

QUAND LA RECHERCHE ET LA CLINIQUE SE RENCONTRENT : PRÉSENTATION DU PROGRAMME CES ANNÉES INCROYABLES COMME EXPÉRIENCE PILOTE AU SEIN D'UNE ÉQUIPE SOS-ENFANTS

Cécile Mathys et Aurore Boulard

Office de la naissance et de l'enfance | « [Carnet de notes sur les maltraitances
infantiles](#) »

2017/1 N° 6 | pages 28 à 44

ISSN 2295-5518

Article disponible en ligne à l'adresse :

[https://www.cairn.info/revue-carnet-de-notes-sur-les-maltraitances-
infantiles-2017-1-page-28.htm](https://www.cairn.info/revue-carnet-de-notes-sur-les-maltraitances-infantiles-2017-1-page-28.htm)

Distribution électronique Cairn.info pour Office de la naissance et de l'enfance.

© Office de la naissance et de l'enfance. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

QUAND LA RECHERCHE ET LA CLINIQUE SE RENCONTRENT : PRESENTATION DU PROGRAMME CES ANNEES INCROYABLES COMME EXPERIENCE PILOTE AU SEIN D'UNE EQUIPE SOS- ENFANTS

CÉCILE MATHYS, UNIVERSITÉ DE LIÈGE ET ÉQUIPE SOS-ENFANTS AIDE ET PRÉVENTION
ET AUREORE BOULARD, UNIVERSITÉ DE LIÈGE ET INSTITUT POUR LE DÉVELOPPEMENT
DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT ASBL²

Résumé

Le travail avec les parents est un des enjeux majeurs des équipes SOS-Enfants. Cet article se propose de présenter le contenu d'une intervention cognitivo-comportementale destinée à développer les habiletés parentales (le programme *Ces années incroyables*) et les premières observations liées à son implantation au sein d'une équipe SOS-Enfants. 5 mères (X âge = 40 ans, Ec.type = 7,1) ont participé à cette expérimentation sur une durée de 12 semaines avec pour objectifs :

1. Le développement d'une relation parent-enfant harmonieuse;
2. L'apprentissage de stratégies éducatives efficaces et utilisées de façon cohérente;
3. L'amélioration des processus de résolution de problèmes et de la communication au sein de la famille.

Les éléments de contenu et du dispositif de l'intervention qui ont été mis en évidence par les mères comme étant significatifs pour atteindre ces objectifs sont exposés. L'article se termine par une mise en perspective et des propositions concrètes pour développer ce type d'intervention au sein des équipes SOS-Enfants.

Mots clés : intervention cognitivo-comportementale, habiletés parentales, programme *Ces années incroyables*

Abstract

Working with families is challenging for child protection services. This study aims to present the content of a cognitive-behavioural intervention, a parent training program (Incredible years) to improve parenting practices, and the first observations related to the implementation in a child protection service. 5 mothers (X age = 40 years old, SD = 7,1) participated in this intervention lasted 12 weeks and aimed :

2 Auteur correspondant : Cécile Mathys, Département de criminologie, Université de Liège - Bât. B33 - Quartier Agora - Place des Orateurs 1 4000 Liège - E-Mail : cecile.mathys@ulg.ac.be

1. To develop a harmonious parent-child relationship;
2. To support parents in learning and consistently applying effective practices;
3. To improve problem solving and communication skills within families.

Relevant elements from mothers to reach their goals have been exposed, associated to both content and design of this intervention. This study concluded with a discussion and concrete propositions to develop this kind of intervention in child protection services.

Keywords : cognitive-behavioural intervention, parenting practices, *Incredible years* program

L'APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE AVEC LES ENFANTS EN DIFFICULTÉ ET LEURS FAMILLES

Les troubles du comportement occupent une place particulière dans la psychopathologie de l'enfant, à la fois parce qu'ils sont fréquents et parce qu'ils sont bruyants (Dumas, 2013). De plus, ces troubles sont rarement rencontrés seuls et il existe une grande comorbidité avec d'autres troubles tels que le TDAH (Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité), la dépression ou encore les troubles anxieux assortis d'un retard et d'un rejet scolaire.

Les troubles du comportement figurent ainsi parmi les motifs de consultation les plus fréquents dans les services pédopsychiatriques (Favre et al., 2005). Au sein de ces comportements, nous pouvons citer les comportements de désobéissance et/ou de défiance vis-à-vis de l'autorité (parents, professeurs), les colères subites, l'opposition régulière aux demandes et aux règles des adultes et enfin, de la susceptibilité ou de l'agacement face aux comportements des pairs.

Parmi les facteurs de risque de cette pathologie, outre les facteurs biologiques et développementaux et par la suite les facteurs scolaires et ceux liés aux pairs, les facteurs familiaux figurent en place centrale (Webster-Stratton et al., 2006). Ainsi, sont relevés comme facteurs de risque familiaux, les familles à faibles revenus, un niveau d'éducation parentale faible, un niveau élevé de stress et/ou de conflits, les familles monoparentales mais également la présence de désordres psychiatriques tels que la dépression ou l'abus de substances (Farrington, 1992). Au sein de ces facteurs familiaux, les habiletés parentales sont directement concernées (peu de stimulation, peu de surveillance, présence d'inconsistance disciplinaire, attitudes négligentes et/ou trop sévères...) par les comportements observés chez l'enfant (peu de capacité à gérer les conflits, peu de compétences sociales, impulsivité (TDAH), peu de compétences scolaires, difficultés de langage). Aussi, il s'avère nécessaire de pouvoir aider ces enfants à réguler leurs comportements et le contrôle d'eux-mêmes, afin d'éviter le



développement ultérieur de problèmes comportementaux, sociaux et cognitifs. Ceci rejoint les travaux de Richard Tremblay et ses collègues (1999; 2001) qui postulent que la présence d'agressivité est intrinsèquement liée au développement des compétences motrices chez le jeune enfant (entre 17 mois et 3 ans), dénotant d'un caractère normatif et développemental. Sans régulation mise en place par un cadre extérieur (parents, école...), les enfants, pour la plupart, continueront à manifester des attitudes et comportements agressifs dans leur mode d'interaction à eux-mêmes et à autrui, particulièrement les enfants qui présentent des comportements agressifs très élevés, pouvant se cristalliser en conduites antisociales à l'adolescence.

Même si l'intervention optimale est difficile à identifier, il semble que les méthodes cognitivo-comportementales sont celles qui sont les plus évaluées concernant l'intervention auprès d'enfants (Furlong et al., 2010). Des évaluations menées, les composantes cognitives, comportementales et celles liées à l'apprentissage social apparaissent comme les plus efficaces pour réduire les problèmes de comportement chez l'enfant (Brestan et al., 1998). La thérapie dite cognitivo-comportementale est un type de thérapie qui se concentre sur la modification des comportements et des cognitions des individus (Parent et al., 2012), s'inspirant des théories de l'apprentissage (Cottraux, 2004). Dans le but de comprendre et modifier les problèmes d'adaptation que peuvent rencontrer les individus, elle pointe l'importance de l'utilisation d'une méthodologie expérimentale et utilise principalement des techniques de brainstorming, modeling, jeux de rôles, feedback et attribution de tâches ou devoirs (Vera, 2009). Plus concrètement, les objectifs poursuivis sont d'aider l'enfant à identifier les stimuli liés à des comportements agressifs et antisociaux, à faire face à des distorsions cognitives, à développer des compétences de résolution de problèmes, et à faire face à la colère et la frustration (Nock, 2003 cité par Gatti et al., 2014, p.292). Dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale, ces objectifs peuvent être poursuivis directement avec l'enfant ou indirectement via un travail axé sur les compétences parentales.

En effet, il est reconnu qu'avant 11 ans, les interventions centrées sur les parents apparaissent comme les plus efficaces dans le traitement des enfants qui présentent des troubles du comportement (Gatti et al., 2014). Les parents étant les premiers agents de socialisation de l'enfant, il est pertinent de penser que ce type d'intervention demande la participation effective des parents et dès lors, que ce sera au travers des parents que la régulation des comportements de l'enfant sera possible. Il a d'ailleurs été observé que des compétences parentales adéquates permettaient de médier la relation entre les facteurs biologiques propres à l'enfant et le développement ultérieur de troubles du comportement (Paulussen-Hoo-geboom et al., 2008). Ainsi, les interventions utilisant les principes des théories du conditionnement opérant et de l'apprentissage social aident

Document communiqué en vertu de la Loi sur l'accès à l'information - P3 (02/1831-010-1201-0927) Le Office de la langue officielle

les parents à mieux comprendre les enjeux des renforcements positifs et négatifs et notamment à se centrer davantage sur les comportements positifs de l'enfant (en lui donnant de l'attention) et à ignorer ou à diminuer le focus sur les comportements non souhaités (Webster-Stratton, 2004). De même, la composante cognitive est investiguée au travers des distorsions et pensées automatiques que peuvent véhiculer les parents (telles que mon enfant ne fait jamais rien de bon, je suis un mauvais parent) en travaillant sur des techniques de résolution de problèmes et de gestion de la colère (Macdonald et al., 2012).

Le programme *Ces années incroyables* (CAI) a été développé par Carolyn Webster-Stratton et ses collègues (2008) et implanté aux Etats-Unis, au Canada, en Norvège, au Danemark, en Grande-Bretagne et en Nouvelle-Zélande. Il est l'un des plus utilisés concernant l'intervention avec des enfants présentant des difficultés de comportement et a été soumis à une évaluation scientifique rigoureuse, avec conditions de groupe expérimental et contrôle (Letarte et al., 2010; Webster-Stratton et al., 2011). Ce programme utilise des fondements théoriques provenant de plusieurs théories, dont celles de l'attachement (Ainsworth, 1974; Bowlby, 1980), de l'apprentissage social et du modèle coercitif réciproque (Patterson et al., 1989) et celles associées au sentiment d'auto-efficacité (Bandura, 1989). Plusieurs objectifs sont poursuivis, s'axant sur le développement de facteurs de protection associés à la famille tels que développer une relation parent-enfant harmonieuse; soutenir l'apprentissage de stratégies éducatives efficaces et utilisées de façon cohérente; améliorer les processus de résolution de problèmes et la communication au sein de la famille. Ces objectifs permettent, à terme, et de façon directe, de stimuler la relation parent-enfant et de développer les compétences de chacun, et de façon indirecte, d'agir sur les situations de maltraitance et de négligence ainsi que sur le développement ultérieur de trajectoires déviantes chez l'enfant. De façon succincte, le programme *Ces années incroyables* utilise une approche collaborative, impliquant différents modules concernant les parents, les enfants et l'école, et comportant plusieurs séances, à raison d'une fois par semaine pendant 2h (incluant discussions de groupes, analyse de vidéos, jeux de rôles et devoirs à la maison).

Nous savons qu'un écart existe entre la connaissance acquise à travers la recherche empirique et la pratique clinique (Garland et al., 2008). Aussi, la description fine du contexte d'implantation d'une intervention reconnue comme efficace prend tout son sens, notamment pour en promouvoir sa diffusion.





1. Contexte et équipes SOS-Enfants

Le 29 avril 1985, la Communauté française de Belgique a adopté un décret relatif à la protection des enfants maltraités, abrogé depuis par le décret du 12 mai 2004 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance et suivi par un arrêté le 14 juin 2004 du Gouvernement de la Communauté française relatif à l'agrément et au subventionnement des équipes SOS-Enfants. De façon générale, les équipes SOS-Enfants ont la mission de faire avancer les connaissances dans le domaine du traitement et de la prévention des situations de maltraitance. Pour assurer la prise en charge des familles, les équipes SOS-Enfants ont développé différents outils de travail tels qu'établir un bilan pluridisciplinaire de la situation de l'enfant et de son milieu de vie et leur apporter une aide appropriée en créant si nécessaire des synergies avec le réseau psycho-médico-social (Office de la Naissance et de l'Enfance, 2013). Actuellement, 14 équipes SOS-Enfants existent en Fédération Wallonie-Bruxelles. C'est l'équipe SOS-Enfants Aide et Prévention de Liège qui a pris l'initiative de développer et d'implanter le programme CAI en tant que première expérience pilote.

La finalité de ce projet découle d'une observation de terrain. En effet, la majorité des enfants pris en charge par les équipes SOS-Enfants, notamment celle qui nous occupe, l'équipe SOS-Enfants Aide et Prévention, qui fonctionne uniquement en ambulatoire, sont maintenus dans leurs familles. Aussi, il nous semblait essentiel de soutenir les parents dans le développement de leurs habiletés éducatives et de développer un axe thérapeutique associé. A cet effet, l'expérience menée au Québec par l'équipe de Létarte et Normandeau (2010) au sein de services mandatés en protection de l'enfance s'est avérée concluante, notamment car l'une des originalités de cette étude était d'associer chercheurs et intervenants de terrain, spécialisés en protection de l'enfance. Ceci faisant écho à la difficulté que connaissent certains programmes préventifs ou curatifs efficaces, nommés Brand name program (Howell et al., 2014) qui peinent à reproduire leur efficacité au sein de milieux de terrain, en dehors des conditions strictes dans lesquels ils ont été éprouvés une première fois.

2. Descriptif du programme

Comme énoncé précédemment, le programme *Ces années incroyables* comporte différents modules destinés aux enfants, aux professeurs et aux parents. Notre choix s'est porté sur la mise en place du programme destiné aux parents d'enfants âgés de 3 à 9 ans; population majoritairement prise en charge par l'équipe SOS-Enfants Aide et Prévention au moment de la mise en place de cette expérimentation.

Dans les prochaines lignes, nous allons dresser un compte-rendu de la démarche d'implantation du programme CAI, qui s'est réalisée au sein de

l'équipe SOS-Enfants Aide et Prévention de mars à juin 2015. 12 rencontres ont ainsi été programmées et réalisées, du 6 mars au 26 juin 2015. La plage horaire choisie était le vendredi matin, de 9h30 à 11h30, chaque semaine pendant douze semaines environ (en fonction des jours fériés et vacances scolaires). Le programme de base comporte 16 séances, toutefois les dernières séances s'intéressent aux liens avec le réseau et l'école notamment, ce qui n'était pas l'enjeu premier de cette expérimentation. Les objectifs travaillés se sont présentés comme suit :

- Semaine 1 :** Avoir du plaisir avec son enfant.
- Semaine 2 :** Aider votre enfant à apprendre par le jeu.
- Semaine 3 :** Aider votre enfant à apprendre par le jeu (suite).
- Semaine 4 :** Félicitations, faire sortir le meilleur de votre enfant.
- Semaine 5 :** Félicitations, récompenses spontanées.
- Semaine 6 :** Programme de récompenses.
- Semaine 7 :** Etablir des limites efficaces - commandes.
- Semaine 8 :** Etablir des limites efficaces - aller jusqu'au bout.
- Semaine 9 :** Ignorer.
- Semaine 10 :** Retrait.
- Semaine 11 :** Résolution de problèmes face au conflit.
- Semaine 12 :** Clôture.

Ces séances se sont réalisées dans un local de l'équipe, la salle de réunion, qui n'est pas un espace que les familles et bénéficiaires ont l'habitude de fréquenter. Nous voulions en effet offrir un environnement d'échanges et de travail le plus neutre possible afin de renforcer l'axe thérapeutique, basé sur une confiance mutuelle, associé au programme.

Toutes les sessions ont été organisées selon une structure identique et un tableau présentant le contenu de la session a été complété chaque semaine par les formateurs. Après le temps de l'accueil des participants, les formateurs revenaient sur les activités réalisées la semaine. Un moment d'échange était également consacré aux félicitations, encouragements et réflexions du groupe, notamment si un membre du groupe s'était trouvé en difficulté face à l'activité proposée. Venait ensuite, le thème/l'objectif du jour (cfr ci-dessus). La session se poursuivait par le visionnage des vidéos en lien avec la thématique du jour et les commentaires et observations des participants. Après la pause, un temps était réservé aux jeux de rôles. Enfin, les formateurs présentaient les nouvelles activités à réaliser avec l'enfant pendant la semaine, activités en lien direct avec la thématique du jour. Un débriefing de la session était également prévu avant de prendre un temps pour clôturer la séance.



3. Présentation de la démarche d'implantation et des participantes

Nous avons organisé cette expérience pilote avec un groupe de mères, en raison d'un nombre plus important de mères disponibles à ce moment-là au sein de l'équipe SOS-Enfants Aide et Prévention. Cette intervention pourrait également se dérouler avec un groupe de pères. En effet, la mixité des membres du groupe (hommes et femmes sans être couple parental par exemple) est possible mais il est souhaitable alors que les deux sexes soient représentés de manière équilibrée. Initialement, nous aurions souhaité pouvoir entamer le groupe de mères avec 12 à 16 participantes, déjà en contact avec notre équipe, tel qu'initialement prévu par le programme et participant sur le désistement de quelques mères en début du programme.

Avant de constituer le groupe de mères, certains critères de participation ont été établis afin de garantir la cohésion du groupe et la qualité du programme. En effet, il est par exemple démontré que la dépression de la mère, ou encore une consommation de substances psychoactives chez le père, sont des facteurs (modérateurs) qui altèrent l'efficacité de l'intervention CAI (Beauchaine et al., 2005) et nécessiterait une prise en charge spécifique en parallèle. Ces critères, associés au programme de base, étaient les suivants :

1. Vivre avec son enfant (pas d'internat ou de placement).
2. Avoir au moins un enfant dans la tranche d'âge 3-10 ans.
3. Rencontrer des difficultés dans le parenting (famille à risque de maltraitance ou négligence, mère dépassée par l'éducation de son ou ses enfants, enfant agressif...).
4. Ne pas faire la formation avec un membre de sa famille (mari, mère, sœur...).
5. Ne pas être dans une situation de crise familiale aiguë nécessitant la mise en place d'interventions de la part de différents services d'aide (placement, hospitalisation...).
6. Pas de psychopathologie lourde chez la mère (dépression, mania-co-dépression, toxicomanie impliquant un sevrage et un traitement médicamenteux lourd...) ni de déficience mentale sévère.
7. S'engager à être présent à toutes les séances.
8. Accepter de suivre le programme.
9. Participation volontaire.

Nous avons finalement débuté le 6 mars 2015 avec 7 mères. Cette situation montre combien il peut être difficile d'intégrer ce public, en grande vulnérabilité, dans le cadre d'un suivi thérapeutique collectif. En effet, la collaboration avec une équipe SOS-Enfants, qui n'est pas neutre aux yeux

Document relatif au projet de loi n° 1042 du 10 juillet 2010 relatif à la naissance et à la garde des enfants

des bénéficiaires, peut en alarmer certains (confidentialité des dossiers). Soulignons également l'importance de tenir compte des critères de participation dans la première sélection des mères. Le critère concernant la santé mentale a pu constituer une limite inhérente aux particularités des suivis SOS.

Sur ces 7 mères, 6 sont venues à la première rencontre, une mère ayant confirmé ne s'est jamais présentée (sa situation personnelle s'étant complexifiée). Suite à cette rencontre, nous avons continué avec 5 mères car une autre mère a dû être hospitalisée. Les caractéristiques de ces 5 mères sont les suivantes : elles présentent une moyenne d'âge de 40 ans (Ec. type : 7,1; min. 29,4 et max. 47,9), avec un enfant visé par ce programme, respectivement 4 garçons et 1 fille, avec une moyenne d'âge de 6 ans et 4 mois (Ec.type : 1,5; min. 4,1 et max. 8,1). Ces 5 mères sont séparées du père de l'enfant et avaient la garde principale de leur enfant, avec pour deux d'entre elles, une absence de contact avec le père et pour les trois autres, des temps de week-ends. Deux des mères avaient un autre enfant au domicile familial. Dans le décours du programme, nous avons terminé avec 3 mères sur les 5 (changement de domicile et nouvel emploi pour une, pas de nouvelle de l'autre).

Une halte-garderie était également initialement prévue afin de garder les enfants en bas âge et permettre aux mères de se libérer pendant 2 heures chaque semaine. Toutefois, ce type de service n'a pas été mobilisé car les mères ayant intégré le groupe avaient des enfants en âge d'être scolarisés. Les trajets en transport en commun étaient aussi remboursés mais cela n'a pas été non plus nécessaire. Ces différentes ressources peuvent permettre de fidéliser les participants (Letarte et al. 2010).

PRÉSENTATION DES PREMIÈRES OBSERVATIONS

1. Contenu

Au travers des observations hebdomadaires réalisées durant les séances et au débriefing associé entre formateurs, nous avons pu relever une évolution chez les mères ayant participé et terminé le programme CAI; évolution propre à chacune, en fonction de leurs objectifs de départ.

1.1. Réactions et feedback des participantes

Globalement, les mères ont, à chaque séance, formulé un feedback positif à l'aide des auto-évaluations prévues à cet effet. Ces auto-évaluations intégraient quatre volets comprenant : le contenu de la session, les compétences des formateurs, les interactions et les discussions et enfin, les jeux de rôles. Pour chacun de ces volets, les possibilités de réponses variaient *de ne m'a pas aidé, neutre, m'a aidé, m'a fortement aidé*. Les mères ont ainsi coché pour ces quatre volets *m'a aidé à m'a fortement aidé*, renvoyant aux résultats descriptifs obtenus par Letarte et ses collègues dans leur expérimentation de ce programme au Québec (2010).





Plus particulièrement et concernant des remarques qualitatives écrites par ces mères, nous pouvons relever : jouer avec son enfant en étant soutenant et non dans la critique (le cas par exemple d'une mère qui jouait beaucoup avec son enfant, en adaptant le jeu selon ses critères à elle, et notamment ses règles et non celles provenant de l'imaginaire et la construction de son enfant qui étaient alors perçues comme mauvaises); apprendre à mettre son attention sur les talents et compétences de son enfant plutôt que sur ses mauvais coups (nombre sont les mères dans le groupe qui utilisaient leur énergie pour commenter les comportements de désobéissance de leur enfant plutôt que valoriser les moments de calme ou les attitudes attendues que celui-ci manifestait); perception du jeu comme un moment de partage qui permet d'en connaître davantage sur son enfant et renforce la confiance mutuelle (une mère a ainsi pu raconter que son enfant lui avait parlé de son père biologique lors d'un moment de jeu; sujet que l'enfant n'abordait pas jusqu'alors, et a pu se confier sur ce qu'il ressentait); comprendre les limites à poser à son enfant et comprendre qu'il en a besoin (particulièrement pour une mère qui, dans sa représentation de l'enfant, imaginait que celui-ci intégrait les mises en garde et attitudes préventives de sa mère comme étant des limites, et s'offusquait quand l'enfant n'obéissait pas).

Ainsi, cette mère utilisait la plupart du temps une argumentation qui lui convenait à elle et pas au stade de développement et aux capacités de son enfant telle que *si tu ne mets pas ta casquette pour aller jouer dehors, tu vas être brûlé et développer de graves maladies* ; établir des limites claires (notamment pour une mère d'origine marocaine qui a été élevée elle-même sans limites clairement identifiées car dans sa culture, il est attendu que les enfants développent eux-mêmes des limites, aidés en cela par la communauté). Les mères ont aussi exprimé à certains moments les difficultés que représentaient cette formation pour elles : c'est dur ou encore nécessite des efforts pour tenir les objectifs sur la durée, leur permettant de conscientiser et d'identifier où se situaient réellement leurs challenges dans la relation avec leur enfant. Généralement, ces moments de partage (en groupe ou sous forme d'introspection) ont constitué un tournant dans la formation, permettant non pas aux mères de se décourager, mais plutôt de chercher du soutien et des ressources auprès du groupe et des formatrices afin de se mobiliser et atteindre leur objectif.

Par exemple, pour une mère, tenir le coup lors d'une sanction, prenant la forme d'un retrait de 5 minutes pour son enfant suite à une crise, était particulièrement difficile. Une attention particulière lui a été ainsi accordée, notamment au niveau des jeux de rôles face à cette situation, lors des appels téléphoniques hebdomadaires et des débriefings suivants. Les mères pouvaient également signaler qu'elles se sentaient reboostées suite à la séance.



1.2. Compétences globales développées durant le programme

Nous avons constaté une relation mère-enfant plus forte, avec des confidences spontanées de la part des enfants et des moments de partage et d'échange, qui étaient absents auparavant pour certaines mères. D'autres ont développé de réelles compétences à fixer et maintenir des limites par rapport à leur enfant et gérer les émotions que cela suscitait chez elles. Une autre mère a pu apprendre à être dans une résolution de problèmes plus optimale et mettre en place des stratégies efficaces pour prendre de la distance quand des tensions apparaissaient avec son enfant. Nous avons également relevé davantage de confiance au niveau des mères, dans leur rôle de mère et de femme, et le développement d'un climat de soutien et d'entraide entre elles, qui permet de diminuer la solitude dans laquelle elles peuvent être plongées.

1.3. Conclusion

De façon générale, le contenu du programme CAI a permis de créer un lien thérapeutique avec ces mères, où la maltraitance (physique et/ou verbale), si elle apparaissait, pouvait être partagée et discutée, sans déni ni tabou. De façon significative, les 3 mères ayant terminé le programme ont diminué le recours à la gifle ou à l'empoignade lors de moments de tension avec leur enfant afin d'utiliser d'autres stratégies. L'initiative de l'introspection et la remise en question de ses propres attitudes éducatives et leur adéquation par rapport à l'enfant ont aussi été renforcées chez ces mères.

2. Le dispositif comme soutien

Le programme CAI n'est certes pas suffisant pour réguler totalement les difficultés que ces mères rencontrent avec leur enfant et plus globalement dans leur vie, ce qui n'est d'ailleurs pas la prétention du programme, il constitue cependant une ressource importante pour le travail au quotidien avec des parents en situation de maltraitance et/ou négligence. L'intérêt du dispositif repose sur sa structuration, sa régularité (2h chaque semaine, pendant 12 à 16 semaines), ses aspects très opérationnels et concrets (notamment grâce aux vidéos et jeux de rôle, qui permettent de vivre et sentir les choses, pas seulement de les mentaliser), l'implication des formateurs et le climat soutenant développé au sein du groupe qui permet d'ouvrir les perspectives tout en étant respectueux. En outre, l'accent est mis sur les ressources de ces mères comme porte d'entrée au travail, plutôt que d'axer sur leurs difficultés. Nous sommes persuadés que cette façon d'aborder la relation, associée au cadre particulier du dispositif, essentiellement thérapeutique et non diagnostique, a permis d'affilier les mères au travail proposé et d'éviter des attitudes d'évitement ou de déni.



2.1. Le groupe comme levier

Le groupe et le dispositif de formation permettent de prendre de la distance pour ne pas réagir dans l'instant avec son enfant, notamment quand une situation de tension/crise apparaît, ouvrant la possibilité pour trouver des stratégies et anticiper. La technique de brainstorming, présente à chaque nouveau thème abordé, est ainsi pointée par les mères comme étant bénéfique, leur permettant de puiser trucs et astuces chez les autres mères et de façon générale, d'élargir leur répertoire cognitif et comportemental. Le jeu de rôle, autre technique utilisée, est également mis en évidence par les mères, leur permettant d'oser se mettre en scène, vivre et surtout ressentir une position d'enfant (qu'est-ce que c'est agréable de recevoir des compliments, avons-nous entendu de la part d'une mère dubitative sur l'importance de formuler des compliments lorsqu'elle s'est retrouvée à la place de l'enfant dans le jeu de rôle) et également une position différente de mère (par exemple, être dans l'observation et la présence bienveillante, sans être interventionniste). Les mères mettent également en avant l'aspect soutenant d'un groupe composé de peu de membres, qui permet chaleur et encouragements plus personnalisés.

2.2. L'importance du débriefing

Il est également rapporté que les périodes de débriefing permettent d'identifier les avancements des mères, ce qui, pour certaines, leur permet de relever les propres changements réalisés et dès lors, de se centrer sur ce qui évolue et qui est porteur par rapport à leur relation avec leur enfant, plutôt qu'axer sur les difficultés, qui malgré tout restent présentes sur d'autres aspects pas encore ou non travaillés durant cette formation. Ces moments d'échanges et de débriefings offrent également aux mères la possibilité de relativiser leur situation et d'observer que d'autres connaissent également des difficultés dans la relation à leur enfant. Cette conscientisation, loin de les entrainer vers un processus de banalisation, leur permet plutôt de reprendre confiance en elles et participe à leur motivation générale. Les mères nous parlent également d'un effet anti-stress de la formation qui, compte tenu des aspects parfois cathartiques de leurs conditions de vie stressantes, facilitent également la mobilisation de ces mères dans le dispositif mis en place.

2.3. Conclusion

Le dispositif de groupe et ses différentes composantes apparaissent dès lors comme un facilitateur dans le développement des habiletés parentales et la régulation des comportements de l'enfant en aval. La méta-analyse réalisée par Furlong et son équipe (2010) a pu démontrer la plus-value du dispositif de groupe dans ce cadre, participant à diminuer les troubles intériorisés des parents (dépression, anxiété) et réduire le sentiment de stigmatisation et d'isolation dont ils peuvent souffrir.

Ces différentes observations ont également été mises en évidence par l'équipe de Letarte et Normandeau (2010) et renvoient à l'intérêt de prendre en compte tant des éléments d'évaluation liés au contenu que des éléments associés à la qualité d'implantation du dispositif et des différents facteurs pouvant contribuer à son succès; ou autrement nommés, concernent les aspects *programmés* et *non programmés* d'une intervention (Andrews, 2011).

PERSPECTIVES ET CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Le contexte de l'équipe SOS-Enfants de Liège s'intègre bien avec le dispositif du programme CAI, où le volet thérapeutique concernant la parentalité peut être investigué. Toutefois, il nous semble important, au vu de cette première expérience et des observations réalisées sur sa mise en œuvre, d'être attentif à une série d'ajustements.

Premièrement, nous insistons sur la clarté des rôles et missions pour les formateurs d'un prochain groupe CAI. Il est, en effet, essentiel de dissocier les différentes missions et de garantir le secret professionnel associé à un cadre thérapeutique, et de fonctionner, dans la mesure du possible, de manière indépendante par rapport au travail quotidien des équipes SOS-Enfants ou plus généralement du service au sein duquel est associé le programme CAI. Rappelons en effet que ce programme repose, entre autres, sur la confiance, le partage et le respect au sein du groupe et avec les formateurs. Cette prise de position a pu être facilitée avec la présence d'un formateur externe. De même, l'aval du conseil d'administration, le soutien de la coordination de l'équipe SOS-Enfants concernée par cette expérience pilote ainsi que l'équipe elle-même ont facilité l'implantation et le bon déroulement de ce programme. En effet, comme souligné par Lancôt et Chouinard (2006), un positionnement clair des directions est nécessaire dans le développement d'un nouveau projet, citant d'ailleurs Serin et Preston (2001, cité par Lancôt et al., 2006, p.117) qui précisent que les intervenants accordent de la crédibilité à la démarche d'implantation si elle est intégrée à la routine de l'institution et dans la structure de sa programmation. Ce positionnement a sans doute été favorisé par la participation volontaire attendue pour cette expérience pilote. À l'avenir, la possibilité de dispenser ce type d'intervention en collaboration avec des partenaires mandatés, comme les services d'Aide et de Protection de la Jeunesse, pourrait s'envisager, fonctionnant alors davantage sous le principe d'aide contrainte. Cela nécessiterait toutefois, à notre sens, de mener davantage des expérimentations sur une base volontaire et d'en tirer des observations permettant soit de conserver cette modalité, car elle satisfait tant les bénéficiaires que l'équipe, soit d'entamer une discussion avec les partenaires décisionnels extérieurs sur l'adéquation ou non d'envisager une modalité contraignante de participation et le cadre associé. Il est à noter que des expériences sur base d'une participation obligée ont été menées à Montréal. La participation des parents à ce programme a



aidé au maintien ou au retour de l'enfant dans son milieu familial, avec 80 % de dossiers ayant été fermés dans l'année suivant l'inscription au programme CAI comparativement à 54,7 % pour le groupe contrôle n'ayant pas participé à l'intervention (Normandeau et al., 2007).

Deuxièmement, veiller à l'intégrité du programme et à la formation continue des intervenants qui le dispensent nous semblent indispensable; rejoignant les considérations de plusieurs auteurs sur le sujet, en faisant un élément clé d'une démarche d'implantation réussie (Mihalic et al., 2004). Ce facteur a pu être facilité par la présence d'un formateur externe agréé pour dispenser le programme CAI ainsi que par la participation d'un deuxième formateur, intervenant de terrain, qui a été sensibilisé à ce programme grâce à une observation précédente de cette intervention, derrière une vitre sans tain, en partenariat avec l'équipe du Québec.

Troisièmement, une mixité au sein du groupe de mères (ou des pères) serait un avantage, permettant la diversité des points de vue, expériences et ressources; mixité entendue ici comme une ouverture à d'autres participants, hors suivis équipes SOS-Enfants, voire à des services de protection de l'enfance, et par là-même élargir le nombre initial de participants au programme tout en veillant au respect des critères de sélection. Ceci pourrait aussi participer à dédramatiser les représentations anxiogènes des bénéficiaires associées aux équipes SOS-Enfants et plus généralement aux services de protection de l'enfance. Précisons toutefois que la moyenne d'âge de notre échantillon est relativement élevée (40 ans), tout comme celle des parents (37 ans pour la condition de groupe expérimental) ayant participé à l'étude de Letarte et Normandeau (2010). D'autres expérimentations permettraient de vérifier que ce programme est également bénéfique pour un groupe de participants plus jeunes. Des possibilités de recherches évaluatives, avec constitution de conditions de groupe expérimental et contrôle (notamment les parents en attente du programme CAI) pourraient également constituer une perspective intéressante, à la condition que l'implantation du programme soit bien développée au sein de l'équipe.

En lien, il serait également nécessaire de rediscuter l'opérationnalisation du programme CAI au sein de l'équipe, notamment concernant la réorientation des mères (ou pères) et la pertinence de continuer ou non un autre type de suivi concernant la parentalité; une multiplication des suivis pouvant notamment participer à augmenter les contraintes logistiques pour les participants et à complexifier la clarté de l'intervention les concernant. Cette observation est en lien avec celle réalisée par l'équipe de Letarte et Normandeau (2010) qui invite à davantage de partage et compréhension mutuelle entre les chercheurs et les intervenants de terrain, notamment concernant l'intérêt et les implications cliniques d'une telle intervention.

Enfin, et de façon transversale par rapport à ces différentes implications,

Document communiqué en vertu de la Loi sur l'accès à l'information - Document released pursuant to the Access to Information Act

il serait pertinent, pour d'autres expérimentations, de bénéficier d'un local externe. En effet, notre première intervention s'est réalisée au sein d'un local de l'équipe, qui bien qu'étant non habituel pour les mères impliquées, n'en demeurerait pas moins tributaire du bâtiment, de son entrée, voire de sa salle d'attente. Aussi, même si l'infrastructure interne se prête au développement d'une telle intervention, celle-ci peut aussi entraver son bon fonctionnement, et notamment l'affiliation de quelques participants de par une méfiance et/ou une impression de cumuls de suivis similaires.

Au terme de cet article et avant de conclure, nous voudrions présenter quelques recommandations qui permettent d'optimiser les collaborations entre milieux de terrain et recherche. Ces recommandations proviennent d'une nouvelle approche qui encourage l'utilisation de programmes d'intervention reconnus comme probant par la littérature scientifique, tout en offrant à la pratique la possibilité de modeler l'intervention choisie à sa réalité de terrain. Ce type de dispositif est appelé *adapted intervention* (August et al., 2010) et propose six lignes directrices.

Premièrement, identifier quels composants du programme d'intervention sont centraux et lesquels sont optionnels (dans notre cas, les 12 séances de base ont été préservées car cela impliquait une progressivité dans les objectifs tandis que les séances en lien avec l'école ont été supprimées car elles se prêtaient moins aux objectifs associés à la formation et auraient été plus laborieuses à mettre en place).

Deuxièmement, privilégier les composants centraux et permettre des adaptations dans la procédure utilisée pour réaliser l'intervention (comme notre groupe de mères était relativement restreint, nous avons pris la décision de prendre davantage de temps pour les discussions informelles en début de la séance que ce qui était initialement prévu par le programme).

Troisièmement, évaluer la capacité du service de terrain à soutenir l'implantation de l'intervention (nous avons reçu le soutien de notre équipe, y compris coordination et conseil d'administration, et une personne de l'équipe a également été désignée comme responsable pour cette intervention avec des plages horaires spécifiquement dédiées à celle-ci).

Quatrièmement, collaborer avec le service pour tenir compte des conditions qui pourraient requérir des adaptations à apporter à l'intervention (nous avons eu des discussions concernant l'espace à aménager et notamment le local pour recevoir les mères, la possibilité dans le quartier de bénéficier d'une halte-garderie ou encore l'adaptation des horaires).

Cinquièmement, fournir des services de soutien à l'implantation qui en assurent sa qualité (nous avons profité d'une supervision de la part du formateur agréé pour le programme CAI, qui était lui-même en contact avec l'équipe du Québec).



- Garland, A. F.; Hawley, K. M.; Brookman-Frazee, L.; Hurlburt, M. S. (2008). Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47: 505-514.
- Gatti, U.; Rocca, G.; Graap, C.; Tremblay, R. E. (2014). Traitements psychosociaux fondés sur les preuves pour les problèmes de conduite chez les enfants et les adolescents. In L. Holzer (Ed.), *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : Une approche basée sur les preuves* (pp. 283-321). Louvain-la-Neuve, De Boeck.
- Holzer, L. (2014). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : Une approche basée sur les preuves*. Louvain-la-Neuve, De Boeck.
- Howell, J. C.; Lipsey, M. W.; Wilson, J. J. (2014). *A Handbook for Evidence-Based Juvenile Justice Systems*. Lanham, Lexington Books.
- Lanctôt, N.; Chouinard, J. (2006). Comment favoriser la réussite d'une démarche d'implantation d'un programme au sein d'un milieu d'intervention: leçons tirées d'une étude de cas. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 21: 105-131.
- Letarte, M. J.; Normandeau, S.; Allard, J. (2010). Effectiveness of parent training program « Incredible Years » in a child protection service. *Child Abuse & Neglect*, 34: 253-261.
- Faivre, F. L.; Rossignol, A. S.; Serpa, S. R.; Knauer, D.; Espasa, F. P.; Robert-Tissot, C. (2005). Troubles du comportement entre 18 et 36 mois: symptomatologie et psychopathologie associées. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53: 176-185.
- Macdonald, G.; Higgins, J. P. T.; Ramchandani, P.; Valentine, J.C.; Bronger, L.P.; Klein, P.; O'Daniel, R.; Pickering, M.; Rademaker, B.; Richardson, G.; Taylor, M. (2012). Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Campbell Systematic Reviews*, 14.
- Mihalic, S.; Irwin, K.; Fagan, A.; Ballard, D.; Elliott, D. (2004). *Successful program implementation: Lessons from blueprints*. Washington, DC: U. S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Normandeau, S.; Allard, J. (2007). Évaluation des effets du programme CAI au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire : une étude de dossiers. Rapport de recherche no 3, Université de Montréal.
- Office de la Naissance et de l'Enfance (2013). *Les équipes SOS-Enfants: A l'Attention des professionnels*. Bruxelles, ONE.
- Parent, S.; Turgeon, L. (2012). *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents: Troubles intériorisés*. Québec, Presses Université du Québec.
- Patterson, G. R.; DeBaryshe, B. D.; Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychological Association*, 44 : 329-335.
- Paulussen-Hoogeboom, M. C.; Stams, G. J. J. M.; Hermanns, J. M. A.; Peetsma, T. T. D.; van den Wittenboer, G. L. H. (2008). Parenting style as a mediator between children's negative emotionality and problematic behavior in early childhood. *Journal of Genetic Psychology*, 169 : 209-226.
- Tremblay, R. E.; Japel, C.; Perusse, D.; McDuff, P.; Boivin, M.; Zoccolillo, M.; Montplaisir, J. (1999). The search for the age of 'onset' of physical aggression: Rousseau and Bandura revisited. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9: 8-23.
- Vera, L. (2009). *TCC chez l'enfant et l'adolescent*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson SAS.





- Webster-Stratton C.L. (2004). Quality training, supervision, ongoing monitoring and agency support: Key ingredients to implementing the Incredible Years Program with fidelity. Repéré à www.incredibleyears.com
- Webster-Stratton, C.; Reid, M. J. (2006). Treatment and prevention of conduct problems: Parent training interventions for young children (2-7 years old). In K. McCartney, & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp.616-641). Malden, Blackwell Publishing.
- Webster-Stratton, C.; Reid, M. J.; Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the incredible years teacher and child training programs in high-risk schools. *Journal of child psychology and psychiatry*, 49: 471-488.
- Webster-Stratton, C.; Rinaldi, J.; Reid, J. M. (2011). Long-Term Outcomes of Incredible Years Parenting Program: Predictors of Adolescent Adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*, 16: 38-46.

Document révisé et mis à jour le 01/04/2020 09:27 - © Office de la naissance et de l'enfance - P3 16827831