

## LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE: LIENS ENTRE LES DÉFINITIONS FORMELLES ET LE POINT DE VUE DES PÈRES

SARAH DUFOUR *et* CAMIL BOUCHARD  
*Université du Québec à Montréal*

### RÉSUMÉ

Trente pères d'enfants d'âge préscolaire vivant en milieu urbain défavorisé ont décrit comment ils conçoivent la santé mentale des enfants. Les entrevues ont été soumises à une analyse qualitative du contenu. Ces hommes présentent deux conceptions opposées, la première centrée sur l'insertion dans le milieu et la conformité aux normes, la seconde centrée sur l'expression de l'individualité et l'autonomie. Cette dernière conception est similaire aux définitions formelles proposées par les professionnelles et les professionnels, alors que l'autre y trouve peu d'écho. Un tel constat soulève d'importantes questions sur le manque de portée des messages de promotion du bien-être des enfants auprès d'une portion non négligeable des personnes visées.

Plusieurs chercheurs et chercheuses s'entendent pour reconnaître que la famille constitue le principal milieu de socialisation des enfants (Maccoby, 1992; Peters & McMahon, 1988). Comme la famille constitue une unité sociale importante dans la production des attitudes et comportements liés à la santé chez les enfants, de nombreux auteurs et auteures soulignent aussi l'importance de l'influence parentale dans un champ plus spécifique de la socialisation: celui de la socialisation à la santé (Bush & Iannotti, 1988; Mechanic, 1980; Pratt, 1976; Roberts & McElreath, 1992; Tinsley, 1992). Néanmoins, comme la fonction familiale de soins de santé est rarement abordée dans les écrits scientifiques sur la famille (Graham, 1984; Phipps, 1991), on connaît très peu la teneur et les mécanismes de cette influence (Gochman, 1988, 1992; Tinsley, 1992). Conséquemment, et aussi parce que les chercheurs et chercheuses considèrent que les mères constituent les principales responsables de la santé au sein de l'unité familiale (Bailey, 1990; Cresson & Pitrou, 1991; Graham, 1984; Phipps, 1991), on connaît très peu les pères en tant qu'éducateurs à la santé mentale. Il est pourtant de plus en plus reconnu que leur engagement est un élément déterminant de la santé et du bien-être des enfants tout en étant un facteur de protection de l'abus et de la négligence (Turcotte, Dubeau, Bolté, & Paquette, 2001).

Il n'existe encore aucune définition de la santé mentale qui soit acceptée de façon universelle (Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada, 1988). Il est cependant possible d'identifier deux courants distincts dans les défini-

---

Une version préliminaire de cet article a été présentée au Cinquième symposium québécois de recherche sur la famille, Trois-Rivières (Québec), en novembre 1999. Il présente une partie de la thèse de doctorat de Sarah Dufour. Cette recherche a été rendue possible en partie grâce à une bourse de formation du programme national de recherche et de développement en santé (Santé Canada) accordée à la première auteure et par une subvention d'équipe en partenariat du Conseil québécois de la recherche sociale accordée au second auteur. La correspondance au sujet de cet article doit être adressée à Sarah Dufour, Université du Québec à Montréal, département de psychologie, C.P. 8888, succ. Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3P8. Courriel: dufour.sarah@uqam.ca

tions formelles. En effet, la santé mentale peut être définie *négativement* comme étant l'absence de tout symptôme, ou *positivement* comme étant la capacité de bien composer avec les principaux événements de la vie (Ledingham & Crombie, 1988). Le premier courant définit la santé mentale par ce qu'elle n'est pas, telle l'absence de détresse psychologique. Une telle conception a longtemps dominé le développement des connaissances en santé mentale, et elle est encore largement présente. Signe d'une telle conception de la santé mentale, la plupart des services, programmes, lois et professions qui ont trait à la « santé mentale » sont habituellement axés sur les troubles mentaux (Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada, 1988). Il n'est donc pas étonnant que la santé mentale en soit venue à être perçue simplement comme l'absence de troubles mentaux ou de symptômes connexes (Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada, 1988). Ce courant relève d'une vision médicale de la santé, dominée par le curatif plutôt que la prévention ou la promotion. Même si cette approche ne rend pas justice à la richesse du concept de la santé mentale, elle a tout de même largement contribué à sa compréhension. Cependant, parce que les chercheuses et les chercheurs ont largement mis l'accent sur la maladie, la recherche sociale sur la santé a longtemps été négligée (Saltonstall, 1993).

Contrairement aux tenants d'une définition « négative » de la santé mentale, d'autres ont identifié des éléments dont la *présence* caractérise la santé mentale. Ainsi, les concepts actuels de santé mentale mettent l'accent sur les facteurs suivants: l'harmonie et l'intégration psychologique et sociale, la qualité de la vie et le bien-être global, l'épanouissement personnel et la réalisation de soi, l'adaptation personnelle efficace ainsi que les influences mutuelles de l'individu, du groupe et de l'environnement (Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada, 1988).

Au delà des définitions formelles, il est pertinent de s'intéresser au point de vue des acteurs eux-mêmes. Dans une perspective de promotion de la santé mentale chez les enfants, il est essentiel de bien comprendre le milieu familial et la contribution des pères. En effet, la conception actuelle de la notion de santé mentale « oblige à prendre en compte non seulement la capacité des personnes de s'adapter à leur milieu, mais également celle du milieu de fournir les meilleures conditions possibles pour favoriser le développement optimal de la santé mentale » (Comité de la santé mentale du Québec, 1994, p. 7).

Néanmoins, à ce jour, peu de chercheuses et de chercheurs se sont intéressés au sens donné à la paternité par les pères eux-mêmes (Lamb, 2000), et « on ne connaît encore que peu de choses sur les conceptions populaires québécoises d'une bonne santé mentale » (Massé, 1995, p. 228). Certains soulignent en outre l'importance de l'étude des pères de milieux défavorisés, dont on connaît peu la réalité (Cabrera & Peters, 2000; Marsiglio & Cohan, 2000). Les programmes d'éducation et de soutien parentaux les plus efficaces s'ajustent en effet en fonction de la diversité des représentations parentales ainsi que des caractéristiques des communautés où ils comptent s'implanter (Powell, 1993). Une meilleure connaissance du point de vue des pères eux-mêmes sur leur rôle dans la promotion de la santé mentale de leur enfant ouvre la porte à l'élaboration de programmes mieux ajustés à la réalité et au vocabulaire des individus visés. Massé (1995) rappelle en ce sens que « la modification des comportements à risque dans la population, raison d'être de la santé publique, ne peut se faire sans une connaissance préalable des contextes social et culturel qui sous-tendent ces comportements. Pourtant l'élaboration des programmes de prévention et de promotion de la santé se fait encore souvent à huis clos dans les enceintes du savoir professionnel » (p. 227).

Le présent article présente une partie des résultats d'une recherche s'intéressant à la manière dont les pères d'enfants d'âge préscolaire de milieu défavorisé conçoivent leur rôle dans la promotion de la santé mentale de leur enfant. Cette recherche visait les objectifs suivants: (a) décrire et interpréter les conceptions paternelles entourant le processus de socialisation à la santé mentale, (b) identifier divers profils d'éducateurs à la santé mentale et (c) identifier les variations possibles aux objectifs précédents selon le degré d'engagement paternel et le sentiment de compétence parentale. Le matériel présenté ici porte uniquement sur les conceptions de la santé mentale des enfants.

Outre son contenu et la manière dont il s'effectue, l'étude originale s'intéresse aussi aux conditions dans lesquelles le processus de socialisation à la santé varie. Goodnow et Collins (1990) attribuent l'origine des conceptions et des pratiques parentales à deux sources distinctes: l'expérience directe avec les enfants et les influences culturelles. Dans cette recherche, des mesures de l'engagement paternel et du sentiment de compétence parentale servent à opérationnaliser ce concept d'« expérience directe ». L'engagement parental et le sentiment de compétence sont des concepts liés tant au plan théorique qu'empirique, l'expérience directe de succès dans une tâche constituant la principale source d'un sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1986; Lamb, 1995; Massé, 1991; Turcotte et al., 2001). De plus, les degrés d'engagement et de sentiment de compétence sont tous deux associés à des variations dans la socialisation. Les parents plus ou moins engagés n'accomplissent pas les mêmes tâches, ni de la même manière (Ehrensaft, 1995; Lamb, 1995; Quéniart, 2000). Quant aux parents qui se sentent très compétents, ils adoptent généralement des pratiques éducatives plus appropriées et de meilleure qualité que les parents qui se sentent peu compétents (Coleman & Karraker, 1997). La comparaison entre des pères très engagés et ayant un fort sentiment de compétence et des pères peu engagés et ayant un faible sentiment de compétence a permis de constater des différences dans la socialisation à la santé mentale. La typologie de pères issue de cette recherche, présentée ailleurs, établit notamment des liens entre le degré d'engagement, le sentiment de compétence, les différentes conceptions de la santé mentale et les cinq profils de pères identifiés (voir S. Dufour & Bouchard, 2003).

## MÉTHODOLOGIE

### Sélection des participants et procédure

Trente pères de familles biparentales, dont au moins un enfant est âgé entre 3 et 5 ans, participent à la présente étude. Ils vivent tous en milieu urbain sur l'île de Montréal. Ce sont des pères biologiques ou des figures paternelles (vit avec l'enfant depuis au moins 1 an), tous d'origine ethnoculturelle québécoise et maîtrisant la langue française. Le tableau 1 présente leurs caractéristiques sociodémographiques. Aucune différence statistique significative sur ces variables n'a été constatée entre les deux groupes (pères très engagés ayant un fort sentiment de compétence et pères peu engagés et ayant un faible sentiment de compétence).

La principale justification quant à l'âge des enfants réside dans l'intérêt, souligné par Murphey (1992) et Tinsley (1992), d'étudier le processus de socialisation dès le plus jeune âge des enfants. À ce stade de développement, nous l'avons vu, la famille constitue encore le principal agent de socialisation (Murphey, Tinsley) mais l'engagement est susceptible de dépasser les seuls soins de base propres aux pouspons. Selon Murphey, il est raisonnable de supposer que les répercus-

sions des conceptions et des pratiques parentales soient plus intenses avant que d'autres agents de socialisation influencent aussi l'enfant.

Quant au choix du milieu de vie, il nous paraît intéressant de comprendre comment les pères des milieux défavorisés perçoivent leur rôle dans la socialisation à la santé mentale. Il s'avère en effet que l'état de santé d'un individu s'associe de près à sa position sociale, et ce au détriment des milieux défavorisés (Graham, 1984). Une analyse de l'enquête Santé Québec montre de tels liens (Pampalon, Raymond, Beaudry, & Gauthier, 1990), confirmant ainsi les résultats de plusieurs travaux, toujours au détriment des aires, quartiers ou secteurs pauvres. En ce qui concerne spécifiquement les indices de santé mentale, l'insatisfaction quant à la vie sociale et la détresse psychologique sont plus élevées dans l'aire vulnérable de Montréal. Ces risques concernent aussi les enfants. En effet, « Selon une récente étude commandée par le Conseil scolaire de l'île de Montréal (CSIM), le pourcentage d'enfants de six à huit ans qui souffrent d'un trouble mental est quatre fois plus élevé chez les enfants défavorisés que celui observé dans la population des enfants québécois » (V. Dufour, 1999).

**TABLEAU 1**  
**Caractéristiques sociodémographiques des participants**

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

Notre échantillon de 30 pères est tiré d'une enquête quantitative indépendante, où 250 parents (pères et mères) répondaient à une batterie de questionnaires sur leur vie familiale (Dubeau, Coutu, Turcotte, & Bolté, 2001). Le recrutement a été réalisé auprès d'un échantillon représentatif de la population de deux quartiers urbains défavorisés. Les participants et participantes étaient rencontrés à la maison et répondaient verbalement en face à face à une série de questionnaires (taux de participation: 20 %). Un montant de 20 \$ était ensuite remis à la famille en guise de compensation pour cette rencontre, d'une durée moyenne de 2 heures.

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

La Mesure du sentiment de compétence parentale (MSCP) fait état de la perception qu'ont les parents de leur propre compétence (Gibaud-Wallston, 1977, traduit et adapté par Bolté, 1994). La MSCP comprend 20 items; chacun d'eux est évalué à partir d'une échelle de type Likert à 6 points. La cohérence interne du score global ( $\alpha = 0,81$ ) et celle des scores aux trois échelles sont acceptables ( $\alpha = 0,78$  pour la satisfaction parentale;  $0,74$  pour le sentiment d'efficacité;  $0,72$  pour la motivation/valorisation). La version originale en langue anglaise est corrélée à une mesure d'estime de soi ( $r = 0,43$ ;  $p < 0,01$ ), et la version adaptée en langue française est corrélée à une échelle d'attitude parentale mesurant le degré de satisfaction du parent face à son enfant et à sa relation avec lui ( $r = 0,60$ ). Des experts se sont prononcés sur la validité de contenu (Bolté, 1994).

Des 250 familles (pères et mères) ayant collaboré à cette enquête, 116 pères d'enfants de 3 à 5 ans avaient accepté d'être recontactés afin de participer à une autre étude. La mise en rang percentile des scores de ces pères au Questionnaire mont-réalais d'engagement paternel et à la Mesure du sentiment de compétence parentale, complétés lors de l'enquête, permettent de créer deux groupes contrastés (échantillon dit à variation maximale [Patton, 1990]): (a) un groupe de pères très engagés et ayant un très fort sentiment de compétence ( $n = 28$ , taux de participation de 88 %) et (b) un groupe de pères peu engagés ayant un faible sentiment de compétence ( $n = 31$ , taux de participation de 50 %). Les pères sont contactés au hasard jusqu'à ce que 15 personnes dans chacun des groupes acceptent de participer à une entrevue sur leur expérience parentale. La rencontre a lieu à leur domicile ou à l'université, au choix du participant.

L'entrevue, d'une durée moyenne de 45 minutes, est enregistrée sur bande audio. Un montant de 25 \$ est offert aux pères en guise de compensation. Un formulaire de consentement informe les participants de leurs droits, notamment en matière de confidentialité, d'anonymat et de la possibilité de mettre fin à l'entrevue sans préjudice. Le protocole d'entrevue comprend 40 questions ouvertes et standardisées. Il explore les thèmes suivants:

1. La conception de la santé mentale des enfants. Ex: « À quoi reconnaissez-vous qu'un enfant de cet âge se développe bien, qu'il est épanoui ? »
2. La conception du rôle paternel. Ex: « Pour vous, par rapport au bien-être de vos enfants, qu'est-ce que ça implique concrètement être père? »
3. L'appréciation subjective du rôle paternel. Ex: « Qu'est-ce que vous aimez le moins dans votre rôle de père? »
4. Les pratiques parentales. Ex: « Comment faites-vous pour lui montrer à [but éducatif identifié par le père]? »
5. La perception du quartier. « Quand vous pensez au quartier où vous habitez, qu'est-ce que vous trouvez qui est bon pour l'équilibre, le bien-être de vos enfants? »
6. Les demandes d'aide et leurs échanges au sujet de leur rôle paternel. Ex: « Parlez-vous de [nommer l'enfant] dans votre entourage, de comment ça va avec lui? »

Le présent article porte uniquement sur les résultats du premier thème d'entrevue. Qu'est-ce que la santé mentale pour un enfant d'âge préscolaire? Diverses questions ont permis de répondre à cette interrogation. D'abord, les pères ont précisé à quoi ils reconnaissent un enfant d'âge préscolaire qui est épanoui ainsi que le contraire, c'est-à-dire un enfant qui éprouve des difficultés. Les pères ont aussi identifié leurs buts éducatifs à court et moyen termes pour promouvoir la santé

mentale de leur enfant. Les buts éducatifs à court terme désignent ce que les pères tentent présentement de transmettre à leur enfant. Les buts à moyen terme incluent les qualités attendues chez l'enfant d'ici 5 ans, les déceptions éventuelles par rapport à ce que l'enfant pourrait devenir ainsi que les messages véhiculés par le père dans ses interventions auprès de son enfant.

### Analyse des données

Le matériel d'entrevue a été soumis à une analyse descriptive. Il s'agit d'une analyse horizontale ou interparticipants, où les réponses de tous les participants à une même question d'entrevue constituent le matériel analysé (voir S. Dufour, 2001, pour une description détaillée de l'ensemble de la méthodologie). Elle comprend trois étapes:

1. *L'analyse de contenu* (voir L'Écuyer, 1990; Patton, 1990), qui organise et simplifie le discours verbatim des participants en un nombre limité de catégories mutuellement exclusives, univoques et homogènes. Les entrevues sont d'abord transcrites verbatim, puis toutes les réponses sont découpées en unités de classification, une unité correspondant à un sujet. Une grille de codification est ensuite élaborée à partir des réponses de l'ensemble des pères à une question. Puisque les catégories de réponses, non déterminées au départ, sont induites de l'analyse, il s'agit d'une grille constituée selon un « modèle ouvert » (Deslauriers, 1991; L'Écuyer, 1990). La codification constitue l'étape suivante de l'analyse de contenu. Elle consiste à associer chaque unité de classification à une seule catégorie de la grille de codification. Cet exercice est répété pour chacune des questions d'entrevue. Le logiciel d'analyse de données qualitatives NUD\*IST (version 4) sert de soutien technique pour la gestion des transcriptions, la création des catégories et la codification des entrevues.
2. *Le calcul de l'accord interjuges*, où, pour chaque grille de codification, les réponses de six entrevues sont recodées par un juge indépendant. Les kappas varient entre 0,73 et 1 ( $\kappa_{\text{median}} = 0,83$ ).
3. *L'extraction des dimensions*, qui permet enfin de dégager un concept unificateur pour chacun des six thèmes d'entrevue. Une dimension représente le niveau de description le plus synthétique d'un thème d'entrevue. Elle intègre l'ensemble des catégories pertinentes au thème et elle regroupe généralement plusieurs grilles de codification. À titre d'illustration, voyons le processus ayant mené à l'extraction des axes de la dimension « conception de la santé mentale ». La catégorie « conformité » est présente tant dans la grille de codification des buts éducatifs que dans celle sur les critères de santé mentale. Tant à court qu'à moyen terme, ces parents veulent que l'enfant devienne une personne courtoise et bienséante, qui respecte les *bonnes manières* et fait preuve de *politesse*. On veut aussi que l'enfant soit *obéissant* aux consignes et aux demandes. Lorsqu'elle permet de juger de la bonne santé mentale d'un enfant, la conformité signifie ne pas manifester de *comportements dérangeants* et être *poli* envers les autres, particulièrement les adultes. L'inverse constitue un critère de mauvaise santé mentale. Suite à l'analyse de contenu, on constate que, tout comme dans le cas de la conformité, les catégories des grilles de codification « critères de santé mentale » et « buts éducatifs » couvrent des univers conceptuels similaires. Elles sont donc fusionnées et redivisées en deux axes opposés: encouragement de l'expression de l'individualité/autonomie, d'une part, et apprentissage à la conformité aux normes/insertion dans le milieu, d'autre part. Selon la conception dominante dans leur discours, chaque père se

situé à un des deux pôles de la dimension ainsi extraite, ou encore dans la position mitoyenne.

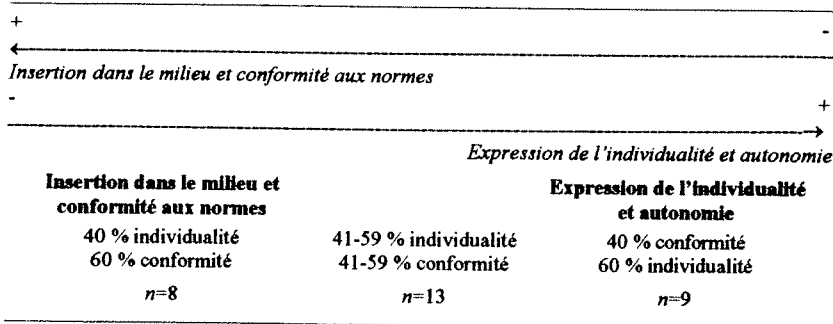
### RÉSULTATS

Les pères rencontrés présentent deux conceptions opposées de la santé mentale, symbolisées par les flèches dans la figure 1. Une première conception de la santé mentale des enfants d'âge préscolaire met l'accent sur l'insertion dans le milieu et la conformité aux normes. L'absence de marginalité, l'insertion sociale, la conformité, les habiletés sociales, le développement moral et la capacité d'adaptation constituent autant d'éléments d'une telle conception de la santé mentale. La seconde conception met l'accent sur l'expression de l'individualité et l'autonomie. Pour les pères de ce pôle, la santé mentale comprend les habiletés, l'autonomie, l'expression des émotions, la qualité des émotions et le bien-être physique.

Il est possible de répartir les pères rencontrés en trois groupes selon leur conception de la santé mentale des enfants d'âge préscolaire (figure 1). Pour 8 d'entre eux, la santé mentale des enfants est fortement centrée sur l'insertion dans le milieu et la conformité aux normes. L'encadré 1 propose des extraits d'entrevue d'un représentant de cette conception, qui est reflétée dans au moins 60 % des réponses de ces pères. À l'opposé, 9 pères conçoivent la santé mentale des enfants en premier lieu comme l'expression de l'individualité et de l'autonomie, ce qui se reflète par des proportions inverses dans leur discours. L'encadré 2 propose des extraits d'entrevue d'un représentant de cette dernière conception. Enfin, la conception de la santé mentale de 13 pères reflète à peu près également les deux conceptions précédentes; entre 41 et 59 % de leurs réponses aux questions précitées appartiennent à chacun des pôles.

**FIGURE 1**

**Distribution des pères participants selon leur conception de la santé mentale des enfants**



---

ENCADRÉ 1

---

**Extraits d'entrevue d'un représentant de la conception de la santé mentale des enfants axée sur l'insertion dans le milieu et la conformité aux normes**

---

**Robert (père de Thomas, 5 ans)\***

*À quoi reconnaissez-vous qu'un enfant de 5 ans se développe bien, qu'il est épanoui?*

C'est un enfant qui a toujours le sourire, c'est pas un enfant méchant qui cherche à faire des mauvais coups. Mon enfant je le trouve épanoui parce qu'il a beaucoup d'amis. Il a commencé l'an dernier la prématernelle et on a juste des bons mots. Ici il est pas le même qu'à l'école, à l'école c'est un modèle.

*Et le contraire, un enfant de cet âge-là qui ne se développe pas bien, qui a des difficultés, ça serait quoi?*

Un enfant qui a pas un langage franc, des enfants qui ont des problèmes de langage. Puis des fois, ça dépend des familles, mais t'entends des choses à cet âge-là qu'on devrait pas entendre.

*Quand vous pensez à Thomas dans quelques années d'ici, quelles qualités vous voudriez qu'il ait?*

C'est qu'il soit honnête envers ses parents, ses amis. J'ai toujours eu des bonnes relations avec mes amis puis je veux pas que mes enfants soient méchants.

*Quand vous pensez à ce qu'il pourrait devenir, qu'est-ce qui vous décevrait le plus?*

Si y serait quelqu'un qui irait pas à l'école ça me décevrait un petit peu.

*Pourriez-vous me nommer des choses que vous lui montrez en ce moment pour qu'il soit plus épanoui?*

On essaie d'y montrer toujours de respecter les adultes. Tu sais un adulte, on tutoie pas un adulte, on le vouvoie. Aussi des fois les enfants y vont sacrer entre eux-autres, on le corrige tout de suite. Thomas il a un peu la tête dure, tu y dis quelques chose puis « non », puis y fait une grimace. Des fois c'est choquant.

*C'est quoi les messages, les valeurs, les idées que vous voulez y transmettre en agissant comme ça avec lui?*

Quand on est en famille on essaie de transmettre le message que bon, c'est sa famille et on peut avoir du plaisir ensemble. J'essaie d'y transmettre des valeurs familiales qu'on a moi puis ma femme, l'amour de la famille.

---

\*Les prénoms utilisés sont fictifs.



---

ENCADRÉ 2

---

**Extraits d'entrevue d'un représentant de la conception de la santé mentale des enfants axée sur l'expression de l'individualité et de l'autonomie**

---

**Frédéric (père de Geneviève, 5 ans)\***

*À quoi reconnaissez-vous qu'un enfant de 5 ans se développe bien, qu'il est épanoui?*

C'est à travers son monde imaginaire. Récemment elle est allée chez sa mamie, on était au mois de juillet. Elle est revenue déguisée en citrouille puis elle me dit « C'est comme l'Halloween! ». Ça pour moi c'est quelqu'un d'épanoui! Alors que je vois une petite fille de 5, 6 ans que je connais le doigt dans la bouche, puis qui a l'air toujours ailleurs. Est peut-être aussi dans sa féerie d'enfant mais je suis pas sûr que c'est aussi féérique. Geneviève elle, elle a des crayons, du papier, elle joue.

*Quand vous pensez à Geneviève dans quelques années d'ici, quelles qualités vous voudriez qu'elle ait?*

Honnête envers soi-même, franche envers les autres. La persévérance de commencer quelque chose puis d'être capable de le compléter, la rigueur que ce soit bien fait. Je voudrais tout simplement qu'elle soit elle-même, je ne souhaite pas qu'elle soit influençable.

*Pourriez-vous me nommer des choses que vous lui montrez en ce moment pour qu'elle soit plus épanouie?*

Elle nous a demandé de lui écrire les mots puis elle les écrivait. Je veux aussi qu'elle apprenne la propreté dans son quotidien, de se ramasser là. Le respect de l'autre, il y a une personne handicapée dans le coin. Je lui montre aussi de ne pas avoir peur de dire ce qu'elle ressent.

*C'est quoi les messages, les valeurs, les idées que vous voulez y transmettre en agissant comme ça avec elle?*

Les valeurs que je veux qu'elle atteigne c'est les valeurs que je partage, la persévérance dans les études, le plaisir à l'amusement.

---

\*Les prénoms utilisés sont fictifs.

## DISCUSSION

### Liens entre les définitions formelles et les conceptions des participants

Nous avons vu que, selon les définitions formelles, la santé mentale peut être définie négativement comme étant l'absence de tout symptôme, ou positivement comme étant la capacité à bien composer avec les principaux événements de la vie (Ledingham & Crombie, 1988). Les pères rencontrés présentent quant à eux deux conceptions opposées de la santé mentale des enfants, la première étant centrée sur l'insertion dans le milieu et la conformité aux normes, la seconde étant centrée sur l'expression de l'individualité et l'autonomie. Le tableau 2 établit les liens entre les composantes de santé mentale des principales définitions proposées par les professionnelles et les professionnels et ces deux conceptions identifiées dans le discours des participants. Le tableau 3 identifie quant à lui les composantes uniques aux conceptions de la santé mentale évoquées par ces pères.

L'analyse de ces deux tableaux amène à quelques constatations. D'abord, la conception des participants centrée sur l'expression de l'individualité et le développement de l'autonomie est similaire aux définitions formelles de la santé mentale, qu'elles soient spécifiques ou non aux enfants. Cette conception relève de la vision positive adoptée par les tenants de l'approche promotionnelle de la santé mentale. Le bien-être physique constitue le seul élément de cette conception qui n'est abordé dans aucune définition formelle. Par contre, la conception des participants centrée sur l'insertion dans le milieu et la conformité aux normes est très différente des définitions formelles; elle ne relève ni d'une vision négative, ni d'une vision positive de la santé mentale. En fait, les deux seules composantes de cette vision de la santé mentale incluses dans les définitions formelles sont l'adaptation personnelle efficace et l'aptitude à nouer des relations harmonieuses avec autrui (dont le pendant négatif correspond à la composante « solitude et agressivité » dans la définition d'Hendrix, 1993, spécifique aux enfants).

Enfin, il est frappant de constater à quel point les conceptions des participants traitent de la santé mentale des enfants comme un trait individuel, au même titre que la santé physique. D'une manière générale, la conception centrée sur l'expression de l'individualité et l'autonomie concerne l'« être », alors que la conception centrée sur l'insertion dans le milieu et la conformité concerne le « faire ». Aucune des composantes du ministère de la Santé nationale et Bien-être social et de l'Organisation mondiale de la santé qui traitent de la santé mentale comme l'atteinte d'équité et d'enjeux sociaux ne sont abordées par les pères. Le jeune âge des enfants visés pourrait expliquer l'absence de telles composantes dans les conceptions des participants, composantes qui sont d'ailleurs aussi absentes de la seule définition formelle spécifique aux enfants. Il est aussi possible que la promotion de la santé mentale au sein de l'unité familiale se prête moins bien à l'expression de telles composantes, dont la pertinence est cependant claire au plan collectif.

### Origines des conceptions de la santé mentale

Comment expliquer que des pères d'enfants du même âge vivant dans les mêmes quartiers conçoivent le bien-être de leurs enfants de manière aussi différente? Les travaux de Kohn (1963, 1977) sur le lien entre la classe sociale, la nature du travail salarié du père et les valeurs qu'il véhicule auprès de ses enfants sont éclairants à cet égard. Selon cet auteur, la valorisation de l'autonomie chez les enfants serait le propre des pères scolarisés dont le travail salarié comprend des

TABLEAU 2

Association entre les définitions formelles et les conceptions de la santé mentale des participants

	Expression de l'individualité/autonomie	Insertion dans le milieu/conformité aux normes
<i>Définition spécifique aux enfants</i>		
Capacité à se séparer de la famille	présent	
Maîtrise des routines	présent	
Nécessité pour l'enfant de s'absorber dans le jeu	présent	
Capacité d'attention et de concentration	présent	
Ne pas être un enfant trop solitaire ou agressif		présent
Acceptation de ses sentiments	présent	
<i>Définitions non spécifiques aux enfants</i>		
Bien-être subjectif	présent	
Exercice des capacités mentales	présent	
Relations harmonieuses avec autrui		présent
Adaptation personnelle efficace	présent	présent
Réalisation de buts individuels et collectifs justes		
Création de conditions d'égalité fondamentale		
Participer ou contribuer de façon constructive au milieu		

Sources: Hendrix (1993) pour la définition spécifique aux enfants; Organisation mondiale de la Santé cité dans Féger (1983), Comité de la santé mentale du Québec (1994), Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada (1988) pour les définitions non spécifiques aux enfants.

TABLEAU 3

Composantes de la santé mentale uniques aux conceptions de la santé mentale des participants

Ajouts par les participants	Expression de l'individualité/autonomie	Insertion dans le milieu/conformité aux normes
Bien-être physique	présent	
Absence de marginalité		présent
Insertion		présent
Conformité		présent
Développement moral		présent

tâches complexes et peu routinières, qui requièrent peu de supervision serrée. Ces hommes en viennent à croire l'autonomie possible et à la valoriser auprès de leurs enfants. Ils véhiculent des valeurs morales axées sur la responsabilité personnelle et ils attendent de leurs enfants qu'ils agissent selon leur propre jugement, qu'ils considèrent les dynamiques internes autant que les conséquences externes dans leurs choix, qu'ils fassent preuve d'ouverture d'esprit et qu'ils fassent confiance aux autres. Par contre, les pères peu scolarisés dont le travail salarié est peu complexe, routinier et soumis à une supervision serrée en viendraient à percevoir la conformité à

l'autorité comme une nécessité tant au travail que dans le reste de leur vie. Conséquemment, ils valorisent la conformité auprès de leurs enfants. Leurs valeurs morales sont axées sur l'obéissance aux consignes et à l'autorité. Les enfants apprennent à se méfier des autres, à se concentrer sur les conséquences externes de leurs choix au détriment des dynamiques internes et à se montrer intolérants face à la dissidence et à la non conformité.

Même si la recherche de Kohn (1963, 1977) et des autres qui ont répliqué ses résultats dans d'autres contextes soit quantitative, les résultats de la présente étude semblent s'inscrire dans cette interprétation. En effet, le parallèle est évident entre les valeurs évoquées par Kohn (autonomie et conformité) et les deux conceptions de la santé mentale identifiées précédemment. Cependant, puisque la notion d'insertion dans le milieu est associée au concept de conformité aux normes dans la présente étude, le sens donné au concept de conformité est légèrement différent. Par exemple, le développement moral et les relations harmonieuses avec autrui sont inclus dans le concept de conformité dans notre recherche mais non dans celle de Kohn. L'autre ressemblance réside dans les caractéristiques des pères en lien avec leur conception de la santé mentale, qui vont dans le même sens que les travaux de Kohn (tableau 4). Ainsi, les pères valorisant l'expression de l'individualité et l'autonomie chez leur enfant sont généralement plus scolarisés et ils occupent davantage d'emplois exigeant de l'initiative et du libre arbitre. Par contre, les pères favorisant l'insertion dans le

**TABLEAU 4**  
**Caractéristiques dominantes des pères selon les deux conceptions de la santé mentale des enfants**

<b>Expression de l'individualité/ autonomie (n=9)</b>	<b>Insertion dans le milieu/ conformité aux normes (n=8)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Plus engagés et plus fort sentiment de compétence parentale</i></li> <li>6 du groupe plus engagé et avec un fort sentiment de compétence; 3 du groupe moins engagé et avec un faible sentiment de compétence</li> <li>● <i>Plus scolarisés</i></li> <li>14 ans en moyenne; étendue entre 10 et 22 ans de scolarité</li> <li>● <i>Plus âgés</i></li> <li>38 ans en moyenne; étendue entre 28 et 52 ans</li> <li>● <i>Occupent autant des emplois exigeant de l'initiative et du libre arbitre que des emplois techniques</i></li> <li>4 emplois avec libre arbitre (ex: intervenant communautaire); 5 emplois techniques (ex: camionneur)</li> <li>● <i>Conjointes davantage sur le marché du travail et occupant davantage des emplois exigeant de l'initiative et du libre arbitre</i></li> <li>7 en emploi, dont 4 en emploi avec libre arbitre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Moins engagés et plus faible sentiment de compétence parentale</i></li> <li>2 du groupe plus engagé et avec un fort sentiment de compétence; 6 du groupe moins engagé et avec un faible sentiment de compétence</li> <li>● <i>Moins scolarisés</i></li> <li>12 ans en moyenne; étendue entre 6 et 15 ans de scolarité</li> <li>● <i>Plus jeunes</i></li> <li>32 ans en moyenne; étendue entre 25 et 39 ans</li> <li>● <i>Occupent davantage des emplois techniques</i></li> <li>1 emploi avec libre arbitre (gérant de magasin); 6 emplois techniques (ex: commis dans une épicerie); 1 accidenté de la route/travail inconnu</li> <li>● <i>Conjointes davantage à la maison; celles en emploi occupent des postes davantage techniques</i></li> <li>3 en emploi, dont 1 en emploi avec libre arbitre</li> </ul>

milieu et la conformité aux normes sont moins scolarisés et ils occupent davantage d'emplois techniques.

Les différences entre les pères dans leur conception de la santé mentale des enfants reflètent aussi, sans doute, différentes conceptions de la vie adulte à laquelle ils préparent leur enfant. Selon Levine (1974, 1980, 1983, 1988, dans Sabatier, 1991) et Ogbu (1981), « L'objectif de tout parent, quels que soient sa culture et son environnement, est d'amener son enfant à devenir un adulte compétent, c'est-à-dire capable de s'insérer harmonieusement dans la culture et dans l'environnement où il vit, en développant chez lui les compétences instrumentales dont il aura besoin pour assumer les différents rôles familiaux, sociaux, économiques, etc. qui l'attendent à l'âge adulte » (Sabatier, 1991, p. 173). Ce principe, qui a inspiré une série d'études transculturelles, nous semble être tout aussi valable pour expliquer l'hétérogénéité au sein d'une même culture. La conception des pères sur ce qu'ils doivent transmettre à leur enfant afin qu'il soit en bonne santé mentale, et leurs critères de présence ou d'absence de santé mentale, « ne sont ni irrationnelles ni le fruit du hasard, [ils] sont une adaptation (consciente et inconsciente) » (Sabatier, 1991, p. 173) aux exigences de leur environnement. Ces conceptions, qui précisent clairement ce que l'enfant doit devenir, sont analogues à ce qu'Ogbu appelle la « théorie du succès » des pères. Cette théorie se forge possiblement en fonction de ce qui s'est avéré efficace pour eux-mêmes ou pour leurs pairs, et selon les caractéristiques perçues comme propres aux adultes compétents dans un milieu donné.

### CONCLUSION

En conclusion, la présente recherche suggère qu'il n'y a pas un seul groupe homogène de pères dans les quartiers défavorisés à l'étude. On semble être en présence de sous-cultures reliées aux groupes sociaux (Massé, 1995), où les pères préparent leurs enfants à des mondes distincts. Ceux qui ont une conception centrée sur l'enfant sont en quelque sorte des socialisateurs « entrepreneurs », alors que l'autre groupe comprend des socialisateurs « anxieux » d'être conformes aux normes du milieu.

Les définitions formelles ainsi que les messages véhiculés sur l'éducation des enfants tant par les experts que par les médias populaires (Lupton & Barclay, 1997) sont tout-à-fait compatibles avec une conception de la santé mentale centrée sur l'individualité et l'autonomie. En effet, « Les conceptions modernes de ce qui constitue un bon parent ne soulignent pas que les parents doivent enseigner à leurs enfants les normes et les valeurs de la société; ils doivent entretenir des rapports avec leurs enfants qui permettent à l'individualité des enfants de s'épanouir pleinement » (Verheyen, 1987, cité dans Lupton & Barclay, 1997, p. 20, traduction libre). Selon Ehrenberg (1998), nous vivons dans une « société où la norme n'est plus fondée sur la culpabilité et la discipline mais sur la responsabilité et l'initiative. Hier, les règles sociales commandaient des conformismes de pensée, voire des automatismes de conduite; aujourd'hui elles exigent de l'initiative et des aptitudes mentales. »

On peut cependant douter de l'écho du discours dominant dans la promotion du bien-être des enfants sur les autres pères, ceux qui valorisent l'insertion dans le milieu et la conformité aux normes. Où ces hommes trouvent-ils le soutien, l'information et la validation nécessaires à l'exercice de leur fonction paternelle? Les représentantes et représentants du système de la santé et des services sociaux sont-ils porteurs d'une vision qui leur est complètement étrangère? Dans quelle mesure les conceptrices et concepteurs de messages de promotion et de prévention peuvent-ils

espérer rejoindre des individus qui pensent et agissent si différemment d'eux? Bref, ces pères préparent leurs enfants à un autre monde et ils semblent bien seuls pour y arriver ...

### ABSTRACT

Thirty fathers of preschoolers living in disadvantaged urban neighbourhoods described their conceptions of children's mental health. Interviews were submitted to a qualitative content analysis. These fathers hold two opposing views: the first centres on learning to comply with norms and social integration; the other is based on encouraging the child's expression of individuality and autonomy. The second conception is similar to formal definitions of children's mental health proposed by professionals, while the first bears little relation to these definitions. The results raise important questions about the effectiveness of messages promoting children's mental health and well-being to this significant audience.

### RÉFÉRENCES

- Bailey, W.T. (1990). Fathers' involvement in their children's healthcare. *Journal of Genetic Psychology, 152*(3), 289-295.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bolté, C. (1994). *L'évolution du sentiment de compétence parentale chez les nouveaux parents d'enfants nés prématurés*. Mémoire de maîtrise non publié, Université Laval, Québec, QC.
- Bush, P.J., & Iannotti, R.J. (1988). Origins and stability of children's health beliefs relative to medicine use. *Social Science and Medicine, 27*, 345-352.
- Cabrera, N.J., & Peters, H.E. (2000). Public policies and father involvement. *Marriage & Family Review, 29*(2/3), 295-314.
- Coleman, P.K., & Karraker, K.H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review, 18*, 47-85.
- Comité de la santé mentale du Québec. (1994). *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*. Sainte-Foy, QC: Publications du Québec.
- Cresson, G., & Pitrou, A. (1991). The role of the family in creating and maintaining healthy lifestyles. Dans B. Badura & I. Kickbusch (dir.), *Health promotion research: Towards a new social epidemiology* (pp. 213-227). Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Deslauriers, J.P. (1991). *Recherche qualitative: guide pratique*. Montréal: Théma.
- Dubeau, D., Coutu, S., Turcotte, G., & Bolté, C. (2001). L'évaluation d'impacts d'un modèle communautaire d'intervention visant la promotion de l'engagement paternel—Prospère. *Revue canadienne de l'étude en petite enfance, 8*(4), 67-70.
- Dufour, S. (2001). *La santé mentale des enfants de milieux défavorisés: Conceptions, pratiques et profils de pères*. Thèse de doctorat non publiée, Université du Québec à Montréal.
- Dufour, S., Bolté, C., Bégin, J., Paquette, D., & Bouchard, C. (1998, juillet). *The Montreal Father Involvement Questionnaire: Development and preliminary psychometric properties*. Communication interactive par affiche présentée au XV<sup>e</sup> congrès de l'International Society for the Study of Behavioural Development (ISSBD), Berne, Suisse.
- Dufour, S., & Bouchard, C. (2003). Promoting children's mental health in disadvantaged areas: Profiles of fathers. *Fathering, 1*(3), pp. 263-282.
- Dufour, V. (1999, 4-5 décembre). Montréal: école et santé mentale. Tableau alarmant chez les enfants défavorisés. *Le Devoir*, p. A 12.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi: dépression et société*. Paris: Odile Jacob.
- Ehrensaft, D. (1995). Bringing in fathers: The reconstruction of mothering. Dans J.L. Shapiro, M.J. Diamond, & M. Greenberg (dir.), *Becoming a father* (pp. 43-59). New York: Springer.
- Féger, R. (1983). La santé mentale de l'enfant en milieu familial, facteurs d'influence et mesures préventives. *Apprentissage et socialisation, 6*(1), 26-35.

- Gibaud-Wallston, J.A. (1977). *Self-esteem and situational stress: Factors related to the sense of competence in new parents*. Thèse de doctorat non publiée, Vanderbilt University, Nashville, TN.
- Gochman, D.S. (1988). *Health behavior: Emerging research perspectives*. New York: Plenum.
- Gochman, D.S. (1992). Health cognitions in families. Dans T.J. Akamatsu, M.A. Parris Stephens, S.E. Hobfoll, & J.H. Crowther (dir.), *Family health psychology* (pp. 1-15). Washington, DC: Hemisphere.
- Goodnow, J.J., & Collins, W.A. (1990). *Development according to parents: The nature, sources and consequences of parents' ideas*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Graham, H. (1984). *Women, health and the family*. Brighton, Royaume-Uni: Harvester.
- Hendrix, J. (1993). *L'enfant: une approche globale pour son développement*. Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Kohn, M.L. (1963). Social class and parent-child relationships: An interpretation. *American Journal of Sociology*, 68, 471-480.
- Kohn, M.L. (1977). *Class and conformity: A study in values* (2<sup>e</sup> éd.). Chicago: University of Chicago Press.
- Lamb, M.E. (1995). The changing roles of fathers. Dans J.L. Shapiro, M.J. Diamond, & M. Greenberg (dir.), *Becoming a father* (pp. 18-35). New York: Springer.
- Lamb, M.E. (2000). The history of research on father involvement: An overview. *Marriage & Family Review*, 29(2/3), 23-42.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu: méthode GPS et concept de soi*. Sillery, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Ledingham, J., & Crombie, G. (1988, mars). La promotion de la santé mentale chez les enfants et les adolescents. *Santé mentale au Canada*, 9-18.
- Lupton, D., & Barclay, L. (1997). *Constructing fatherhood: Discourses and experiences*. Londres: Sage.
- Maccoby, E.E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historical review. *Developmental Psychology*, 28(6), 1006-1017.
- Marsiglio, W., & Cohan, M. (2000). Contextualizing father involvement and paternal influence: Sociological and qualitative themes. *Marriage & Family Review*, 29(2/3), 75-95.
- Massé, R. (1991). La conception populaire de la compétence parentale. *Apprentissage et Socialisation*, 14(4), 279-290.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Mechanic, D. (1980). Education, parental interest, and health perceptions and behavior. *Inquiry*, 17, 331-338.
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada. (1988). *La santé mentale des Canadiens: vers un juste équilibre*. Ottawa: Publications gouvernementales.
- Murphey, D.A. (1992). Review: Constructing the child: Relations between parents' beliefs and child outcomes. *Developmental Review*, 12, 199-232.
- Ogbu, J.U. (1981). Origins of human competence: A cultural-ecological perspective. *Child Development*, 52, 413-429.
- Pampalon, R., Raymond, G., Beaudry, D., & Gauthier, D. (1990). Les variations géographiques de la santé au Québec: une analyse de l'enquête Santé Québec par aire homogène. *Cahiers de géographie du Québec*, 34(92), 137-160.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2<sup>e</sup> éd.). Newbury Park, CA: Sage.
- Peters, R.V., & McMahon, R.J. (1988). Converging models of family functioning. Dans R.V. Peters & R.J. McMahon (dir.), *Social learning and systems approaches to marriage and the family* (pp. 3-14). New York: Brunner/Mazel.
- Phipps, S.A. (1991). Family systems functioning, family health roles, and utilization of physical health services. *Lifestyles: Family and Economic Issues*, 12(1), 23-41.
- Powell, D.R. (1993). Supporting parent-child relationships in the early years: Lessons learned and yet to be learned. Dans T.H. Brubaker (dir.), *Family relations: Challenges for the future* (pp. 79-97). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pratt, L. (1976). *Family structure and effective health behavior: The energized family*. Boston: Houghton Mifflin.

- Quénari, A. (2000). Qui sont les pères d'aujourd'hui? *Interface*, 21(1), 35-41.
- Roberts, M.C., & McElreath, L.H. (1992). The role of families in the prevention of physical and mental health problems. Dans T.J. Akamatsu, M.A. Parris Stephens, S.E. Hobfoll, & J.H. Crowther (dir.), *Family health psychology* (pp. 1-15). Washington, DC: Hemisphere.
- Sabatier, C. (1991). Les relations parents-enfants dans un contexte d'immigration: ce que nous savons et ce que nous devrions savoir. *Santé mentale au Québec*, 16(1), 165-190.
- Saltonstall, R. (1993). Healthy bodies, social bodies: Men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science & Medicine*, 36, 7-14.
- Tinsley, B.J. (1992). Multiple influences on the acquisition and socialization of children's health attitudes and behavior: An integrative review. *Child Development*, 63, 1043-1069.
- Turcotte, G., Dubeau, D., Bolté, C., & Paquette, D. (2001). Pourquoi certains pères sont-ils plus engagés que d'autres auprès de leurs enfants?: une revue des déterminants de l'engagement paternel. *Revue canadienne de psycho-éducation*, 30(1), 65-91.