

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

Promouvoir l'attachement parent-enfant en Haïti : l'apport des visites à domicile

- La voix des intervenants -

THÈSE DE SPÉCIALISATION
PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU BACCALAURÉAT EN PSYCHOLOGIE
PROFIL HONOURS

PAR
LANCELOT LEGENDRE-COURVILLE
LEGL31019507

SOUS LA SUPERVISION DE
SOPHIE GILBERT, PhD

04 MAI, 2018

Remerciements

D'abord, je tiens à remercier chaleureusement ma directrice, Sophie Gilbert, pour sa disponibilité et son écoute tout au long du processus d'apprentissage qu'est la thèse de spécialisation. Elle a su me guider avec bienveillance et me transmettre sa passion pour la recherche-action et le développement international. Travailler avec elle est un réel plaisir, merci sincèrement Sophie! Je ne peux passer sous silence l'ouverture et l'accueil de chaque participant. Sans vous, ce projet n'aurait pas vu le jour. Je remercie également tous les membres du *Groupe de recherche sur l'inscription sociale et identitaire des jeunes adultes (GRIJA)* pour le partage de leurs commentaires constructifs, de leurs réflexions judicieuses et de leur enthousiasme contagieux. Mes derniers remerciements sont adressés à ma famille et à mes amis. Je remercie ma mère Chantal et son conjoint Alain, mon père Stéphane et sa conjointe Marie, ma sœur Flavie et son conjoint Louis-Philippe et ma petite sœur Corinne. Merci de votre amour et votre soutien constant qui s'étend au-delà de mon parcours académique. Je vous aime! Je remercie aussi mes amis et collègues du baccalauréat en psychologie avec qui j'ai partagé trois belles années de ma vie qui furent riches en apprentissages au niveau académique et personnel. Finalement, je remercie tout spécialement mes amies du *Programme Hypothèse Gaïa* : Gabrielle, Florence, Caroline, Marie-Élaine, Camille, Anne-Julie, Laura et Iris. Merci pour votre précieuse amitié et pour vos encouragements tout au long du périple qu'a été ma dernière année de baccalauréat. Merci d'être dans ma vie, vous m'inspirez et me faites grandir.

Table des matières

Remerciements.....	1
Résumé	4
Problématique	5
La présente étude.....	6
Contexte.....	8
Contexte de violence et de maltraitance en Haïti	8
L’approche préventive et la promotion de la santé.....	9
Les visites à domicile leurs bénéfices et limites.....	10
L’attachement : un levier d’intervention.....	11
Méthodologie	12
Approche de cette étude.....	12
Participants.....	13
Méthode de recueil de données	13
Analyse des données.....	13
Rigueur	14
Considérations éthiques	14
Résultats.....	15
Axe I - Le profil des participants.....	15
Axe II – La voix des intervenants.....	16
Ce qui reste de la formation	16
La situation des familles haïtiennes	17
Prévalence du châtiment corporel.....	17
Transmission de la violence	18
Configuration des familles	19
Contexte de pauvreté.....	20

L'utilité des visites à domicile.....	21
L'apport personnalisé des visites à domicile.....	21
Le paradoxe de l'autorité en Haïti	21
La transmission parallèle du savoir.....	22
Discussion.....	25
Conclusion.....	30
Références.....	32
Annexe A – Schéma d'entretien.....	38
Annexe B – Formulaire d'information et de consentement.....	40
Annexe C – Certificat d'éthique.....	44

Résumé

En Haïti, le système de santé publique ne répond pas aux besoins des familles et de la population en général (Cayemittes et al., 2013). Conséquemment, les Organismes non gouvernementaux (ONG) prennent en charge de façon globale les crises humanitaires qui frappent le pays (Frisse, 2010). Les ONG n'étant pas redevables à la population, elles peuvent accentuer le problème de la disponibilité des services (Edmonds, 2013). La prévalence de la violence domestique est également élevée en Haïti (Ardila-Gómez, Lugo-Palacios et Vargas-Palacios, 2015). En effet, la violence conjugale est fréquente, notamment durant les grossesses non désirées (Han et Stewart, 2014). De plus, deux tiers des enfants seraient victimes de violence avant l'âge de 18 ans (Flynn-O'Brien et al. 2016). En somme, ces constats soulignent d'une part la nécessité de réorganiser les services psychosociaux en Haïti, et d'autre part la pertinence de soutenir l'attachement parent-enfant chez les familles en situation de précarité.

En février 2017, une équipe de recherche et des intervenants du Québec ont donné une formation sur l'attachement précoce parent-enfant et les visites à domicile auprès de professionnels et intervenants communautaires en Haïti. À l'issue de cette formation, le but de cette étude est de : (1) évaluer les retombées d'une formation axée sur l'attachement précoce parent-enfant et les visites à domicile auprès de professionnels et d'intervenants communautaires, et (2) explorer la pertinence des visites à domicile axées sur l'attachement parent-enfant. Dix entrevues semi-directives de 30 à 45 minutes ont été réalisées à distance auprès des participants 6 mois après la formation.

Une analyse thématique des résultats, selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2016), révèle que le châtement corporel au sein de la relation parent-enfant est la principale préoccupation des participants. La transmission générationnelle, l'héritage de la religion chrétienne, ainsi que les conditions de vie (précaires) joueraient un rôle important dans l'adoption et la perpétuation de cette pratique. Cette étude suggère la pertinence d'un travail de sensibilisation à deux niveaux : (1) transmission d'un savoir didactique au sein de la communauté à travers des actions proximales élaborées par des intervenants locaux, et (2) des visites à domicile personnalisées qui ciblent les dynamiques familiales. Il s'agirait de méthodes efficaces pour soutenir l'attachement parent-enfant chez les familles en situation de précarité. La situation de ces familles, ainsi que des pistes de réflexion sont aussi élaborées en lien avec la problématique.

Problématique

La précarité des conditions de vie est un problème social important. Ainsi, il y aurait 1,2 million de personnes qui vivent dans l'extrême pauvreté à travers le monde (Organisation Mondiale de la Santé, 2017). Haïti est l'un des pays les plus pauvres du monde et le pays le plus pauvre d'Amérique. En effet, la majorité des Haïtiens (78%) vivent avec moins de 2 dollars par jour (World Bank, 2017). L'économie d'Haïti étant, à la base, déjà fragilisée, les catastrophes naturelles qui l'ont affecté au cours des dernières années n'ont pas contribué à améliorer la situation. À titre d'exemple, le pays a connu les vents torrentiels des ouragans *Matthew* en octobre 2016 et ceux de *Irma* et de *Maria* en septembre 2017. Le nombre de personnes atteintes par le passage de ces récentes tempêtes est estimé à plus de 2 millions (UNICEF, 2017). Ces événements ont causé des dégâts substantiels aux cultures, aux habitations, au bétail et aux infrastructures. De plus, les répercussions du séisme du 12 janvier 2010 se mesurent encore aujourd'hui au pays. En somme, la pauvreté, la corruption, l'impact des catastrophes naturelles et le bas niveau d'éducation sont tous des facteurs associés à la faible croissance économique du pays (Central Intelligence Agency, 2017). De plus, entre 2015 et 2016, les conditions politiques, la sécheresse, la diminution de l'aide étrangère et la dévaluation de la monnaie nationale ont affecté l'économie, plongeant le pays dans l'instabilité. Ainsi, l'histoire d'Haïti est marquée par des événements difficiles et potentiellement traumatiques dont il faut tenir compte dans la mise en place d'interventions contingentes à l'environnement socioculturel, car ceux-ci ont laissé d'importantes traces dans la culture haïtienne (Cénat, Derivois et Karray, 2017).

Ce contexte d'adversité favorise le maintien d'un problème chronique important : la pénurie de services psychosociaux pour les jeunes familles en situation de précarité en Haïti. En effet, le système de santé de l'État d'Haïti est actuellement démantelé et peine à répondre aux besoins des familles et de la population en général (Cayemittes et al., 2013). Ainsi, les Organismes non gouvernementaux (ONG) de l'étranger prennent en charge de façon globale les crises humanitaires qui frappent Haïti pour pallier le manque de ressources (Frisse, 2010). Toutefois, ces instances accentueraient le problème de la disponibilité des services puisqu'elles ne sont pas redevables envers la population, contrairement aux services gouvernementaux (Edmonds, 2013). Ce faisant, même si l'aide apportée par les ONG est nécessaire, les interventions qui requièrent un investissement de plus longue haleine, notamment les services

psychosociaux, sont souvent mises de côté pour répondre à un besoin urgent. Pourtant, les programmes durables de prévention et de promotion de la santé mentale ont le potentiel de réduire la stigmatisation, d'augmenter le capital social, de faire diminuer la pauvreté et de favoriser le développement des pays (Organisation Mondiale de la Santé, 2004).

En outre, la présence accrue des ONG dans le pays mine la responsabilité des instances locales, créant ainsi un cercle vicieux de dépendance de la population à une aide extérieure (Schuller, 2007). Qui plus est, la présence massive d'ONG favoriserait les inégalités sociales puisqu'elles engagent souvent des employés éduqués issus de classes sociales favorisées (Schuller, 2009). En effet, les inégalités socio-éducatives ont toujours existé en Haïti. Celles-ci se manifestent notamment dans les différents types d'écoles fréquentées (publiques pour les moins nantis, privées pour la population aisée) et dans la séparation des populations scolarisées et non scolarisées (Joint, 2006). On observe également une scission entre les régions rurales, particulièrement pauvres, et certaines régions urbaines où se concentre la richesse (Lamaute-Brisson, 2013). En conséquence, encourager les initiatives des populations locales pour réduire les inégalités liées à la pauvreté et pour aider les familles les plus vulnérables s'avèrerait une solution avantageuse à long terme. Ce portrait global nous incite donc à étudier différemment la mise en place des services d'aide, notamment, ceux favorisant la prévention et la promotion de la santé (incluant la santé mentale), et à s'émanciper du modèle établi de l'intervention dans ce pays.

La présente étude

La présente étude a été réalisée en partenariat avec l'équipe de recherche de Sophie Gilbert, professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, le Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire, l'organisme communautaire montréalais Dans la rue et l'organisme communautaire GROSAME¹ Grand Goâve situé en Haïti. Celui-ci a pour mission la promotion de la santé mentale et la prévention des problématiques familiales, notamment les abus et la maltraitance. Une partie des interventions de l'organisme consiste en des visites à domicile afin d'offrir un service personnalisé aux usagers (GROSAME, 2018). Soutenant cette initiative, des professionnels québécois, issus du milieu de la recherche et de la

¹ Pour **Groupe de santé mentale**.

pratique, ont offert de la supervision à distance auprès des intervenants de GROSAME responsables de faire les visites à domicile. Deux constats ont émergé de cette collaboration. D'une part, la supervision à distance souffre d'un écart entre les professionnels (superviseurs) et la réalité des usagers à laquelle sont confrontés les intervenants (plus proche de la population desservie). D'autre part, la majorité des interventions à domiciles en Haïti ciblent les aspects de la santé physique mère-enfant, malgré la forte prévalence de la violence intra familiale chez les familles haïtiennes (Gage, 2005). À notre connaissance, peu d'interventions soutiennent le développement du lien précoce parent-enfant, en dépit d'un besoin clairement identifié par le milieu (Gilbert, Benjamin, Da, Toussaint et Lecomte, 2016).

À titre d'exemple, *Partners in Health* intervient, notamment en santé maternelle en sensibilisant les femmes à l'importance de la contraception, les aidant à planifier leur projet de maternité et offrant des soins de santé auprès des jeunes mères (Partners in Health, 2018). Quant à elle, la *Fondation Paul Gérin-Lajoie* cherche à contrer la mortalité maternelle et infantile et en assurant la prestation de soins de santé essentiels, notamment une alimentation saine pour les mères et les nourrissons (Fondation Paul Gérin-Lajoie, 2018). Finalement, la *Fondation KANPE* accompagne des familles dans l'éducation des enfants, dans l'accès à des soins de santé, dans la construction de maisonnettes, dans l'élevage et dans la production de nourriture (KANPE, 2018).

Dans cette perspective, deux intervenantes - une du *Centre jeunesse de Montréal* et une de l'organisme *Dans la rue* - se sont rendues en Haïti pour dispenser une formation d'une durée de 4 jours, sur la théorie de l'attachement et les visites à domicile auprès de professionnels et d'intervenants communautaires œuvrant auprès de populations vulnérables. Ce faisant, la formation constitue une amorce au travail de sensibilisation auprès des intervenants. De plus, en favorisant l'intégration de ces connaissances à leurs activités de supervision et d'intervention, la possibilité pour les professionnels locaux de superviser un éventuel programme de visites à domicile est explorée.

En somme, à l'issue de cette formation, la présente étude a pour but : (1) d'évaluer les retombées d'une formation axée sur l'attachement précoce parent-enfant et les visites à domicile auprès de professionnels et d'intervenants communautaires, et (2) d'explorer les bénéfices et les

limites d'un programme de visites à domicile axé sur l'attachement parent-enfant pour les jeunes familles en situation de précarité en Haïti.

Contexte

Contexte de violence et de maltraitance en Haïti

Les difficultés vécues par la population haïtienne sont diverses, avec une importante prévalence de violence domestique. En effet, les attitudes des Haïtiens envers les rôles sexuels, notamment la domination des hommes envers les femmes, sont répandues à travers les classes sociales (Gage et Hutchinson, 2006; Kershaw et al. 2006). En fait, il semble que la violence domestique soit particulièrement élevée en Amérique latine et dans les Caraïbes (Ardila-Gómez et al., 2015). Les femmes – peu importe leur statut social – qui vivent de la violence en Haïti, qu'elle soit perpétrée par leur conjoint ou un autre membre de la famille, courent d'importants risques en termes de santé reproductive (Kishor et Johnson, 2006; Small et al., 2008). En effet, Han et Stewart (2014) ont démontré que la violence conjugale durant la grossesse était associée aux grossesses non désirées et à de nombreuses complications (p.ex. dépression, soins prénatals inadéquats, cortisol maternel élevé, etc.). Les grossesses non désirées chez les mères, fréquentes en Haïti, entraînent souvent une situation de rupture sociale, menant à la solitude et la dépression, susceptibles d'affecter la relation ultérieure parent-enfant (Gilbert et Gilbert, sous presse). De plus, les études sur la violence en Haïti soulignent la grande vulnérabilité des mères, particulièrement celles vivant dans la pauvreté (Fawzi et al., 2005). En somme, la santé maternelle en Haïti fait partie des priorités en matière d'intervention pour les prochaines années puisque la forte prévalence des grossesses à risque expose les mères et leurs enfants à la violence et la négligence (Organisation Mondiale de la Santé, 2017).

Par ailleurs, d'autres études indiquent que la violence physique envers les enfants en Haïti est courante; les deux tiers des enfants seraient victimes de violence avant l'âge de 18 ans (Cayemittes et al., 2013; Flynn-O'Brien et al., 2016). Des pratiques telles frapper, fouetter et battre son enfant avec une ceinture ou un bâton seraient considérées comme des méthodes acceptables de correction (Pierre et al., 2010). Or, les effets néfastes de la violence sur le développement des enfants sont bien connus. Ainsi, l'utilisation du châtiment corporel serait positivement associée à des comportements problématiques (agressions et comportements antisociaux) chez les jeunes, en particulier aux comportements extériorisés (Ma, Han, Grogan-

Kaylor, Delva et Castillo, 2012). Malgré la forte prévalence de violence perpétrée envers les enfants, on observe d'importantes lacunes au sein du système de protection de l'enfance en Haïti (Lamaute-Brisson, 2015). En effet, une loi interdit les châtimets corporels contre les enfants depuis 2001. L'article 1 de cette loi stipule : « Les traitements inhumains de quelque nature que ce soit y compris les punitions corporelles contre les enfants sont interdits. » (République d'Haïti, 2001). Toutefois, l'application de la loi semble faire défaut, et ce, même plus de 12 ans après son adoption (Trouillot-Lévy, 2013). En effet, le châtimeut corporel est une pratique éducative encore observable dans plusieurs écoles et foyers, même que certains milieux utilisent le fouet et le bâton pour corriger les enfants (Laroche, 2013).

L'approche préventive et la promotion de la santé

La présente étude s'inscrit dans une approche préventive et de promotion de la santé issue de la psychologie communautaire. Plusieurs définitions sont proposées par les auteurs, mais la suivante réunit les grands objectifs visés par cette approche : « discipline utilisant la compréhension des déterminants politiques et sociaux de la santé mentale pour promouvoir la qualité de vie des individus et des communautés et leur participation au développement des ressources locales (et notamment des ressources en santé mentale) » (Saïas, 2009, p. 9). De fait, la pratique de la psychologie communautaire prend plusieurs formes, mais vise notamment à prévenir et à promouvoir les actions au sein d'une communauté ou d'un organisme (Lavoie et Brunson, 2010).

Deux types d'actions sont distingués. D'abord, la prévention « vise la réduction de l'incidence des problèmes de santé mentale en s'attaquant aux facteurs de risque et aux conditions pathogènes. Elle s'adresse à la population en général ou à certains groupes particuliers exposés à de tels facteurs ou conditions. » (Blanchet, Laurendeau, Paul et Saucier, 1993, p. 159). Puis, la promotion de la santé consiste en « une combinaison d'actions éducatives, organisationnelles, économiques et politiques conçue avec la participation des consommateurs, pour permettre aux individus, aux groupes et aux communautés entières d'augmenter et d'améliorer le contrôle sur leur santé à travers des changements attitudinaux, comportementaux, sociaux et environnementaux. » [Traduction libre] (Howat et al., 2003, p. 84).

En Haïti, considérant le manque de ressources étatiques consacrées à l'aide auprès des jeunes familles (Cayemittes et al., 2013), il est nécessaire de soutenir les initiatives des communautés locales. Cela fait référence au concept *d'empowerment* ou de « pouvoir d'agir ». Il est défini comme un processus par lequel des personnes vont : (1) prendre conscience des dynamiques de pouvoir à l'œuvre dans leur contexte de vie, (2) développer les compétences et les capacités afin d'acquiescer davantage de contrôle sur leur vie, (3) exercer ce contrôle sans interférer avec les droits des autres, et (4) soutenir l'autonomisation des autres membres de leur communauté [Traduction libre] (Rowlands, 1995, p. 103).

L'initiative de GROSAME qui vise à améliorer la qualité de vie des habitants de la région de Grand-Goâve par le biais de la participation citoyenne et les efforts investis pour consolider leurs interventions (par de la formation et de la supervision) s'inscrivent dans cette orientation (empowerment) (Lecomte et Raphaël, 2010). Les visites à domicile (implantées via GROSAME) peuvent constituer un terrain fertile pour la prévention des difficultés vécues par les familles haïtiennes, incluant la violence, et soutenir (par des activités de promotion) la relation d'attachement parent-enfant. Dès lors, il semble pertinent de s'inspirer de l'approche communautaire afin d'intervenir directement auprès de cette population, en mobilisant les ressources élaborées « par » et « pour » la communauté, puisque l'aide actuellement dispensée par les instances au pouvoir (État et ONG) est vraisemblablement insuffisante.

Les visites à domicile leurs bénéfiques et limites

Les programmes de visites à domicile sont efficaces et largement utilisés afin de prévenir les difficultés que peuvent vivre les familles au quotidien (Stubbs et Achat, 2016), donnant un accès privilégié à la dyade mère-enfant. De plus, ce travail permet de rejoindre les familles les plus vulnérables et sert d'outil d'évaluation et d'intervention efficace (Greacen, et al., 2017; Le Foll et Guedeney, 2014). Toutefois, même si les visites à domicile dispensées par des professionnels ont démontré leur efficacité, certaines limites sont identifiées. Ainsi, il semble que des besoins urgents (p.ex. les problèmes sociaux, financiers ou les difficultés de la vie quotidienne) doivent être répondus prioritairement aux objectifs d'intervention des professionnels (Dugravier et al., 2013). Ainsi, les visites à domicile implantées en Haïti devront

tenir compte de la réalité de la population haïtienne, notamment l'accès restreint aux soins de santé, la pauvreté, la malnutrition, et la violence familiale (Cayemittes et al., 2013).

Malgré ces limites identifiées, une revue systématique de Peacock, Konrad, Watson, Nickel et Muhajarine (2013) a étudié l'efficacité des visites à domicile dispensées par des paraprofessionnels auprès de familles défavorisées. Selon ces auteurs, les visites à domicile seraient associées à la diminution du parentage sévère, à l'amélioration et au développement du langage chez les jeunes enfants, à la réduction des naissances à faible poids, à l'amélioration du poids en fonction de l'âge chez les jeunes enfants et à la réduction des problèmes de santé infantile. De plus, les visites à domicile dispensées par des paraprofessionnels sont moins coûteuses et tout aussi bénéfiques pour les familles en situation de vulnérabilité psychosociale (Katz et al., 2011).

Les visites à domicile (dispensées par des professionnels ou non) dépendent également d'un ensemble de facteurs culturels et linguistiques, dont il faut tenir compte dans l'évaluation des besoins des familles (Terenio et al., 2013). En ce sens, l'aspect pyramidal des interventions (transmission de connaissances qui va « du bas vers le haut ») dispensées par l'organisme GROSAME illustre bien cette volonté de respecter les contingences socioculturelles, d'où l'importance d'en évaluer la pertinence auprès de la communauté haïtienne (Gilbert et al., 2016). La présente étude s'en inspire également, notamment à travers la prise de parole des intervenants face aux conditions de leur milieu; ce qui constitue l'originalité et la singularité de ce projet de recherche. En somme, il est recommandé de tenir compte des facteurs socioculturels lors de la mise en place d'interventions (notamment les visites à domicile) auprès de la population haïtienne (Bolton, Surkan, Gray et Desmousseaux, 2012).

L'attachement : un levier d'intervention

Un des objectifs visés par les visites à domicile axées sur la relation précoce parent-enfant est de soutenir le lien d'attachement entre le nourrisson et son donneur de soins. Ainsi, un attachement sécurisé permet à l'enfant d'explorer son environnement et de développer ses capacités de façon optimale (Bowlby, 1982). La qualité de ce sentiment peut également influencer positivement les relations sociales futures de l'enfant, sa gestion du stress et plus largement sa santé mentale (Bowlby, 1988). Des conseils, des formations et du coaching parental

permettent aux parents d'adopter des pratiques plus adéquates et, par le fait même, de favoriser le développement optimal du nourrisson (Ainsworth, 1979).

D'autres études ont démontré que le style parental et éducatif qualifié de dur-intrusif est associé à des représentations insécures de la figure d'attachement et à des comportements désorganisés plus fréquents chez l'enfant (Barnett, Kidwell et Leung, 1998). De plus, les familles à faibles revenus avec un enfant dont l'attachement serait insécure seraient plus susceptibles d'utiliser le châtiment corporel et moins susceptibles d'utiliser la communication verbale lorsque leur enfant adopterait un comportement répréhensible (Brown, Gustafsson, Mills-Koonce et Cox, 2017). Ces études illustrent bien le contexte ardu dans lequel se tissent les relations parent-enfant en Haïti, c'est-à-dire de manière hiérarchique, autoritaire et violente (Luzincourt et Gulbrandson, 2010), d'où la pertinence d'intervenir sur l'attachement auprès des familles afin de favoriser de meilleures relations parent-enfant.

Méthodologie

Approche de cette étude

La formation dispensée dans le cadre de cette étude s'inspire du modèle de la recherche-action. « L'ensemble des méthodes de recherche-action revendique un double objectif de changement concret dans le système social et de production de connaissances sur celui-ci. Elles se démarquent ainsi des recherches conventionnelles (comme l'étude de cas par exemple) en posant le changement de l'objet investi comme objectif à part entière de la recherche. » (Allard-Poesi et Perret, 2003, p. 1). Les différentes dimensions de ce projet de recherche, soit la formation sur l'attachement auprès d'intervenants locaux; l'utilisation de cette dernière dans le cadre des activités de l'organisme GROSAME (visites à domicile); ainsi que la perception de l'apport de cette formation permettra de documenter le processus de changement induit par la formation. Généralement, ce type de devis de recherche s'appuie sur le paradigme constructiviste. Selon ce paradigme, la réalité et le savoir découlent d'une construction de sens entre le chercheur et son sujet d'étude qu'il essaie de découvrir en investiguant plusieurs points de vue (Tracy, 2013). L'approche qualitative, telle qu'appliquée dans le cadre de cette étude, est cohérente avec ce paradigme épistémologique. La place accordée au discours est au fondement de l'objectif visé par l'étude, soit donner une voix aux intervenants s'étant approprié le contenu de la formation.

Participants

Au total, 40 personnes étaient présentes lors des 4 journées allouées à la formation. Ce projet cherchait à réunir des professionnels de la santé mentale (p.ex. travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés et psychologues) ou des professionnels en formation d'une part, et d'autre part, des intervenants communautaires de l'organisme GROSAME, plus proches de la réalité et des besoins des familles les plus vulnérables (soit la majorité de la population). Bien que provenant de classes sociales différentes, ils ont été appelés à travailler de concert et à créer des liens tout au long du processus de formation, venant contrer certaines disparités entre les classes en Haïti (Raphaël, 2010).

Méthode de recueil de données

Six mois après la formation, les participants ont été contactés par courriel. Des rendez-vous pour une entrevue furent fixés avec les participants intéressés à partager leur opinion. En tout, dix entrevues de trente à quarante-cinq minutes en moyenne ont été menées à distance par Skype, WhatsApp ou autre modalité, selon leur convenance. L'entrevue avait deux principaux objectifs : 1) recueillir leur appréciation de la formation et ce qu'ils en avaient retenu en termes de contenu ; 2) recueillir leur opinion sur la pertinence des connaissances relatives à l'attachement et à l'implantation d'un programme de visites à domicile pour les familles en situation de précarité en Haïti. Afin de favoriser la prise de parole des participants, l'approche semi-directive fut privilégiée.

Analyse des données

Compte tenu du caractère descriptif des objectifs de recherche, nous avons utilisé l'analyse thématique, selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2016). Les auteurs définissent la thématique comme « l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique). » (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 236). Plus concrètement, il s'agit d'une procédure systématique qui permet de repérer, regrouper et subdiviser les données qualitatives en unités de sens appelé des « thèmes » ou des « rubriques ». Le thème est au plus près du discours de la personne, alors que la rubrique permet d'organiser les données en un tout cohérent et heuristique.

Le logiciel NVivo a été utilisé afin de faciliter la gestion des données. L'analyse thématique continue fut choisie; elle est définie comme une démarche itérative où les thèmes sont simultanément intégrés à l'arbre thématique. Cette méthode est particulièrement exhaustive lorsque le contenu des verbatims est riche (Paillé et Mucchielli, 2016). En ce qui a trait à la thématisation, la méthode ascendante (thèmes vers rubriques) fut appliquée. Elle sous-tend une plus grande crédibilité des résultats, puisqu'elle maximise la qualité inductive de l'analyse, en s'amorçant par des thèmes au plus près du discours des participants. Cela réduit les « bais d'attribution » possibles, soit le fait de ne pas respecter l'essence des propos des participants (Tracy, 2013).

Rigueur

Avant de faire les entrevues, l'auteur de cette étude a reçu une formation sur le savoir-être et le savoir-faire dans le cadre d'entrevues semi-directives. Des rencontres régulières, assurées par la directrice de thèse, particulièrement après les premiers entretiens, ont été réalisées. De plus, de nombreuses discussions avec la directrice ont permis d'encadrer le processus de recherche et de rédaction, notamment en ce qui a trait aux différences culturelles haïtiennes-québécoises. Afin d'assurer la rigueur de la méthode, nous avons, autant que possible, mis de côté nos présupposés. Afin d'encadrer notre subjectivité de chercheur, nous avons également utilisé un journal de bord (Morrow, 2005). Celui-ci a permis de colliger nos réflexions personnelles et théoriques, et ce, tout au long du processus de recherche. Nous avons ensuite procédé à la comparaison des notes contenues dans le journal de bord et de celles colligées dans le cadre des rencontres de supervision avec les données qualitatives analysées. Finalement, les thèmes retenus ont fait l'objet d'une discussion avec la superviseure de thèse afin d'obtenir un consensus.

Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le Comité éthique de l'Université du Québec à Montréal. Ainsi, avant la collecte des données nous avons obtenu le consentement écrit ou oral (enregistré) de tous les participants. Compte tenu de la nature qualitative des données, le respect de la confidentialité était notre principale préoccupation. Ce faisant, nous nous sommes assurés de sécuriser l'accès aux enregistrements des entretiens. Nous avons anonymisé les extraits

d'entretiens, utilisé le masculin et retiré toute autre information permettant de reconnaître les participants. De plus, considérant que la langue maternelle de certaines personnes n'était pas le français (p.ex. le créole) et donc, que leur compréhension et leur aisance à l'expression orale pouvaient varier, nous nous sommes assurés que tous les participants saisissaient adéquatement les objectifs du projet et la nature de leur participation³. Finalement, lors des entretiens, nous nous sommes assuré que les participants comprenaient les échanges par des reformulations.

Résultats

Les résultats sont divisés en deux axes. Le premier est présenté sous forme de tableau afin de dresser un profil sommaire des participants. Le second est issu de l'analyse thématique des entretiens qui ont été menés 6 mois après la formation.

Axe I - Le profil des participants

Tous les participants ont travaillé auprès de populations vulnérables (p.ex. familles en situation d'extrême pauvreté ou personnes affectées par le VIH-SIDA), soit en tant que professionnel, intervenant communautaire ou stagiaire en formation. L'échantillon est également composé de personnes provenant de milieux socio-économiques variés (plus favorisé et plus pauvre) et de régions différentes (rurale et urbaine).

Tableau 1. Le profil des participants

<i>Caractéristiques de l'échantillon</i>	Catégories	Effectif
<i>Sexe</i>	Homme	6
	Femme	4
<i>Occupation</i>	Psychologue	3
	Enseignant	1
	Travailleur social	1
	Étudiant en travail social	3
	Étudiant en psychologie	2

³ Nous n'avons pas eu besoin des services d'un interprète puisque tous les participants maîtrisaient suffisamment bien le français pour participer à l'étude.

Axe II – La voix des intervenants

Cet axe est divisé en trois principales rubriques : ce qui reste de la formation, la situation des familles haïtiennes et l'utilité des visites à domicile. Les thèmes et sous-thèmes associés aux rubriques sont indiqués en caractère gras dans le texte.

Ce qui reste de la formation

Cette rubrique regroupe les thèmes associés aux retombées concrètes de la formation auprès des participants; que ce soit en termes de contenu pratique ou d'expérience subjective.

D'abord, nous avons remarqué que tous les participants ont réutilisé les notions et les termes abordés dans la formation. À titre d'exemple, certains mentionnaient, notamment l'impact à long terme de l'attachement sur le développement des capacités de l'enfant, sur la personnalité, ainsi que sur la relation de couple à l'âge adulte. En somme, le thème **appropriation du contenu** résume bien la rétention des savoirs abordés dans le cadre de la formation.

La façon qu'il [le parent] tisse le lien avec l'enfant aujourd'hui va avoir des répercussions sur la vie de l'enfant après 5, 6, 7, jusqu'à 10 ans. C'est-à-dire, que l'enfant va développer des aptitudes sociales plus adaptatives en fonction de la relation qu'il a eue et avec l'attachement très serré qu'il a eu avec les membres de sa famille. – verbatim 2

Tous ont rapporté des **bénéfices personnels** en lien avec les connaissances sur l'attachement. La formation leur a donné des outils pour comprendre certaines interactions entre les membres de leur famille. De plus, plusieurs participants qui sont parents ou en contact régulier avec des enfants, ont rapporté appliquer le contenu de la formation, par exemple en étant plus sensibles aux signaux des enfants ou à l'impact de leurs propres comportements sur les enfants.

Je réalise moi-même que parfois mes enfants viennent me toucher et que j'éloigne un peu la main, je ne reste pas trop dans le contact. Donc dans ces moments-là, c'est vrai que je fais attention quand je réalise que je suis comme ça. Je compense après en allant faire un câlin, en essayant d'être moins évitante. – verbatim 6

Quant à la formation sur les visites à domicile, les participants ont principalement rapporté des **bénéfices professionnels**. D'une part, il ont mentionné que cela fut un complément à leur formation générale qui ne comprend pas un volet sur les visites à domicile. Ainsi, ils ont particulièrement apprécié la nouveauté des informations présentées et l'aspect concret des visites

à domicile. D'autre part, cela fut utile pour leur travail ou leur stage. En ce sens, la formation leur a donné des outils pour collecter des informations sur la relation parent-enfant auprès des personnes avec qui ils travaillent et, plus spécifiquement, d'aiguiser leurs habiletés d'observation.

C'était bienvenue la formation. Il me reste beaucoup de choses puisqu'à la faculté des sciences humaines il n'y a pas de cours qui s'inscrivent dans cette perspective-là et les visites à domicile, en tant que travailleur social, cela m'aide beaucoup à bonifier, à approfondir mes connaissances sur la question des relations interpersonnelles, surtout les visites à domicile. – verbatim 4

La situation des familles haïtiennes

Cette deuxième rubrique résume les thèmes associés aux perceptions des participants de la situation des familles haïtiennes. Celle-ci peut être divisée en quatre dimensions : la prévalence du châtiment corporel, la transmission de la violence, la configuration des familles et le contexte de pauvreté.

Prévalence du châtiment corporel

L'élément le plus saillant de la situation des familles fut l'émergence du thème **châtiment corporel**. Ce thème se retrouve, à plusieurs reprises, dans toutes les entrevues. Il est important de mentionner que le châtiment corporel n'était pas un sujet abordé lors de la formation ni dans le canevas des entretiens. Ainsi, il semble que ce soit une préoccupation importante chez les participants.

D'un côté, les participants ont recours à la **normalisation du châtiment corporel** en stipulant que cela fait partie des pratiques éducatives utilisées par certains parents :

Parce que chez moi en fait, dans la plupart des familles ou dans la majorité des cas, le châtiment corporel ça existe et c'est un élément de l'éducation et c'est un élément de correction. – verbatim 1

De l'autre côté, nous avons remarqué un **questionnement** (une remise en question) face à cette pratique. Ils se demandent si le châtiment corporel est pertinent et adéquat pour éduquer son enfant :

Je me demande : si les parents comprennent la réaction de l'enfant. Alors, pourquoi ils le tapent? Moi, c'est une question que je suis en train de me poser. – verbatim 3

En somme, la majorité des parents semble utiliser le châtement corporel pour corriger leurs enfants. Ce faisant, **l'absence de modèle de correction alternatif** favorise le maintien du châtement corporel.

Je fais un effort de ne pas le faire et de dire à mon entourage de ne pas le faire, mais c'est tellement... Lorsque tu es ancré dans cette situation, c'est difficile pour toi, pour moi, de proposer des solutions. – verbatim 5

Transmission de la violence

Plusieurs éléments sont proposés par les participants pour expliquer la perpétuation de cette pratique, notamment un phénomène de **transmission générationnelle**. Ainsi, les parents auraient tendance à élever leurs enfants de la manière dont ils ont eux-mêmes été élevés. Toujours en lien avec le châtement corporel, un participant a mentionné que cette pratique éducative **transcende les classes sociales** et qu'elle serait utilisée autant par les familles riches que par les familles en situation de pauvreté.

Je dois vous dire que moi aussi j'ai été victime. J'ai été victime. C'est quelque chose que la majorité des enfants haïtiens sont victimes. Donc, ça se perpétue de parent à enfant donc, lorsque l'enfant subit des maltraitances et qu'il devient parent. Il reproduit la même chose. – verbatim 5

Au-delà de la dyade parent-enfant, trois participants ont souligné la **transmission de la violence par les pairs** (entre les enfants). Ainsi, le châtement corporel semble avoir un impact plus global sur les relations sociales à l'extérieur du noyau familial.

Les enfants oui, entre les enfants [parlant de la violence physique et verbale]. Parce que le plus souvent, les enfants ont tendance à reproduire ce qu'ils vivent dans la famille. – verbatim 9

L'influence de la culture sur cette transmission n'apparaît pas négligeable. La religion étant un aspect important de la culture en Haïti, il semble que **l'héritage de la religion chrétienne** soit une influence importante, nommée par sept participants :

Je dois vous dire que la majorité des Haïtiens sont chrétiens et ils font même référence à la bible pour justifier le châtement corporel. – verbatim 5

À titre d'exemple, voici ce que l'on peut retrouver dans la Bible : Proverbes 3:12 « Car l'Éternel châtie celui qu'il aime, Comme un père l'enfant qu'il chérit. ».

En somme, la culture et la religion influencent le **regard porté sur l'enfant**. Ce dernier est un autre thème qui ferait obstacle à la relation parent-enfant, englobant lui-même des dimensions plus spécifiques identifiées par tous les participants, notamment : l'autorité du parent face à l'enfant et la perception de l'enfant comme propriété du parent.

C'est un obstacle [la vision de l'enfance], donc je vous parle de la généralité. Y'a certains cas où les enfants sont très épanouis, mais dans la majeure partie des cas, les enfants sont peu favorisés par rapport à notre mode d'éducation, à notre façon de voir la relation entre adulte et enfant. – verbatim 8

Parce qu'ils arrosent [Les parents], ils veulent que les enfants aillent à l'école, ils investissent beaucoup et après ils leur parlent de n'importe quelle façon, leurs disent toute sorte de méchanceté, ils les frappent... Donc, la fleur, la plante elle va pas pousser et s'épanouir. Enfin, même si elle pousse, elle va pousser avec des blessures quoi. – verbatim 10

Tous les participants ont dit qu'il y avait de l'**espoir pour Haïti**, mais que le changement s'inscrira dans la durée. Le thème **lentement, mais sûrement...** résume bien leurs propos. De plus, il a été mentionné que le changement de mentalités (notamment en lien avec le châtiment corporel) doit se faire dès les premiers temps avec l'enfant (relation précoce parent-enfant). L'enfant étant l'avenir du pays.

C'est par la sensibilisation. Au fur à mesure, sensibiliser les parents sur la question. Il y a des changements qu'on va constater, mais ce n'est pas du jour au lendemain. - verbatim 8

Configuration des familles

En parlant des familles haïtiennes, les participants font référence à des **figures d'attachement multiples**. En plus de la mère et du père, le noyau familial est régulièrement composé de certains membres élargis (grands-parents, cousins, cousines, etc.) qui vivent sous le même toit. Qui plus est, dans le cas de certaines familles plus aisées, une nounou s'ajoute à cette configuration. Ainsi, l'utilisation du châtiment corporel ou plus globalement la transmission de la violence semble être perpétuée par l'ensemble des donneurs de soins. Finalement, deux participants ont ajouté **l'absence fréquente du père**, notamment dans le cas où le père ne reconnaît pas l'enfant. En référence à ce thème, les participants mentionnent plus fréquemment intervenir auprès des mères dans le cadre de leur activité de prévention et de promotion de la relation parent-enfant.

Il y a beaucoup de familles, disons, monoparentales. Bon, contrairement dans les autres pays, lorsqu'on dit familles monoparentales, c'est qu'il y a une maman qui est présente et le papa qui n'est pas présent. Mais, il y a toute une famille : la maman, la grand-mère, le grand-père, il y a aussi les tantes, les cousins qui sont présents. Vous voyez? - verbatim 5

Contexte de pauvreté

Tous les participants ont abordé un système de **valeurs culturelles et éducatives de « survie »** pour contextualiser le vécu des familles haïtiennes. En raison du contexte de grande pauvreté, les participants soulignent que « le parent haïtien » investit son enfant en priorisant trois aspects : 1) la réussite scolaire de son enfant en tant que solution potentielle à la précarité, 2) la présence d'un toit pour sa famille, 3) la présence de nourriture sur la table. En raison de ces priorités relatives aux besoins primaires, la dimension affective des liens familiaux passerait au second plan.

Les parents ont des valeurs qui souvent privilégient la survie. Que ce soit du coup, pousser les enfants à être au maximum de leur réussite scolaire et pour pouvoir avoir un avenir assuré. – verbatim 6

Ce contexte (précaire) aurait aussi des répercussions sur les parents, plus particulièrement les mères puisqu'elles s'occupent plus souvent de leurs enfants que les pères. Le thème de la **non-disponibilité des mères, un effet de la précarité** a été abordé par trois participants. Ainsi, plusieurs mères sont occupées à travailler afin de combler les besoins de leurs enfants, mais aussi les leurs. Ce faisant, les préoccupations liées à leur propre survie viennent modifier le regard porté sur l'enfant, le rendant plus à risque de maltraitance :

Dans une localité où il n'y a pas de travail, la situation est très, très difficile. Donc, si l'enfant devient comme un poids pour la maman, donc l'enfant subit toutes sortes de maltraitances. – verbatim 5

Il semble également que le **manque de ressource**, notamment au niveau de l'État, limite la possibilité d'implanter un programme de visites à domicile, aussi bénéfique soit-il. Le contexte d'urgence dans lequel le pays est plongé dérobe le temps nécessaire au changement de mentalités.

On manque de fonds, on manque de moyens... Haïti c'est un petit peu comme un pays où y'a un feu à chaque coin de rue, donc on ne sait plus où il faut éteindre en premier. – verbatim 6

L'utilité des visites à domicile

Cette troisième rubrique regroupe les thèmes liés à l'intervention en contexte haïtien, plus spécifiquement l'utilité des visites à domicile axées sur l'attachement précoce parent-enfant. Trois dimensions sont distinguées : l'apport personnalisé des visites à domicile, le paradoxe de l'autorité en Haïti et la transmission parallèle du savoir.

L'apport personnalisé des visites à domicile

Compte tenu du contexte culturel ardu dans lequel se tissent les relations parents-enfants, tous ont souligné la pertinence des visites à domicile axées sur l'attachement précoce parent-enfant, plus spécifiquement l'importance du **lien personnalisé investi avec l'intervenant** et la **profondeur des visites à domicile**. En ce sens, les visites à domicile permettraient de s'adapter à la singularité des mères (croyances, attitudes, compétences parentales) et de leur situation (réseau social, ressources et pauvreté).

Les visites à domicile pour moi elles sont indispensables. Le contact du professionnel avec la mère et son enfant, c'est indispensable. Parce que chaque cas est unique, donc toutes les mères ne se reconnaîtront pas dans les messages qu'elles entendront à la télé ou à la radio. Il faut vraiment qu'il y ait quelque chose, une intervention personnalisée. – verbatim 6

Les visites à domicile permettent de voilà, plus en profondeur de voir exactement le problème et comment réagir sur le problème. Et faire une présentation, ça reste dans le cadre d'un travail un peu au-dessus, c'est-à-dire la plaie reste en bas. – verbatim 2

De plus, les propos tenus par ces participants distinguent les visites à domicile d'autres modalités de changement de mentalités, notamment sur le plan du châtiement corporel, qui seraient potentiellement moins efficaces; même si l'on peut rejoindre davantage de personnes par la radio par exemple.

Le paradoxe de l'autorité en Haïti

Quant à sa mise en place, les participants proposent de **respecter la hiérarchie limitante** : ils suggèrent de passer par les structures d'intervention existantes (gouvernement et ONG). Toutefois, les participants savent que les ressources étatiques actuelles sont insuffisantes. Ce rapport à la hiérarchie est également présent au sein des localités. Ainsi, avant de faire une intervention, les participants recommandent de passer par les figures d'autorité : *Assemblée de la*

section communale (ASEC), leaders de quartier, pasteurs, directeur d'école, ou tout autre supérieur immédiat.

Faudrait que ça passe par le Ministère de la Santé et de la Solidarité pour qu'il fasse partie de l'État. Malheureusement, il n'y a pas beaucoup de fonctions publiques qui existent en Haïti. – verbatim 6

De plus, le paradoxe d'**Haïti en tant que population assistée** a été souligné par un participant. En effet, l'autorité semble plus « extérieure » qu'« intérieure » en Haïti. Cela s'explique en partie par le pouvoir attribué aux ONG, c'est-à-dire que la population dépend de ces instances pour de nombreux services, notamment les soins de santé essentiels. Ainsi, face à un pouvoir officiel (étatique) impuissant, et un pouvoir étranger dont on veut s'émanciper, il est difficile de trouver une structure responsable d'implanter les visites à domicile.

Pour moi, les Haïtiens ils doivent apprendre à s'occuper des Haïtiens. Ça ne peut pas être des ONG étrangères qui viennent faire ce travail. Il y a cette habitude ici aussi que ce soit les Blancs, alors les Blancs sont tous les étrangers confondus, les Blancs sont ceux qui détiennent le savoir et sont ceux qui font tout. Alors, c'est comme une forme de population assistée. En même temps, ils détestent être assistés, et en même temps, ils l'entretiennent cet assistanat. Et moi, je pense qu'aujourd'hui, il faut qu'Haïti devienne... vraiment qu'il prenne sa souveraineté, puisqu'il a voulu être indépendant comme pays. – verbatim 6

La transmission parallèle du savoir

Tous les participants ont transmis les connaissances apprises dans le cadre de la formation de manière proximale et plus ou moins informelle. Ainsi, un phénomène que nous avons qualifié de « **transmission de la bonne nouvelle** » fut observé. De manière métaphorique, ce thème fait référence à l'importante place qu'occupe la religion au sein de la société haïtienne. Les participants ont diffusé les apprentissages relatifs à l'attachement précoce parent-enfant dans leur communauté, leur voisinage, ainsi qu'auprès des membres de leur famille. Plus précisément, dans leur milieu, les participants ont identifié des lieux qui pourraient devenir des vecteurs importants de diffusion d'informations et de connaissances :

La famille

Je le pratique avec mon petit garçon. Ensuite, avec ma femme aussi. Je lui dis la façon dont elle doit se tenir, se comporter avec mon tout petit garçon. Ensuite, avec sa sœur qui a un petit garçon. Il y a une autre sœur qui a deux petits garçons. J'ai partagé ça avec tout le monde, aux réunions familiales. – verbatim 7

Le voisinage

J'ai parlé dans la communauté avec deux jeunes mamans. Et l'une qui avait une petite fille qui ne faisait pas vraiment attention avec sa fille. J'ai parlé avec elle en tant qu'ami pour lui expliquer comment elle devait agir avec son enfant. – verbatim 2

L'école

Mais quand il y a réunion avec les parents, j'essaie de trouver une petite place juste pour leur parler de certaines pratiques qu'il faudrait repenser par rapport aux enfants.

L'église

J'ai présenté une présentation dans une assemblée chrétienne présentée avec des jeunes parents. Et c'était maman et papa, comment ils devraient se comporter avec leurs enfants dans des situations. C'est-à-dire, des enfants de 6 à 10-12 mois, comment ils devaient agir pour resserrer le lien d'attachement avec leurs enfants. – verbatim 2

En somme, nous avons remarqué que les interventions des participants diffèrent d'un lieu à l'autre. Ainsi, la transmission du savoir se fait de manière plus didactique ou magistrale à l'église et dans les lieux plus proximaux (la famille, le voisinage ou l'église) les interventions sont plus directes, davantage dans le vif de l'action.

La **posture de l'intervenant**, humble plutôt que directive semble faciliter les visites à domicile. Ce thème contraste avec la manière directive dont la plupart des participants ont diffusé les connaissances de la formation (p.ex. conférence magistrale dans les églises et explications de « comment faire » avec l'enfant).

Je me dis que ça dépend beaucoup de la posture de l'intervenant. C'est-à-dire, que les formatrices qu'on a eues, on a vu qu'elles arrivaient avec beaucoup d'humilité. Y'avait pas de jugements, y'avait vraiment beaucoup de bienveillance et il faut qu'on arrive à former nos intervenants ici comme ça. – verbatim 6

De plus, nous avons noté une volonté de transmission présente chez tous les participants. Celle-ci s'est notamment traduite par une tendance à **retourner vers leur communauté d'origine** (leur propre famille). Le fait que plusieurs participants étaient en ville pour leur carrière ou leurs études explique peut-être la récurrence de ce thème.

J'ai choisi ce lieu-là, parce que mes grands-parents sont de ce côté-là. En fait, j'ai toujours été voir mes grands-parents, ma grand-mère, ainsi que sa famille. J'ai une bonne relation avec cette communauté-là. En fait, quand j'ai l'occasion de visiter cette localité, à chaque fois, je vais aller voir les jeunes, les enfants. – verbatim 4

Dans un autre ordre d'idées, quatre participants ont proposé de mettre sur pied un **centre de jour en tant qu'institution**, soit une intervention complémentaire aux visites à domicile qui serait potentiellement bénéfique. Ce service n'est actuellement pas disponible en Haïti. En effet, le fait d'accueillir des parents au sein d'une organisation reconnue par la communauté permettrait d'assurer une certaine pérennité des services et de rejoindre les parents réfractaires aux visites à domicile (potentiellement intrusives pour certains parents, en particulier chez la population plus aisée).

Enfin il peut y avoir des visites à domicile, mais je pense que ce soit important qu'il ait des centres d'accueil de jour par exemple où elles [les mères] pourraient trouver un encadrement, une aide, des conseils, etc. – verbatim 6

Ces parents-là ou ces enfants-là, doivent avoir un repère. – verbatim 3

La dimension de la **réceptivité des parents versus de la non-réceptivité** a également été abordée par six participants. Ce dernier point soulève la question de la légitimité de l'intervenant qui évoque ici les réticences entre les différentes strates de la société (scissure entre les plus aisées et les plus pauvres). De fait, les habitudes, les préjugés et les attitudes de la population sont susceptibles de changer selon le niveau socio-économique. Ainsi, il semble que cela dépende en partie de la formation et de la compétence perçue chez les intervenants responsables de faire les visites à domicile.

Les parents, ils seraient réceptifs aux conseils des professionnels? Dans le cas des visites à domicile par exemple?

Oui, parce que vous êtes un professionnel et le parent saura vous écouter. Non, parce que ce « non » est lié à l'aspect culturel. D'habitude, conseiller le parent sur une question où il y a beaucoup de tabous, cela peut poser problème. Il va vous donner du fil à retordre. – verbatim 8

La **formation des intervenants** semble jouer un rôle central dans la question de la réceptivité des parents qui, de nouveau, diffère en fonction des classes sociales. De fait, la haute société ne reconnaîtrait pas la compétence des assistants sociaux qui ont un niveau d'éducation plus faible et peu de pouvoir.

Disons qu'aller dévoiler leurs intimités avec quelqu'un comme ça, non. [...] ils [les parents] risquent de ne pas faire confiance dans la compétence de l'assistant social, voilà le problème. – verbatim 6

Discussion

La présente étude s'inscrit dans l'approche préventive et la promotion de la santé, plus spécifiquement il s'agit de prévenir les difficultés des familles comme la violence intra familiale et promouvoir l'attachement parent-enfant en Haïti. Les objectifs de cette étude visaient à : (1) évaluer les retombées d'une formation axée sur l'attachement précoce parent-enfant et les visites à domicile auprès de professionnels et d'intervenants communautaires, et (2) explorer la pertinence des visites à domicile axées sur l'attachement parent-enfant. L'analyse thématique des données a démontré des bénéfices professionnels et personnels chez les participants. D'une part, la nouveauté des informations présentées, soit la complémentarité avec leur formation générale, fut fort appréciée. Ainsi, l'aspect des visites à domicile, volet qui n'est pas couvert dans le cursus académique en psychologie et en travail social en Haïti, leur a permis de développer de nouveaux outils afin de mieux intervenir dans un contexte relationnel auprès des familles avec qui ils travaillent, notamment en aiguisant leurs habiletés d'observation. D'autre part, les participants ont mentionné être plus sensibles aux « signaux » des enfants dans leur entourage et davantage conscients de l'impact de leur comportement. Ils rapportent également des bénéfices au sein de leur famille puisque la théorie de l'attachement leur a permis de mieux comprendre les interactions avec des personnes significatives dans leur vie et même de s'observer eux-mêmes et d'apprendre à se connaître.

Compte tenu du contexte des entrevues, soit le fait qu'elles aient été réalisées à distance avec un étranger (personne n'appartenant pas au groupe culturel des Haïtiens), une dynamique Nous-Eux s'est installée entre l'interviewer et les participants. De fait, l'utilisation de termes comme : « *le parent haïtien* », « *l'Haïtien* » ou « *la famille haïtienne* » se retrouve fréquemment dans les verbatim pour expliquer la réalité ou les particularités culturelles d'Haïti au chercheur. Cette tendance fait en sorte qu'il peut y avoir une plus grande généralisation des propos tenus par les participants à l'ensemble des Haïtiens; un propos qui aurait pu être nuancé pour un interlocuteur haïtien. Aussi, on peut penser, à l'inverse, que la pudeur et le désir de ne pas encourager les préjugés auraient soutenu un discours plus nuancé sur la population haïtienne, au regard de l'Étranger. En somme, nous devons tenir compte de cette dynamique particulière qui a sans doute influencé la prévalence de certains thèmes, notamment la problématique du châtement corporel qui apparaît comme une préoccupation importante chez les participants.

Le châtement corporel semble avoir un impact tellement important au sein de la relation parent-enfant qu'il fut abordé spontanément, par tous les participants, souvent dès le début des entretiens. Son émergence dans le discours des participants est cohérente avec la littérature à ce sujet qui relate une forte prévalence de la violence familiale et infantile en Haïti (Flynn-O'Brien et al., 2016). En lien avec l'utilisation du châtement corporel, nos résultats soulignent la présence d'un double discours. D'un côté, cette pratique est normalisée; décrite comme une « méthode de correction » culturellement adoptée. De l'autre côté, elle est remise en question par la population. L'impact de ce double discours se manifeste dans un conflit interne vécu chez les parents : la transmission générationnelle s'oppose à leur désir de faire autrement. Les participants sensibilisés grâce à la formation sur l'attachement parent-enfant ont appliqué ces connaissances dans leur vie personnelle et les ont ensuite diffusées dans leur communauté. Autrement dit nos résultats suggèrent que le processus de changement de mentalités s'amorce, d'abord chez soi, et ensuite auprès de la population. Nous remarquons que cette négociation entre transmission culturelle et savoir divergent ne va pas de soi. Les propos d'un participant en témoignent : « Je fais un effort de ne pas le faire », « Lorsque tu es ancré dans cette situation, c'est difficile pour toi, pour moi, de proposer des solutions ». Ainsi, l'effort nécessaire au changement de mentalités traduit le manque de modèle éducatif alternatif au châtement corporel au sein de la culture haïtienne.

Cette étude soulève également des questionnements quant à la vision de l'enfance au sein de la culture haïtienne. La propension au châtement corporel tend vers une objectivation de l'enfant (l'enfant considéré comme objet). Ainsi, travailler l'attachement dans la relation parent-enfant, tel que proposé par les visites à domicile, s'oppose à « l'enfant objet » et suggère de voir l'enfant comme sujet, porteur de ses propres besoins et ses propres désirs à reconnaître par le parent. Ce changement de paradigme a pu être observé après la formation. En ce sens, des participants rapportaient être plus à l'écoute des « signaux » de l'enfant, témoignant de l'importance de la communication entre parent-enfant. Notons également le contraste entre l'agir et la parole qui, dans le châtement corporel se traduit par une mise en acte de la frustration du parent envers son enfant (Raoult, 2006) au détriment de la communication parent-enfant. Un participant l'illustre bien par ses propos : « si les parents comprennent la réaction de l'enfant. Alors, pourquoi ils le tapent? ». Ce faisant, beaucoup de parents n'entrent pas en dialogue avec leurs enfants, donc ils sont plus susceptibles de passer à l'acte (agir leur frustration par le châtement corporel).

Toutefois, une loi en Haïti interdit le châtement corporel envers les enfants depuis 2001 (République d'Haïti, 2001). Ainsi, il semble que les institutions en Haïti sont sensibilisées à cette problématique. De plus, pour donner suite à la Déclaration des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, des organisations internationales comme l'UNICEF ont vu le jour (Moody, 2015). L'UNICEF est actuellement impliquée en Haïti afin de promouvoir les droits des enfants (UNICEF, 2018). Malgré la sensibilisation des institutions (haïtiennes et mondiales), un important travail reste à effectuer au niveau de l'application de cette loi en Haïti, mais aussi pour changer les mentalités (Lamaute-Brisson, 2015; Trouillot-Lévy, 2013). Ainsi, tel que le suggèrent nos résultats, intervenir plus directement auprès de la population semble une manière efficace de promouvoir les droits des enfants et la relation d'attachement parent-enfant afin de réduire la violence domestique qui touche plus sévèrement les femmes et les enfants (Ardila-Gómez et al., 2015; Lecomte et Raphaël, 2010).

L'impact des conditions de vie sur la relation parent-enfant ne pouvant être évacué, le manque de ressources financières et les nombreux besoins de la population sont des limites importantes qui restreignent le pouvoir d'agir des citoyens et plus globalement de l'État. Pour reprendre les propos d'un participant : « Parce qu'on manque de fonds, on manque de moyens... Haïti c'est un petit peu comme un pays où y'a un feu à chaque coin de rue, donc on sait plus où il faut éteindre en premier ». En ce sens, compte tenu du contexte d'urgence dans lequel la population est régulièrement ramenée (catastrophes naturelles et instabilité politique), il est difficile d'identifier les interventions à prioriser. De plus, considérant que près de 80% de la population peine à répondre à ses besoins de base (World Bank, 2017), il est possible que certains parents (en situation d'extrême pauvreté) soient moins réceptifs à une intervention ciblant la relation parent-enfant puisque ce travail d'ordre « psychologique » nécessite une certaine disponibilité (McLeod, 2007). De plus, la mention de valeurs culturelles et éducatives de « survie » est largement relevée au sein des résultats. Ainsi, le contexte de vie (particulièrement précaire, pour une majorité de la population) engendre la priorisation des préoccupations parentales, et constitue un obstacle potentiel au développement de la relation affective parent-enfant. Le rôle du parent donneur de soins (plus souvent les mères) consisterait d'abord à répondre aux besoins fondamentaux des enfants (nourriture, toit), et leur assurer un avenir meilleur (valorisation des études) (Joint, 2006). Par conséquent, les besoins relationnels et affectifs se retrouveraient en quelque sorte déclassés. De plus, de nombreuses études relatent le

contexte ardu de la maternité en Haïti. En effet, la monoparentalité des mères est de plus en plus fréquente dans la région des Caraïbes, ce qui augmente leur charge de travail et leurs responsabilités (Garcia, Bucher-Maluschke, Pérez-Angarita, Vargas-Velez et Pereira, 2016). Les normes sexuelles traditionnelles, caractérisées par une attitude de domination des hommes par rapport aux femmes, sont répandues en Haïti. Elles sont associées à plus de violence physique, psychologique, sexuelle et économique chez la femme (Gage et al., 2006; Kershaw et al. 2006). En somme, les résultats de cette étude vont dans le sens de la littérature. Il s'agirait de répondre aux besoins des parents, mais plus spécifiquement, de favoriser les interventions de soutien à la santé mentale et physique des mères, notamment en augmentant l'accès aux soins de santé maternelle, en augmentant l'accès aux services psychosociaux et en s'attaquant aux conditions de précarité (Wagenaar, Hagaman, Kaiser, McLean et Kohrt, 2012).

Un autre facteur culturel jouant un rôle central dans la relation parent-enfant est la religion. En effet, plusieurs familles en Haïti sont chrétiennes, mais la spiritualité en Haïti est influencée par une multitude de traditions issues de religions diverses, notamment la religion vaudoue (Organisation Mondiale de la Santé, 2010). Plus spécifiquement, la chrétienté a été identifiée comme un facteur participant à la perpétuation du châtement corporel en Haïti. En ce sens, celle-ci semble encadrer la relation parent-enfant en proposant une manière d'éduquer son enfant; de fait, certains parents feraient référence à la Bible pour justifier certaines pratiques. En conséquence, il semble y avoir une influence des croyances religieuses sur les attitudes envers le châtement corporel (Ellison et Bradshaw, 2009). Ainsi, la place accordée au châtement corporel au sein des familles est susceptible de varier en fonction des croyances des parents.

Paradoxalement, la faiblesse et l'impuissance de l'État d'Haïti ne sauraient empêcher la société haïtienne de respecter la hiérarchie en place (incarnée également par les ONG) (Kivland, 2012). Ainsi, l'autorité apparaît plus extérieure qu'intérieure. Ce rapport particulier à l'autorité s'est traduit par des « freins » lors de la mise en place d'actions proximales (p.ex. demander la permission à un supérieur avant de prendre une initiative). Certaines instances, prenant différents visages en fonction du contexte, ont été identifiées : l'État d'Haïti, les ONG, l'Assemblée de la section communale (ASEC), le directeur de l'école, le pasteur de la paroisse, etc. Parmi ces différents niveaux de pouvoir, certains semblent plus accessibles, comme dans le cas d'un participant qui s'est adressé au pasteur de sa localité pour organiser une activité de sensibilisation

à l'attachement parent-enfant. Le paradoxe du rapport à l'autorité se retrouve aussi dans l'importante scissure entre les régions rurales (plus pauvres) et urbaines (plus riches) en Haïti. En conséquence, les interventions, pour être crédibles et effectives, doivent être menées par des interlocuteurs valables pour la population visée, donc des interventions adaptées à chaque strate de la population (Lamaute-Brisson, 2013).

Une des principales retombées observées à la suite de la formation fut la mise en place d'actions proximales. Tous les participants interviewés ont diffusé les connaissances qu'ils avaient apprises dans différents lieux rassembleurs (la famille, le voisinage, l'école et l'église) : phénomène que nous avons qualifié de « transmission de la bonne nouvelle ». Il semble plus facile d'utiliser la formation ainsi, c'est-à-dire encourager les actions proximales des participants, notamment afin de contourner l'obstacle du respect de la hiérarchie en place, à commencer par l'État. En effet, compte tenu du contexte social et politique en Haïti, imaginer une structure qui pourrait se charger des activités de sensibilisation de manière pérenne et contingente aux facteurs socioculturels demeure complexe (est-ce l'État, les ONG, les organismes privés? etc.). Plus précisément, les actions proximales semblent pallier cet obstacle. Ainsi, à la lumière des résultats, cette étude suggère d'intervenir à deux niveaux. D'abord, les interventions proximales assurent la transmission d'un savoir (issu de formations ou de groupes de discussion) en termes de compétences parentales (savoir-faire). Ensuite, les visites à domicile (travail davantage personnalisé) permettent de répondre à des besoins plus spécifiques de nature relationnelle (savoir-être), tout en tenant compte de la complexité et la singularité de la situation de chacun. Ces deux niveaux d'intervention se soutiennent mutuellement, c'est-à-dire que changer la mentalité d'un parent sans s'adresser aussi à son environnement serait insuffisant. À l'image du *Modèle d'interaction sociale* de transfert des connaissances de Dagenais et Robert (2012), l'approche de cette intervention favorise un contact soutenu entre les différents acteurs, où le savoir expérientiel et le savoir théorique sont intégrés dans une action conjointe.

Outre la transmission de connaissances et ses bénéfices, cette formation a permis aux intervenants, de différents milieux et classes sociales, d'échanger sur leur réalité. En effet, la disparité entre les milieux urbains et ruraux fait partie des défis liés à l'intervention pré et périnatale en Haïti (Alexandre, Saint-Jean, Crandall et Fevrin, 2005). Compte tenu de l'organisation actuelle des services, parfois limitée par la hiérarchie en place, cette étude suggère

d'utiliser les ressources élaborées « par » et « pour » les Haïtiens, en référence au concept d'empowerment (Rowlands, 1995). Ainsi, cette étude pointe vers une élaboration citoyenne des services psychosociaux. L'organisme GROSAME représente une mise en action de cette approche. En effet, GROSAME rejoint cette alliance entre les groupes de compétences parentales (savoir-faire) et les visites à domicile (savoir-être) (Gilbert et al., 2016). De plus, GROSAME offre des formations sur la santé mentale à des intervenants locaux appelés des « agents de changement de milieu » (Lecomte et Raphaël, 2010). Connaissant leur milieu, ces agents sont à même de cibler les interventions potentiellement bénéfiques en fonction des besoins de leur communauté. Plus encore, ils jouent le rôle de leaders (informels) dans leur milieu; ce qui respecte la hiérarchie en place, mais qui est, dans ce contexte, favorable au changement de mentalités.

En terminant, malgré les défis, tous les participants ont affirmé avoir de l'espoir pour Haïti. Selon eux, un changement de mentalités est possible, mais il s'inscrira dans la durée. Ils soulignent que les petites actions au sein de la communauté (actions proximales), comme les campagnes de promotion de la relation d'attachement parent-enfant et de prévention de la violence intra familiale (châtiment corporel entre autres) permettront de sensibiliser davantage de parents à l'importance d'établir une bonne relation parent-enfant, puisque les enfants sont l'avenir du pays, et par le fait même, il est important d'en prendre soin.

Conclusion

En conclusion, le principal apport de cette étude est l'appropriation du contenu de la formation chez les participants, notamment dans la mise en place des actions proximales. Les résultats confirment l'importance d'évaluer l'impact et l'adéquation d'une formation et de remettre en question les visées de celle-ci, plus particulièrement en étant plus ouverts aux modalités singulières d'appropriation d'un savoir selon la culture. Ainsi, il apparaît nécessaire de tenir compte du groupe social visé et des caractéristiques du milieu (p.ex. région rurale, urbaine, situation socio-économique, croyances, valeurs, etc.) afin de proposer des activités de promotion et de prévention qui soient contingentes aux facteurs socioculturels.

Il est aussi important de considérer les limites de cette étude. D'abord, la perception des professionnels (le plus souvent issus de classes sociales favorisées) pourrait ne pas correspondre

à la réalité des familles en situation de précarité, puisque plus distancée, dû au contexte social d'une certaine scission de la population (Lamaute-Brisson, 2013). Dans le cadre d'une prochaine étude, il serait pertinent d'aller rejoindre directement ces familles. Mentionnons également que le présent projet s'est limité à témoigner de la formation, suggérant les potentiels bénéfiques des visites à domicile axées sur l'attachement parent-enfant, mais sans toutefois les évaluer de façon concrète. Néanmoins, nous avons mis à l'épreuve cette formation, notamment son impact sur les intervenants communautaires dans le cadre des visites à domicile au sein de l'organisme GROSAME qui fera l'objet d'une autre étude.

Références

- Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American psychologist*, 34(10), 932.
- Alexandre, P. K., Saint-Jean, G., Crandall, L. et Fevrin, E. (2005). Prenatal care utilization in rural areas and urban areas of Haiti. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 84-92.
- Allard-Poesi, F. et Perret, V. (2003). *La Recherche-Action*. Repéré à : <https://hal-upec-upem.archives-ouvertes.fr/hal-01490609>
- Ardila-Gómez, S., Lugo-Palacios, D. G. et Vargas-Palacios, E. (2015). Relier la recherche et les politiques en Amérique latine et dans les Caraïbes: le cas de la violence. *Global Health Promotion*, 22(1), 74-76.
- Barnett, D., Kidwell, S. L. et Leung, K. H. (1998). Parenting and preschooler attachment among low-income urban African American families. *Child development*, 69(6), 1657-1671.
- Blanchet, L., Laurendeau, M. C., Paul, D. et Saucier, J. F. (1993). La prévention et la promotion en santé mentale : Préparer l'avenir, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur.
- Bolton, P., Surkan, P. J., Gray, A. E. et Desmousseaux, M. (2012). The mental health and psychosocial effects of organized violence: A qualitative study in northern Haiti. *Transcultural psychiatry*, 49(3-4), 590-612.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American journal of psychiatry*, 145(1), 1.
- Brown, G. L., Gustafsson, H. C., Mills-Koonce, W. R. et Cox, M. J. (2017). Associations between early caregiving and rural, low-SES, African-American children's representations of attachment relationships. *Attachment & human development*, 19(4), 340-363.
- Cayemittes, M., Fatuma Busangu, M., Bizimana, J. D., Barrère, B., Sévère, B., Cayemittes, V. et Charles, E. (2013). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti. Calverton, Maryland, USA : MSPP, IHE et ICF International. Repéré à : <http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/EMMUS%20V%20web.pdf>
- Central Intelligence Agency. (2017). *The World Factbook — Central Intelligence Agency*. Repéré à : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2103.html#ha>
- Cénat, J. M., Derivois, D. et Karray, A. (2017). Psychopathologie de la mort et de la survivance en Haïti. *Psychothérapies*, 37(1), 7-17. doi : 10.3917/psys.171.0007

- Dagenais, C. et Robert, E. (2012). *Le transfert des connaissances dans le domaine social*. Montréal, QUÉ : Les presses de l'Université de Montréal.
- Dugravier, R., Tubach, F., Saias, T., Guedeney, N., Pasquet, B., Purper-Ouakil, D., ... et Greacen, T. (2013). Impact of a manualized multifocal perinatal home-visiting program using psychologists on postnatal depression: the CAPEDEP randomized controlled trial. *PloS one*, 8(8), e72216.
- Edmonds, K. (2013). Beyond good intentions: The structural limitations of NGOs in Haiti. *Critical Sociology*, 39(3), 439-452.
- Ellison, C. G. et Bradshaw, M. (2009). Religious beliefs, sociopolitical ideology, and attitudes toward corporal punishment. *Journal of Family Issues*, 30(3), 320-340.
- Fawzi, M. S., Lambert, W., Singler, J. M., Tanagho, Y., Leandre, F., Nevil, P., ... et Jeannis, L. (2005). Factors associated with forced sex among women accessing health services in rural Haiti: implications for the prevention of HIV infection and other sexually transmitted diseases. *Social science & medicine*, 60(4), 679-689.
- Flynn-O'Brien, K. T., Rivara, F. P., Weiss, N. S., Lea, V. A., Marcelin, L. H., Vertefeuille, J. et Mercy, J. A. (2016). Prevalence of physical violence against children in Haiti: a national population-based cross-sectional survey. *Child abuse & neglect*, 51, 154-162.
- Fondation Paul Gérin-Lajoie. (2018). *Appui prénatal, périnatal, postnatal et nutritionnel (A3PN) – Haïti*. Repéré à : <https://fondationpjl.ca/accueil/outre-mer/haiti/>
- Frisse, N. (2010). Haïti: la nouvelle vocation humanitaire des forces armées?. *Revue internationale et stratégique*, (3), 57-62.
- Gage, A. J. (2005). Women's experience of intimate partner violence in Haiti. *Social science & medicine*, 61(2), 343-364.
- Gage, A. J. et Hutchinson, P. L. (2006). Power, control, and intimate partner sexual violence in Haiti. *Archives of sexual behavior*, 35(1), 11-24.
- Garcia, A., Bucher-Maluschke, J. S. N. F., Pérez-Angarita, D. M., Vargas-Velez, Y. E. et Pereira, F. N. (2016). Couple and Family Relationships in Latin American Social Comparative Studies. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 10(2), 109-124.
- Gilbert, G. et Gilbert, S. (sous presse). Exploration de l'expérience de la maternité chez des jeunes femmes haïtiennes issues du milieu rural: enjeux économiques, culturels et affectifs. *Alterstice - Revue Internationale de la Recherche Interculturelle*.
- Gilbert, S., Benjamin, F., Da, J. L., Toussaint, J. M. et Lecomte, Y. (2016). Perspectives sur la résilience... collective: créer un réseau communautaire en santé mentale à Grand-Goâve, Haïti. Répété à : <http://grosamegrandgoave.com/wp-content/uploads/2016/01/6.-Gilbert-et-al..pdf>

- Gómez, A. M., Speizer, I. S. et Beauvais, H. (2009). Sexual violence and reproductive health among youth in Port-au-Prince, Haiti. *Journal of Adolescent Health, 44*(5), 508-510.
- GROSAME. (2018). *Développement d'un réseau de services communautaires informels en santé mentale destinés à aider les victimes de violence infantile familiale sous la responsabilité d'un groupe d'aidants naturels en Haïti*. Repéré à : <http://grosamegrandgoave.com/>
- Greacen, T., Welniarz, B., Purper-ouakil, D., Wendland, J., Dugravier, R., Saïas, T., ... et Guedeney, A. (2017). Best practice in individual supervision of psychologist working in the French CAPEDP prevention perinatal home-visiting program: results of a delphi consensus process. *Infant mental health journal, 38*(2), 267-275.
- Han, A. et Stewart, D. E. (2014). Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 124*(1), 6-11.
- Howat, P., Maycock, B., Cross, D., Collins, J., Jackson, L., Burns, S. et James, R. (2003). Towards a more unified definition of health promotion. *Health Promotion Journal of Australia, 14*(2), 82-85.
- Joint, L. A. (2006). Système éducatif et inégalités sociales en Haïti. *République française*. Repéré à : <http://web.espe-guadeloupe.fr/wp-content/uploads/2015/10/N%C2%B02-2008.pdf#page=17>
- KANPE. (2018). *Programme intégré*. Repéré à : <http://kanpe.org/nos-actions/programme-integre/>
- Katz, K. S., Jarrett, M. H., El-Mohandes, A. A., Schneider, S., McNeely-Johnson, D. et Kiely, M. (2011). Effectiveness of a combined home visiting and group intervention for low income African American mothers: the pride in parenting program. *Maternal and child health journal, 15*(1), 75-84.
- Kershaw, T. S., Small, M., Joseph, G., Theodore, M., Bateau, R. et Frederic, R. (2006). The influence of power on HIV risk among pregnant women in rural Haiti. *AIDS and Behavior, 10*(3), 309-318. <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9072-z>
- Kishor, S. et Johnson, K. (2006). Reproductive health and domestic violence: Are the poorest women uniquely disadvantaged?. *Demography, 43*(2), 293-307.
- Kivland, C. L. (2012). Unmaking the state in “occupied” Haiti. *PoLAR: Political and Legal Anthropology Review, 35*(2), 248-270.
- Lamaute-Brisson, N. (2013). Systèmes de protection sociale en Amérique latine et dans les Caraïbes: Haïti. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4074/1/S2013195_fr.pdf

- Lamaute-Brisson, N. (2015). Promotion et protection sociale de l'enfance et de l'adolescence en Haïti.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37776/S1420892_fr.pdf?sequence=1
- Laroche, A. (2013). *Haïti-Éducation : Les châtiments corporels à l'écoles, l'autre problème du système*. Repéré à <http://www.hpnhaiti.com/site/index.php/societe/9688-haiti-education-les-chatiments-corporels-a-lecoles-lautre-probleme-du-systeme>
- Lavoie, F. et Brunson, L. (2010). La pratique de la psychologie communautaire. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 51(2), 96.
- Lecomte, Y. et Raphaël, F. (2010). Les modèles d'intervention dans une politique de santé mentale en Haïti. *Revue haïtienne de santé mentale*, 2, 13-30.
- Lecomte, Y. et Raphaël, F. (2010). Santé mentale en Haïti: une action conjointe. *Santé mentale au Québec*, 35(1), 7-13.
- Lecomte, Y. et Raphaël, F. (2010). Plaidoyer pour une politique de santé mentale en Haïti (un projet de société). *Santé Mentale en Haïti*, 1, 43-63.
- Le Foll, J. et Guedeney, A. (2014). Visites à domicile préventives périnatales dans les familles à problèmes multiples: efficacité et limites. *Devenir*, 26(1), 59-72. Doi : 10.3917/dev.141.0059
- Luzincourt, K. et Gulbrandson, J. (2010). Education and conflict in Haiti. *United States Institute of Peace*. Repéré à : <file:///C:/Users/lance/Downloads/Education-and-Conflict-in-Haiti.pdf>
- Ma, J., Han, Y., Grogan-Kaylor, A., Delva, J. et Castillo, M. (2012). Corporal punishment and youth externalizing behavior in Santiago, Chile. *Child abuse & neglect*, 36(6), 481-490.
- McLeod, S. (2007). Maslow's hierarchy of needs. *Simply Psychology*, 1.
<http://highgatecounselling.org.uk/members/certificate/CT2%20Paper%201.pdf>
- Moody, Z. (2015). La fabrication internationale des droits de l'enfant: genèse de la Déclaration des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (1946-1959). *Relations internationales*, (1), 65-80.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 250.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Stratégie de coopération : un aperçu*. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258929/1/ccsbrief_hti_fr.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Pauvreté et Santé*. Repéré à <http://www.who.int/hdp/poverty/en/#>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2004). *Investir dans la Santé Mentale*. Repéré à : http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHBr8.pdf

- Organisation Mondiale de la Santé. (2010). Culture and mental health in Haiti: A literature review. Repéré à : http://www.who.int/mental_health/emergencies/culture_mental_health_haiti_eng.pdf
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4e éd. Paris: Armand Colin.
- Partners in Health. (2018). *Programs*. Repéré à <https://www.pih.org/programs>
- Peacock, S., Konrad, S., Watson, E., Nickel, D. et Muhajarine, N. (2013). Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC public health*, 13(1), 17.
- Pierre, A., Minn, P., Sterlin, C., Annoual, P., Jaimes, A., Raphaël, F., ... et Kirmayer, L. (2010). Culture et santé mentale en Haïti: une revue de littérature. *Santé mentale au Québec*, 35(1), 13-47.
- Raoult, P. A. (2006). Clinique et psychopathologie du passage à l'acte. *Bulletin de psychologie*, (1), 7-16.
- Raphaël, F. (2010). Réflexions sur la santé mentale dans une nouvelle Haïti. *Revue haïtienne de santé mentale*, 1, 157-165.
- République d'Haïti. (2001). *Corps législatif : loi interdisant les châtiments corporels contre les enfants*. Repéré à http://haitijustice.com/pdf/legislation/chatiments_corporels_enfants_haitijustice.pdf
- Rowlands, J. (1995). Empowerment examined. *Development in practice*, 5(2), 101-107. <http://dx.doi.org/10.1080/0961452951000157074>
- Saïas, T. (2009). Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. *Pratiques psychologiques*, 15(1), 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2008.03.005>
- Schuller, M. (2009). Gluing globalization: NGOs as intermediaries in Haiti. *PoLAR: Political and Legal Anthropology Review*, 32(1), 84-104. doi : 10.1111/j.1555-2934.2009.01025.x
- Schuller, M. (2007). Invasion or infusion? Understanding the role of NGOs in contemporary Haiti. *Journal of Haitian Studies*, 96-119.
- Small, M. J., Gupta, J., Frederic, R., Joseph, G., Theodore, M. et Kershaw, T. (2008). Intimate partner and nonpartner violence against pregnant women in rural Haiti. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 102(3), 226-231.
- Stubbs, J. M., et Achat, H. M. (2016). Sustained health home visiting can improve families' social support and community connectedness. *Contemporary nurse*, 52(2-3), 286-299. <http://dx.doi.org/10.1080/10376178.2016.1224124>
- Tereno, S., Guedeney, N., Dugravier, R., Greacen, T., Saïas, T., Tubach, F. et Guédeney, A. (2013). Implementation and assessment of an early home-based intervention on infant

attachment organisation: the CAPEDP attachment study in France. *Global health promotion*, 20(2_suppl), 71-75.

Tracy, S. J. (2013). *Qualitative research methods: Collecting evidence, crafting analysis, communicating impact*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

Trouillot-Lévy, J. (2013). *Conjuguer les genres pour lutter ensemble contre les violences faites aux femmes*. Repéré à :

<http://www.mdgfund.org/sites/default/files/CPBP ETUDE Haiti Conjuguer-ensemble-les-genres%20contre%20les%20violences%20aux%20femmes.pdf#page=31>

UNICEF. (2017). *Trois mois après Matthew, l'UNICEF et ses partenaires apportent toujours un soutien aux personnes affectées*. Repéré à :

<http://www.worldbank.org/en/country/haiti/overview>

UNICEF. (2018). *La petite enfance*. Repéré à : <https://www.unicef.org/haiti/french/>

Wagenaar, B. H., Hagaman, A. K., Kaiser, B. N., McLean, K. E. et Kohrt, B. A. (2012). Depression, suicidal ideation, and associated factors: a cross-sectional study in rural Haiti. *BMC psychiatry*, 12(1), 149.

World Bank. (2017). *Haiti Overview Economics*. Repéré à <http://www.worldbank.org/en/country/haiti/overview>

Annexe A – Schéma d’entretien

Bonjour _____, je m’appelle Lancelot Legendre-Courville, je suis un des étudiants de Sophie Gilbert. Ça me fait plaisir de vous rencontrer. [Interaction] Merci d’avoir accepté de participer pour l’entretien de suivi. [Interaction]

[Vérifier que tout est conforme quant au formulaire de consentement]

Tel que discuté dans le courriel, l’entretien d’aujourd’hui se veut libre. Je vais vous poser des questions, mais c’est vraiment plus sur la forme d’une discussion. La première partie va porter sur ce qui vous reste de la formation. Et la deuxième partie va porter sur l’intervention; c’est-à-dire, comment venir en aide aux nouvelles familles haïtiennes et aux populations vulnérables qui sont plus éloignées ou moins accessibles par exemple. Ça devrait prendre plus ou moins 30 minutes. Avez-vous des questions avant de commencer?

1. J’aimerais comprendre ce qui vous reste de la formation après X mois...

- a. Relance, si nécessaire : J’aimerais comprendre comment le contenu a pu vous être utile?
 - i. Précisions :
 1. Quels éléments? Quels outils?
 2. Dans quel contexte?
- b. Si relance :
 - i. Et dans votre travail (comprendre aussi : la personne travaille dans quel contexte?);
 - ii. Et dans vos études (idem : comprendre contexte)?
 - iii. Et dans votre vie personnelle (comprendre aussi le contexte de sa vie personnelle, ex. famille? Conjoint?... MAIS SANS QUESTION INTRUSIVE)?
- c. Si difficile de comprendre le propos : Est-ce que vous auriez un exemple précis (pour m’aider à comprendre davantage)?
- d. Si la formation n’a pas été utile : pourquoi?

2. Selon vous, comment pensez-vous que ces connaissances sur l’attachement et les visites à domicile puissent être utiles pour les nouvelles familles en Haïti?

- a. Pour la prévention?
 - b. Pour l’intervention?
- 2.1 (Précisions sur prévention et/ou intervention)
- 2.1.1 Pour quelle population?
 - 2.1.1.1 Comment on pourrait les rejoindre?
 - 2.1.2 Quelle forme pourrait prendre ces mesures préventives? Ces mesures d’intervention?
 - 2.1.3 Qui pourrait piloter cette prévention ou cette intervention?
 - 2.1.3.1 Rôle des intervenants communautaires (rejoindre la population locale, etc.)
 - 2.1.3.2 Rôle des professionnels (formation? Encadrement? Supervision?)

3. Avez-vous des recommandations à faire pour des formations ultérieures?

4. Est-ce que vous voulez être contacté de nouveau pour d’éventuels projets de recherche ou de formation en Haïti en lien avec les services psychosociaux?

Merci pour vos commentaires et le partage de votre expérience, mais surtout de votre temps! Ç’a été un plaisir de vous entendre là-dessus. Ça met fin au suivi à ce qui concerne la formation, mais vous allez

certainement avoir de nos nouvelles pour d'autres projets, voire d'autres formations. Si jamais il vous vient à l'esprit d'autres éléments pertinents concernant les formations et surtout, le travail à domicile auprès des nouvelles mères haïtiennes, n'hésitez pas à communiquer avec moi ou Sophie Gilbert... Encore une fois merci!

Fin.

Annexe B – Formulaire d’information et de consentement



Participants à la formation

FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Implantation et évaluation d'un programme de formation à l'intervention en périnatalité en Haïti: une stratégie éducative à trois niveaux.
Chercheur responsable :	Sophie Gilbert, Ph.D., professeure au Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.
Membres de l'équipe :	Thomas Saïas, Ph.D., professeur au Département de psychologie, Université du Québec à Montréal; Fanel Benjamin, MPs, psychologue clinicien, professeur à l'Université d'État d'Haïti; Lancelot Legendre-Courville, étudiant au baccalauréat en psychologie, Université du Québec à Montréal; Gabrièle Gilbert, doctorante en psychologie, Université du Québec à Montréal.
Organisme de financement :	Ministère des relations internationales et de la francophonie

Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche.

Avant d’accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire, il est important de prendre le temps de lire et de bien comprendre les renseignements ci-dessous. S’il y a des mots ou des sections que vous ne comprenez pas ou qui ne semblent pas clairs, n’hésitez pas à nous à poser des questions ou à communiquer avec le responsable du projet ou le coordonnateur de recherche.

Objectifs du projet

Cette recherche vise à explorer les retombées de la formation offerte en février 2017, relative à l’attachement parent-enfant et aux visites à domiciles. Il s’agit de recueillir auprès des participants à la formation, 8 semaines après celle-ci, des renseignements sur leur utilisation de cette formation dans leur pratique professionnelle ou autres activités, de même que leurs recommandations quant à l’adaptation de telles visites à domicile, basées notamment sur l’attachement parent-enfant, en contexte haïtien.

Nature de la participation

Votre participation consiste à accorder une entrevue individuelle, via skype, à l'assistant de recherche. L'entrevue portera sur les thèmes suivants : utilisation des savoirs issus de la formation dans la pratique professionnelle ou dans d'autres sphères d'activité; recommandations pour l'implantation de visites à domicile auprès des nouvelles familles en situation de précarité en contexte haïtien. L'entrevue prendra environ une demi-heure de votre temps. Elle sera enregistrée audio numériquement. La date et l'heure de l'entrevue sont à convenir avec l'interviewer. La transcription que l'on fera de votre entrevue ne permettra pas de vous identifier.

Avantages

Les avantages de cette recherche pour les participants sont indirects : il s'agit de favoriser la pertinence des formations offertes aux intervenants et professionnels psychosociaux en Haïti, et de consolider une approche préventive et d'intervention auprès des nouveaux parents en contexte de précarité sociale, adaptée à la réalité haïtienne.

Risques et inconvénients

En participant à cette recherche, vous ne courez pas de risques ou d'inconvénients particuliers.

Compensation

Aucune rémunération ni compensation n'est offerte au terme de la participation à cette entrevue.

Confidentialité

- a) Il est entendu que tous les renseignements recueillis sont confidentiels. Seuls les membres de l'équipe de recherche y auront accès. Les données de recherche seront conservées au bureau de la responsable du projet pour la durée totale de celui-ci.
- b) Afin de protéger votre identité et la confidentialité de vos données, vous serez toujours identifié par un code alphanumérique. Ce code associé à votre nom ne sera connu que de la responsable du projet et de l'assistant de recherche ayant fait les entretiens.
- c) Votre enregistrement sera effacé après sa transcription.
- d) Aucune publication ou communication sur la recherche (incluant les mémoires et thèses des étudiants membres de l'équipe) ne contiendra de renseignements permettant de vous identifier.

Tout le matériel qui ne sera plus nécessaire pour la conduite d'autres projets sera détruit de façon sécuritaire. Les données de recherche, rendues anonymes, seront détruites 10 ans après la fin du projet.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Cela signifie également que vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche, sans préjudice de quelque nature que ce soit, et sans avoir à vous justifier. Dans ce cas, et à moins d'une directive verbale ou écrite contraire de votre part, les documents, renseignements et données vous concernant seront détruits.

La responsable du projet peut mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si elle estime que votre bien-être ou celui des autres participants est compromis ou bien si vous ne respectez pas les consignes du projet.

Recherches ultérieures

Vos données de recherche seront rendues anonymes et conservées pendant 10 ans au terme du projet. Nous souhaitons les utiliser dans d'autres projets de recherche similaires. Vous êtes libre de refuser cette utilisation secondaire.

J'accepte que mes données puissent être utilisées dans d'autres projets de recherche

Je refuse que mes données puissent être utilisées dans d'autres projets de recherche

Acceptez-vous que la responsable du projet ou son délégué vous sollicite ultérieurement dans le cadre d'autres projets de recherche?

Oui **Non**

Responsabilité

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le(s) commanditaire(s) ou l'institution impliquée (ou les institutions impliquées) de leurs obligations civiles et professionnelles.

Personnes-ressources :

Vous pouvez contacter la responsable du projet au numéro (514) 987-3000 poste 4441 pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez discuter avec elle des conditions dans lesquelles se déroule votre participation.

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a approuvé ce projet et en assure le suivi. Pour toute information vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du Comité au numéro 987-3000 poste 7753 ou par courriel à l'adresse : ciereh@uqam.ca.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec le bureau de l'ombudsman de l'UQAM (Courriel: ombudsman@uqam.ca; Téléphone: (514) 987-3151.

Remerciements : Votre collaboration est importante à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des principaux résultats de cette recherche, veuillez ajouter vos coordonnées ci-dessous.

Consentement du participant : Par la présente, je reconnais avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement. Je comprends les objectifs du projet et ce que ma participation implique. Je confirme avoir disposé du temps nécessaire pour réfléchir à ma décision de participer. Je reconnais avoir eu la possibilité de contacter la responsable du projet (ou son délégué) afin de poser toutes les questions concernant ma participation et que l'on m'a répondu de manière satisfaisante. Je comprends que je peux me retirer du projet en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Je consens volontairement à participer à ce projet de recherche.

Annexe C – Certificat d'éthique



No du certificat : 1809_e_2017

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM, a examiné le protocole de recherche suivant et jugé qu'il est conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par la Politique no 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (décembre 2015).

Protocole de recherche

Chercheur principal : Sophie Gilbert

Unité de rattachement : Département de psychologie

Équipe de recherche :

Professeurs : Thomas Saïas (UQAM); Benjamin Fanel (Université d'État d'Haïti)

Étudiants UQAM qui réaliseront leur recherche dans le cadre de ce projet : Gabrièle Gilbert (3^e cycle); Lancelot Legendre-Courville (1^{er} cycle)

Titre du protocole de recherche : *Implantation et évaluation d'un programme de formation à l'intervention en périnatalité en Haïti: une stratégie éducative à trois niveaux*

Sources de financement (le cas échéant): Ministère des relations internationales et de la francophonie

Durée du projet : 1 an

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées au comitéⁱ. Tout évènement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité.

Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat d'éthique est valide jusqu'au **30 avril 2018**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificatⁱⁱ.

Éric Dion, Ph.D.
Professeur
Président

30 avril 2017

Date d'émission initiale du certificat

ⁱ <http://recherche.uqam.ca/ethique/humains/modifications-apportees-a-un-projet-en-cours.html>

ⁱⁱ <http://recherche.uqam.ca/ethique/humains/rapport-annuel-ou-final-de-suivi.html>