pastor, C., Ciurana, A., Navajas, A., Cojocaru, D., & Vázquez, N. (2015). Positive Parenting: Lessons from Research. *Revista de Cercetare Si Interventie Sociala*, *51*, 227–239.

Rapp, C., & Goscha, R. J. (2012). *The Strengths Model: A recovery oriented approach to mental health services* (Third). New York, NY: Oxford University Press.

Rodrigo López, M. J. (2012). *Educación parental para promover la competencia y resiliencia en las familias en riesgo psicosocial*. Retrieved from https://web.oas.org/childhood/ES/Lists/Recursos%20%20Estudios%20e%20Investigaciones/Attachments/27/20.%20Educaci%C3%B3n%20parental%20para%20promover.PDF

Rodrigo, Martín, J. C., Cabrera, E., & Máiquez, M.L. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, *18*(2), 113–120.

Salas, M., Fuentes, M., Bernedo, I. M., & García, M. Á. (2014). Contact visits between foster children and their birth family: the views of foster children, foster parents and social workers. *Child & Family Social Work*, *21*(4), 473-483. Retrieved from : http://doi.org/10.1111/cfs.12163

Zabriskie, R. B., & Freeman, P. (2004). Contributions of family leisure to family functioning among transracial adoptive families. *Adoption Quarterly*, *7*(3), 49–77.

Zabriskie, R. B., & McCormick, B. P. (2001). The Influences of Family Leisure Patterns on Perceptions of Family Functioning. *Family Relations*, *50*(3), 281–289.

Zabriskie, R. B., & Tess, K. (2013). Positive Leisure Science: Leisure in Family Contexts. In T. Freire (Ed.), Positive Leisure Science: From *Subjetive Experiencie to Social Contexts* (pp. 81–99). New York, NY: Springer Netherlands.

Index des auteurs

A

Amorós, P. 506
Ángeles Balsells Bailón, M. 529, 542

B

Barbe Coulon, Delphine 439
Bouteyre, Evelyne 464
Bussières, Eve-Line 422

C

Ciurana, Anna 455
Cojocaru, Daniela 455
Colombini, Sara 515
Cruz Molina, María 455

D

Degli Innocenti, Edoardo 491
Di Masi, Diego 481

F

Fantozzi, Carlo 491
Fuentes-Peláez, Nuria 455, 506

G

Gauvin-Lepage, Jérôme 428

H

Hamelin, Anouchka 413

I

Ius, Marco 481, 491, 515

J

Jourdan-Ionescu, Colette 472
Julien-Gauthier, Francine 472

L

Lacharité, Carl 439
Lapointe, Danièle 414
Le Bossé, Yann 414
Lefebvre, Hélène 428

M

Malo, Denise 428
Mateo, Maribel 455
Mateos, A. 506
Milani, Paola 481, 491, 515

N

Navajas, Alicia 542

P

Parigi Bini, Gian Maria 491
Pastor Vicente, Crescencia 455, 529
Perron, Caroline 422

S

Santello, Francesca 515
Serbati, Sara 515
Sità, Chiara 515

V

Vaquero Tió, Eduard 491, 529
Vasile, Diana Lucia 447
Vázquez, Noelia 455

Z

Zabern, Anne 464
Zanon, Ombretta 481, 515

Index des mots-clés

A

Adolescence, 440
Aide aux devoirs, 484
Application de tablette, 504
Approches basées sur les forces, 555

B

Bénévole, 484
Bonnes pratiques, 468

D

Développement
  professionnel, 468
  socioémotionnel, 434
Domicile, 484

E

Éducation
  familiale, 519
  pour la résilience, 484
Équipes éducatives, 476
Étude de cas, 440
Évaluation de programme, 519
Événements stressants, 451

F

Familles
  vulnérables, 504
Formation
  réflexive, 493

I

Inceste, 426
Intervention
  familiale, 468

L

Loisir en famille, 555

M

Maltraitance, 434
Mentalisation, 426
Méta-analyse, 434

N

Négligence parentale, 493
Neurotraumatisme, 440

P

Parentalité, 451
  positive, 541, 555
Participation, 541
  de la famille, 504, 528
Perspective humaniste, 440
Pratiques
  discursives, 493
  parentales positives, 519
Prévention
  du placement, 528
Programme, 476
  socio-éducatif, 541
Protection, 451
  de l'enfance, 476, 528

R

Représentations sociales, 493
Résilience
  assistée, 451, 476
  familiale, 440, 541
  outils de, 504
  revue systématique, 434
  tuteur de, 484
Réunification familiale, 541

S

Santé, 460
Système de protection de l'enfance, 555

T

Traumatisme
  familial précoce, 460
Traumatologie, 460