







**L'ART DE S'ALLIER AVEC UN OU UNE ENFANT EN CONTEXTE  
D'INTERVENTION : UNE DÉMARCHE CRÉATIVE ET  
COLLABORATIVE AXÉE SUR LA PERSPECTIVE DES ENFANTS**

Mémoire présenté  
dans le cadre du programme de maîtrise en travail social  
en vue de l'obtention du grade de maître ès arts (M.A)

PAR

© SARA GOSSELIN

**Juin 2025**



**Composition du jury :**

**Sacha Genest-Dufault, président du jury, Université du Québec à Rimouski**

**Eve Bélanger, directrice de recherche, Université du Québec à Rimouski**

**Kévin Lavoie, membre du jury, Université Laval**

Dépôt initial le 11 mars 2025

Dépôt final le 30 juin 2025



UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI  
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son autrice, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'autrice concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'autrice autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'autrice à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'autrice conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.



Ce mémoire a été rédigé selon les normes d'écriture inclusive recommandées par le *Guide de communication inclusive* du réseau de l'Université du Québec (2021). Il me semblait essentiel de contribuer à l'effort collectif en faveur de l'équité, de la diversité et de l'inclusion.



## REMERCIEMENTS

Écrire ces lignes symbolise la fin d'une étape et le début d'un nouveau chapitre, le tout éveillant en moi des émotions fortes, une grande fierté et une vive excitation. C'est enfin l'heure de conclure ce mémoire, une réalisation qui n'est jamais acquise à l'avance lorsque l'on entreprend un parcours de maîtrise. Ce parcours académique a pu se concrétiser grâce au soutien et à l'accompagnement de nombreuses personnes.

Je souhaite tout d'abord exprimer ma profonde gratitude envers tous les enfants qui ont accepté de participer à mon projet de recherche ainsi qu'à leurs parents qui ont permis et soutenu leur participation. J'ai pu mesurer l'étendue de vos connaissances et la valeur de vos contributions. Soyez assurés que je serai désormais une fervente défenderesse de votre rôle en tant que véritables actrices et acteurs sociaux, tant dans le domaine de la recherche que dans celui de l'intervention. De plus, un grand merci à l'équipe du *Centre de pédiatrie sociale La Ruelle d'Hochelaga* pour avoir chaleureusement accueilli mon projet et pour m'avoir aidée dans sa réalisation. J'en suis réellement reconnaissante.

Ensuite, je souhaite exprimer mes sincères remerciements à Eve, ma directrice de recherche, pour son soutien indéfectible, son engagement bienveillant et sa disponibilité, ainsi que pour la véritable considération qu'elle a portée à mon projet et à mes compétences en tant qu'étudiante-rechercheuse. Par ailleurs, je tiens à souligner l'accompagnement empreint de délicatesse et de rigueur qu'elle m'a offert et pour lequel je suis profondément reconnaissante. Elle a été une personne phare tout au long de mon parcours et comme nous aimions nous dire, nous travaillons si bien ensemble. Un certain deuil m'habite, par chance, nous restons dans la même ville. Et qui sait? Peut-être que d'autres projets nous attendent encore!

Un merci empreint de beaucoup d'amour pour mon amoureux Louis, qui par son grand respect pour mon projet de maîtrise et pour la personne que je suis, m'a encouragée à amorcer ce cheminement, mais aussi à y croire et y investir les efforts afin de le porter à terme. Nos moments partagés de rédaction m'ont inspirée et m'ont donné de grandes doses de motivation. Merci pour ta grande tendresse envers moi, dans mes moments de découragement.

Un autre grand remerciement, pour mes amies et pour ma famille qui m'ont encouragée et valorisée. J'ai toujours senti un soutien inestimable de leur part. En plus de cela, nos nombreux moments de plaisirs partagés m'ont aussi permis de décrocher de la sphère scolaire, pour mieux m'y investir par la suite. Un merci supplémentaire et bien spécial à ma sœur, Ann-Marie, qui a su m'aider à la correction de ce mémoire avec toute la rigueur et l'amour qu'elle possède. Son aide considérable m'a permis d'achever avec minutie ce grand travail de rédaction.

Je voulais aussi souligner la force de mon groupe de travail et de soutien, composé de personnes étudiantes de ma cohorte de maîtrise. Ce fut précieux pour moi d'avoir eu l'occasion de vivre de nombreuses retraites d'écriture avec eux et elles, car, en toute transparence, sans eux et elles, mon parcours aurait été plus que différent. Je m'en sens choyée de les avoir rencontrés.

Pour conclure, je voudrais exprimer plusieurs remerciements en rafale. Je suis reconnaissante à la méthode Pomodoro pour m'avoir aidée à maintenir un certain équilibre mental en m'accordant des pauses nécessaires. Je remercie mon chien qui m'a encouragée à maintenir un équilibre physique en m'incitant à prendre des marches dans la nature. Je suis reconnaissante envers mes passions pour l'art, la lecture de romans québécois, la méditation et les sports en plein air, qui m'ont permis de m'exprimer et de maintenir un équilibre de vie. Mes remerciements s'étendent également à deux organisations qui ont soutenu financièrement mon projet, c'est-à-dire le *Comité québécois pour les jeunes en difficulté de comportement (CQJDC)* et la *Fondation Familiale Trottier*. Un merci également spécial à la *Chaire interdisciplinaire sur la santé des populations rurales* pour m'avoir épaulée dans la

mise en page et dans la correction (plus que finale) de ce grand travail. Enfin, je tiens à exprimer ma gratitude envers les différents professeurs et professeures ainsi que les chargées et chargés de cours que j'ai rencontrés au cours de mon parcours de maîtrise, qui m'ont inspirée et encouragée de diverses manières.

Je suis pleine de reconnaissance, mais je suis surtout extrêmement fière de moi et du parcours que j'ai réalisé. En espérant que les personnes qui liront mon mémoire ressentent toute la passion et le travail que j'ai mis dans cet ouvrage afin de le faire fleurir.



## AVANT PROPOS

### MES ANCRAGES PERSONNELS ET PROFESSIONNELS D'UNE HISTOIRE PERSONNELLE À UN PROJET PLUS GRAND QUE MOI...

L'origine de ce projet de maîtrise remonte à bien loin, au temps de ma jeunesse; une période de ma vie qui m'a créé bien des quêtes et des désirs, dont un souhait précis de donner une voix aux enfants. Je me suis, moi-même, tue trop souvent, par peur de déplaire ou par peur de subir des représailles. Ce silence imposé m'a donné l'élan de prendre enfin la parole et de dédier mon parcours de 2<sup>e</sup> cycle aux enfants et à leur voix que je trouve si précieuse, juste et vivante. J'ai eu envie de la faire rayonner comme quelque chose d'inestimable et d'essentiel au monde.

Ce proverbe grec qui mentionne que « *La vérité sort toujours de la bouche des enfants* » témoigne justement du sens que je souhaite accorder à ce projet. Ce souci d'inclusion des enfants m'interpelle plus particulièrement en raison de mes valeurs de justice sociale, d'égalité et d'équité, qui s'incarnent quotidiennement, tant dans ma vie personnelle que professionnelle. À mon avis, on sous-estime trop souvent les enfants dans ce qu'ils et qu'elles ont à dire et à nous apprendre. Et pourtant, ils et elles sont des acteurs sociaux et des actrices sociales à part entière et qui ont des droits. C'est pourquoi nous devons leur faire une place de choix dans notre société, de sorte qu'ils et qu'elles puissent participer activement à l'agir collectif et au développement d'un monde meilleur.

Une autre de mes grandes aspirations dans ce projet est mon désir de faire autrement, en usant de créativité et en allant au-delà des méthodes d'expression plus conventionnelles. J'ai l'intime conviction que l'acte de créer peut être transformateur, puisqu'il nous amène à poser un regard différent et complémentaire sur notre parole, nos pensées, nos actions. Par exemple, l'écriture, le dessin ou encore la musique peuvent, à mon sens, inspirer et favoriser l'énonciation et la symbolisation des expériences d'une manière renouvelée. Plus jeune, l'utilisation de la peinture m'a d'ailleurs permis de partager des éléments de mon vécu et de rendre tangible ce qui me paraissait inexprimable. J'avais donc le souhait que les enfants aient

accès eux et elles aussi à des médiums artistiques variés pour leur permettre de communiquer autrement leurs expériences et leurs émotions.

Comme Winnicott (2002) l'évoquait si justement, la créativité amène les personnes à se sentir vivantes et réelles. C'est là où j'avais envie que mon projet s'enracine dans ce sol rempli d'espoir et d'innovations.

Également, cette idée de mettre la parole des enfants en avant-plan et de le faire dans un contexte où la créativité est à l'honneur m'est venue d'un défi rencontré dans le cadre de ma pratique à titre de travailleuse sociale dans un centre de pédiatrie sociale. J'ai fait la rencontre d'enfants parfois plus méfiants et méfiantes, plus difficiles à approcher. Cela m'a amenée à me questionner sur les conditions à mettre en place pour surmonter ces impasses. J'ai tenté différentes approches afin d'entrer en relation avec les enfants, dont l'utilisation du dessin. Bien que cela ait été aidant, plusieurs questions me sont restées en tête, entre autres : comment faire pour établir un lien de confiance avec eux et elles? Comment m'assurer de créer des conditions gagnantes pour qu'ils et qu'elles adhèrent aux services? Comment aménager l'environnement pour qu'ils et qu'elles se sentent bien et en sécurité? Quelles sont les pensées qui occupent l'esprit des enfants qui vivent un processus d'intervention? Ces questionnements qui m'habitaient se sont vite transformés en une affirmation claire : « Je ne pourrai répondre seule à ces interrogations. En revanche, les enfants, eux et elles, le pourront et me permettront sans aucun doute de mieux comprendre en me donnant des pistes ajustées à leur réalité ». En tant que travailleuse sociale, j'ai la ferme conviction qu'il est fondamental de donner la parole aux personnes que nous accompagnons, afin que nos pratiques professionnelles soient humanisantes et sensibles à leurs besoins tout en favorisant leur pouvoir d'agir. J'avais envie que cette ambition puisse fleurir et vivre à l'intérieur de mon projet.

C'est ainsi que mon parcours d'étudiante-chercheuse s'est amorcé. Cette posture enracinée dans mon vécu personnel et professionnel a été source de grandes motivations dans l'élaboration de ce projet.

## RÉSUMÉ

Ce mémoire, basé sur la perspective des enfants, explore comment favoriser le développement de l'alliance thérapeutique entre un ou une enfant et un intervenant ou une intervenante dans le cadre d'une démarche d'intervention. La recherche s'appuie entre autres sur la conception théorique de l'alliance thérapeutique développée par Bordin (1979). L'intention première de cette recherche est donc de donner la parole aux enfants pour qu'ils et qu'elles participent au développement de nouvelles connaissances sur le processus menant au déploiement de l'alliance thérapeutique. Sept enfants, âgés entre 8 et 11 ans, ont participé à six groupes de discussion au Centre de pédiatrie sociale *La Ruelle d'Hochelaga*, à Montréal, à l'automne 2022. Lors de chacune des rencontres, la perspective des enfants sur la problématique a été recueillie à travers l'utilisation de divers médiums artistiques (dessin, peinture et photographie). Cette étude qualitative a eu recours à la méthode par questionnement analytique pour l'analyse des données (Paillé et Mucchielli, 2021).

La voix des enfants met en évidence différentes habiletés et attitudes qui influencent le déploiement de l'alliance thérapeutique, notamment l'importance de l'observation, de l'écoute, de la positivité, de la curiosité et de l'engagement mutuel. De plus, les enfants se sont prononcés sur les dimensions de l'alliance thérapeutique du modèle de Bordin. À leurs yeux, le lien de confiance demeure l'aspect incontournable et prédominant pour l'établissement de cette alliance. Concernant l'environnement d'intervention, les enfants souhaitent être dans un lieu esthétiquement agréable, muni d'un décor chaleureux, accueillant et stimulant, avec un ameublement flexible et adapté à leurs besoins. Enfin, des recommandations ont été formulées par les enfants pour soutenir le développement de l'alliance thérapeutique : favoriser leur participation, répondre attentivement à leurs demandes d'aide, instaurer un contact positif pour améliorer leur perception du suivi et, finalement, prendre le temps de comprendre pleinement leur situation.

**Mots-clés :** travail social, enfant, alliance thérapeutique, approche créative, approche visuelle, approche collaborative, groupe de discussion



## ABSTRACT

This thesis, grounded in children's perspectives, explores how to foster the development of a therapeutic alliance between a child and a practitioner as part of an intervention process. The research builds on Bordin's (1979) theoretical framework of the therapeutic alliance. The primary goal of this study is to amplify children's voices, allowing them to contribute to knowledge about the process of developing a therapeutic alliance. Seven children, aged eight to eleven, participated in six group meetings at the *Centre de pédiatrie sociale La Ruelle d'Hochelaga* in Montreal during the fall of 2022. Throughout these meetings, their perspectives on the development of a therapeutic alliance were gathered using various artistic media, including drawing, painting, and photography. This qualitative study employed the analytical questioning method to analyze the data (Paillé & Mucchielli, 2021).

The children's voices highlight several key skills and attitudes that influence the development of a therapeutic alliance, such as observation, listening, positivity, curiosity, and mutual commitment. Additionally, they reflected on the dimensions of Bordin's model, emphasizing that trust and confidence are the most essential and predominant aspects. Regarding the intervention setting, the children expressed a preference for an aesthetically pleasing, warm, welcoming, and stimulating environment, with flexible furnishings adapted to their needs. Lastly, they provided several recommendations to strengthen the therapeutic alliance: encourage their active participation, respond attentively to their requests for help, establish positive contact to improve their perception of follow-ups, and take the time to fully understand their situation.

**Key words:** social work, children, therapeutic alliance, creative approach, visual approach, collaborative approach, group intervention



## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	ix
AVANT PROPOS .....	xiii
RÉSUMÉ .....	xv
ABSTRACT .....	xvii
TABLE DES MATIÈRES .....	xix
LISTE DES TABLEAUX .....	xxiii
LISTE DES FIGURES .....	xxv
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE ET RECENSION DES ÉCRITS .....	5
1.1    LES PERTINENCES SOCIALES : QU’EN EST-IL DE LA PAROLE DES ENFANTS? .....	5
1.1.1    Les droits des enfants : la reconnaissance de leur droit à la participation ..	5
1.1.2    Les orientations ministérielles : une cohérence nécessaire .....	6
1.1.3    Le contexte pandémique : exacerbation des problématiques et isolement social .....	8
1.2    LES PERTINENCES CLINIQUES : LA SINGULARITÉ DE L’INTERVENTION AUPRÈS DES ENFANTS .....	9
1.2.1    L’intervention auprès des enfants en situation de vulnérabilité : enjeux et défis .....	9
1.2.2    Se former par et pour les enfants .....	10
1.2.3    User d’une plus grande créativité en intervention avec les enfants : un facilitateur au déploiement de la relation? .....	11
1.3    LES PERTINENCES SCIENTIFIQUES .....	12
1.3.1    L’importance de se situer : définition brève de l’alliance thérapeutique ..	13
1.3.2    La spécificité de l’alliance thérapeutique avec les enfants : état des connaissances à ce jour .....	14

1.3.3	La participation des enfants en recherche .....	19
1.3.4	L'utilisation de médium artistique en recherche avec les enfants .....	20
1.4	LES LIMITES DES ÉTUDES ACTUELLES ET L'ORIGINALITÉ DE CETTE RECHERCHE....	20
1.5	LA QUESTION ET LES OBJECTIFS DE RECHERCHE .....	22
CHAPITRE 2 CADRE CONCEPTUEL .....		24
2.1	LA DÉMARCHE D'INDUCTION MODÉRÉE .....	24
2.2	LES ANCRAGES THÉORIQUES ET CONCEPTUELS .....	25
2.2.1	La conception de l'alliance thérapeutique.....	25
2.2.2	Le concept d'enfant en situation de vulnérabilité .....	30
2.2.3	Le concept d'intervenant ou d'intervenante.....	31
2.2.4	Le concept de caractéristiques culturelles, sociales et environnementales.....	33
2.2.5	Le concept de caractéristiques du lieu d'intervention.....	34
2.3	LE CADRE CONCEPTUEL INTÉGRATEUR .....	35
CHAPITRE 3 ORIENTATION ÉPISTÉMOLOGIQUE ET CHOIX MÉTHODOLOGIQUES.....		38
3.1	ORIENTATION ÉPISTÉMOLOGIQUE.....	38
3.2	APPROCHES DE RECHERCHE .....	39
3.2.1	Approche qualitative .....	39
3.2.2	Approche collaborative .....	40
3.3	POPULATION À L'ÉTUDE ET ÉCHANTILLON .....	41
3.4	RECRUTEMENT.....	42
3.5	PROCÉDURE ET COLLECTE DE DONNÉES .....	44
3.5.1	Groupes de discussion .....	44
3.5.2	Descriptif des groupes de discussion .....	46
3.5.3	Méthode visuelle .....	47
3.5.4	Méthodes créatives .....	48
3.6	ANALYSE DES DONNÉES .....	48

3.6.1	Étape de préanalyse .....	49
3.6.2	Questionnement analytique .....	49
3.6.3	Canevas investigatif .....	50
3.7	RIGUEUR ET SCIENTIFICITÉ .....	52
3.8	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES .....	53
3.8.1	Consentement parental et assentiment de l'enfant .....	54
3.8.2	Rapport de pouvoir asymétrique .....	55
3.8.3	Confidentialité .....	56
	CHAPITRE 4 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS : LA VOIX DES ENFANTS .....	58
4.1	QUELLES SONT LES HABILETÉS ET ATTITUDES D'INTERVENTION QUI INFLUENCENT LE DÉPLOIEMENT DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE? .....	60
4.1.1	La convergence entre les habiletés facilitatrices et les besoins des enfants .....	66
4.1.2	La convergence entre les attitudes qui font obstacle, les besoins non répondus et les mises en garde à prendre en compte .....	69
4.2	LES DIMENSIONS DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE : QU'EST-CE QUE LES ENFANTS PENSENT? .....	73
4.2.1	Priorisation des dimensions, selon les enfants .....	74
4.2.2	Comment contribuer au déploiement du lien de confiance? .....	75
4.2.3	Proposition d'ajout de dimensions à l'alliance thérapeutique .....	78
4.3	QUELS SONT LES ÉLÉMENTS INCONTOURNABLES DU LIEU DE L'INTERVENTION QUI FACILITENT LE DÉPLOIEMENT DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE? .....	79
4.3.1	L'espace, l'ameublement et la disposition idéale du lieu d'intervention : qu'est-ce qui est propice au bien-être des enfants? .....	79
4.3.2	Les éléments décoratifs et ludiques incontournables .....	80
4.3.3	Besoins sous-entendus par les enfants .....	87
4.4	QUELLES SONT LES RECOMMANDATIONS POUR LES INTERVENANTS ET LES INTERVENANTES QUI ŒUVRE AUPRÈS D'ENFANTS? .....	87
	CHAPITRE 5 DISCUSSION .....	91
5.1	LE CADRE CONCEPTUEL INTÉGRATEUR REVISITÉ : REGARD DES ENFANTS SUR L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET SES CONTOURS .....	91

5.1.1	Les dimensions : sur quoi baser la relation ? .....	93
5.1.2	La relation : des acteurs et actrices incontournables à son fleurissement	95
5.1.3	L'influence de l'environnement .....	97
5.2	LES GRANDS CONSTATS DE CETTE ÉTUDE .....	98
5.2.1	Intervenir avec et pour les enfants : pour un meilleur agir ensemble .....	98
5.2.2	Privilégier les approches personnalisées, engagées et réciproques : pour veiller plus adéquatement aux besoins des enfants.....	100
5.2.3	L'impact de l'environnement : un levier pour intervenir auprès des enfants .....	103
5.2.4	Des conditions de pratique empreintes de défis pour l'intervention auprès des enfants : la formation comme levier d'action.....	104
5.3	LES FORCES ET LES LIMITES DE CETTE ÉTUDE.....	107
5.3.1	Les forces de cette étude .....	107
5.3.2	Les limites de cette étude .....	110
5.4	PISTES POUR DE FUTURES RECHERCHES .....	111
	CONCLUSION.....	114
	ANNEXE 1 : CERTIFICAT ÉTHIQUE .....	118
	ANNEXE 2 : ENTENTE DE PARTENARIAT AVEC L'ORGANISME.....	119
	ANNEXE 3 : AFFICHE EXPLICATIVE DU PROJET DE RECHERCHE .....	125
	ANNEXE 4 : AFFICHE DESTINÉE AUX ENFANTS QUI EXPLIQUE EN QUOI CONSISTE LEUR PARTICIPATION .....	127
	ANNEXE 5 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PARENTAL .....	128
	ANNEXE 6 : FORMULAIRE D'ASSENTIMENT POUR LES ENFANTS.....	134
	ANNEXE 7 : DESCRIPTIF DE CHACUN DES GROUPES DE DISCUSSION.....	135
	RÉFÉRENCES .....	143

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 Tableau résumé des caractéristiques des enfants recrutés.....	42
Tableau 2 Descriptif sommaire des thématiques abordées lors des groupes de discussion....	46



## LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Cadre conceptuel intégrateur de cette recherche.....	35
Figure 2.	Canevas investigatif. ....	51
Figure 3.	Peinture réalisée par Léo, pour mettre en lumière l'importance du rire. ....	63
Figure 4.	Peinture réalisée par Maude, pour imager l'importance du calme, dans les habiletés d'intervention.....	65
Figure 5.	Dessin de Lara qui met en lumière l'attitude d'un intervenant ou d'une intervenante qui agit plus sévèrement envers les garçons.....	70
Figure 6.	Dessin réalisé par Léo, visant à dénoncer un exemple de situation où l'intervenant ou l'intervenante manque d'écoute et demande à l'enfant de répéter. ....	73
Figure 7.	Priorisation des dimensions de l'alliance thérapeutique, selon les enfants.....	74
Figure 8.	Schéma illustrant les dimensions nécessaires à l'alliance thérapeutique, aux yeux des enfants. ....	78
Figure 9.	Photographies prises par Lara et Anna pour illustrer l'importance des coins calmes.....	80
Figure 10.	Photographies prises par Mali, Oli et Karl, pour illustrer ce qu'ils aiment voir qui correspond à leurs intérêts (Cube Rubik, matériel de dessin, jeu de Pokémons). ....	81
Figure 11.	Photographies prises par Anna, Maude et Léo pour illustrer ce qu'ils et qu'elles aiment voir comme élément qui enrichit leur développement et leurs connaissances. ....	82
Figure 12.	Photographies prises par Lara, Oli, Karl et Anna, pour montrer des exemples d'éléments de la nature qu'ils et qu'elles aiment voir dans un lieu d'intervention. ....	83
Figure 13.	Photographies prises par Anna, Léo, Oli et Lara pour illustrer le type de créations artistiques qu'ils et qu'elles aiment bien retrouver dans le lieu d'intervention. ....	84

Figure 14. Photographies prises par Karl et Mali où il y a présence de décos d'Halloween, comme il s'agissait de la fête au moment où la collecte de données a été réalisée. ....	85
Figure 15. Photographie prise par Léo, pour montrer l'importance d'avoir une mascotte dans un lieu d'intervention. ....	86
Figure 16. Photographie prise par Maude et dessin créé par Lara, pour illustrer l'importance d'avoir à leur disposition des collations variées. ....	86
Figure 17. Schéma résumé des besoins exprimés par les enfants, lorsque ceux-ci et celles-ci fréquentent un lieu d'intervention destiné à une clientèle jeunesse. ....	87
Figure 18. Cadre conceptuel intégrateur revisité : Schéma illustrant la construction d'une alliance thérapeutique réussie. ....	93





## INTRODUCTION

L'alliance thérapeutique est une notion centrale à tous les processus cliniques et son atteinte constitue un prédicteur de succès dans l'intervention (Baillargeon et Puskas, 2013; Fontaine et Turcotte, 2017; Sturm et al., 2016; Thibault, 2017). Malgré de nombreuses recherches sur cette question, on constate que la perspective des enfants face à la formation de l'alliance thérapeutique est limitée, voire peu étudiée, soulignant ainsi la nécessité de les inclure davantage dans les processus de recherche pour accéder à leur regard et leur expertise en la matière (Baylis et al., 2011; Digiuseppe et al., 1996; McLeod, 2011; Pagnotta et al., 2018; Sturm et al., 2016). Plusieurs chercheurs et chercheuses affirment que l'alliance thérapeutique ne se déploie pas de la même manière chez les enfants que chez les adultes (Baylis et al., 2011; Courneuve, 2015; Sturm et al., 2016). Pourtant, la conceptualisation théorique de Bordin (1979) portant sur ce thème, initialement développée pour intervenir auprès d'une clientèle adulte, a été simplement généralisée à la clientèle enfantine. Quelle spécificité accorde-t-on réellement à l'expérience des enfants? Quelle voix donne-t-on aux enfants en situation de vulnérabilité? Que peuvent-ils et que peuvent-elles nous apprendre sur la manière de les approcher et de développer un lien significatif avec eux et elles, en contexte d'intervention sociale?

En réponse à ces interrogations, ce mémoire a pour ambition de répondre à la question suivante : comment favoriser, selon la perspective des enfants, le développement de l'alliance thérapeutique entre un ou une enfant et un intervenant ou une intervenante, dans le cadre d'une démarche d'intervention? Plus spécifiquement, cette étude vise (1) à documenter les habiletés et les attitudes d'intervention qui influencent le déploiement de l'alliance thérapeutique, (2) à documenter la perception des enfants par rapport aux dimensions de l'alliance thérapeutique et l'importance qu'ils et qu'elles y accordent, (3) à documenter les éléments de l'environnement physique où se déroule l'intervention qui, selon les enfants,

viennent faciliter la création de leur alliance avec l'intervenant ou l'intervenante, et finalement (4) à formuler des recommandations aux intervenants et aux intervenantes qui œuvrent auprès de cette clientèle, à partir de la parole des enfants.

Pour y parvenir, cette recherche a été réalisée avec des enfants, âgés entre 8 et 11 ans, issus de familles en situation de vulnérabilité, et bénéficiant d'un accompagnement au Centre de pédiatrie sociale *La Ruelle d'Hochelaga*, à Montréal. Ce travail de recherche s'imbrique dans un mouvement créatif des savoirs, c'est-à-dire dans une valorisation de l'expérience des enfants à l'aide des approches créatives, visuelles et collaboratives, telles que le dessin et la photographie. La diversité de ces données permet d'illustrer concrètement et symboliquement leurs points de vue, enrichissant ainsi notre compréhension de leurs savoirs et expériences quant au déploiement d'une alliance thérapeutique enfant-intervenant et enfant-intervenante.

Ce mémoire se divise en cinq chapitres. Le premier chapitre présente la problématique de recherche et une recension des écrits mettant en lumière les différentes pertinences, les limites des études actuelles, l'originalité de cette démarche et la question et les objectifs de cette recherche. Le deuxième chapitre expose les différents ancrages théoriques et savoirs tacites, qui ont servi à la construction du projet de recherche et du cadre conceptuel. Le troisième chapitre décrit la méthodologie de recherche précisant l'orientation épistémologique, la description de l'approche privilégiée, le type de recherche, la population et l'échantillon à l'étude, les procédures de recrutement et de collecte des données, l'analyse des données, les éléments de rigueur et de scientificité et, finalement, les considérations éthiques. Le quatrième chapitre présente les résultats de recherche, organisés selon les grands thèmes issus de l'analyse, en donnant une voix aux enfants. Enfin, le dernier chapitre consiste en une discussion qui aborde les nouvelles perspectives sur l'alliance thérapeutique et sur l'intervention auprès des enfants, les forces et limites de la recherche, les retombées pour la formation en travail social, ainsi que quelques pistes pour des recherches futures.

Ce mémoire s'adresse aux chercheurs et aux chercheuses en sciences humaines et sociales centrées sur la recherche avec les enfants, aux intervenants et aux intervenantes

œuvrant auprès de la clientèle jeunesse ou tout simplement à toutes les personnes ayant à cœur le bien-être des enfants, leurs besoins et souhaitant leur faire une place dans les décisions qui les concernent.



## CHAPITRE 1

### PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE ET RECENSION DES ÉCRITS

Ce premier chapitre vise à situer la problématique de recherche et contient quatre sections principales. D'abord, les éléments de pertinences sociale et professionnelle seront abordés, cela dans une visée, d'une part, de mettre en lumière les enjeux et les particularités de l'accompagnement des enfants dans notre société actuelle, en regard des vulnérabilités et problématiques qu'ils et qu'elles peuvent vivre; et d'autre part, d'identifier les conditions à mettre en place pour soutenir les intervenants et intervenantes qui œuvrent auprès des enfants. Ensuite, la pertinence scientifique sera démontrée via une recension des écrits qui dressera un portrait de certaines recherches réalisées sur le thème de l'alliance thérapeutique. Cela nous mènera à exposer les limites des connaissances actuelles et l'originalité et la contribution de ce mémoire à l'avancement des connaissances. Ce chapitre se conclura enfin par l'énoncé de la question et des objectifs liés à la présente étude.

#### 1.1 LES PERTINENCES SOCIALES : QU'EN EST-IL DE LA PAROLE DES ENFANTS?

##### 1.1.1 Les droits des enfants : la reconnaissance de leur droit à la participation

En 1989, la *Convention relative aux droits de l'enfant* a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies. Cette convention est venue publiquement et internationalement reconnaître que les enfants ont des droits et qu'ils et elles ont une capacité d'agentivité (Ministère de la Justice, 2019). Ce traité historique se voulait ainsi un engagement universel envers les états signataires et toutes les personnes adultes présentes dans la vie d'un ou d'une enfant, afin qu'ils prennent les mesures nécessaires pour s'assurer du respect des droits des enfants. L'article 12 de cette convention précise que l'enfant a le droit « d'exprimer librement

son opinion sur toute question l'intéressant, qu'il est essentiel d'aider l'enfant qui a de la difficulté à se faire entendre, et que cette prise de parole doit se faire en veillant à son meilleur intérêt » (Ministère de la Justice, 2019, p.1).

Malgré cette volonté d'offrir un statut privilégié à l'enfant, l'idéologie adulto-centrique domine toujours dans notre société contemporaine (Levrard, 2020). Cette idéologie se manifeste, entre autres, par une réticence de certains adultes à accorder aux enfants les mêmes droits (Bonavitta, 2023). Les enfants peuvent ainsi être perçus comme inférieurs et traités avec moins de considération. Dans certains contextes, cela pourrait contribuer à l'émergence de dynamiques de domination (Bonavitta, 2023). Par conséquent, la participation de l'enfant demeure encore trop souvent limitée. Elle peut être remise en question pour sa valeur réelle et légitime, vu la hiérarchisation de pouvoir présente entre les adultes et les enfants (Draghici et Garnier, 2020).

Dans ce contexte, certaines orientations ministérielles soulignent la pertinence, voire la nécessité, de repenser nos manières de faire, pour veiller au respect des droits des enfants, à l'atteinte de leurs besoins et à l'écoute réelle de leur parole.

### **1.1.2 Les orientations ministérielles : une cohérence nécessaire**

Le rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, communément appelée Commission Laurent, publié en avril 2021 sous la présidence de Mme Régine Laurent, représente un repère important dans la réflexion sur les services offerts aux enfants et aux familles en situation de vulnérabilité. Cette commission avait pour mandat d'examiner en profondeur l'ensemble du système de protection de la jeunesse, incluant les lois en vigueur, le fonctionnement des tribunaux de la jeunesse ainsi que les services sociaux destinés aux enfants et aux familles. L'objectif de cette démarche était de formuler des recommandations concrètes en vue d'améliorer ces dispositifs. Parmi les constats soulevés, le rapport insiste sur l'importance, encore à ce jour, de faire diverses actions pour favoriser la pleine participation de l'enfant (Gouvernement du Québec, 2021).

En effet, le rapport met en évidence la nécessité de considérer sa prise de parole, de miser concrètement sur la valorisation de son intérêt, de son bien-être et du respect de ses droits dans l'organisation des services jeunesse (Gouvernement du Québec, 2021). Ces recommandations traduisent ainsi le besoin d'offrir un espace privilégié à l'enfant où celui-ci et celle-ci sera à l'aise de s'exprimer librement sur les sujets qui le ou la touchent et sur les décisions qui le ou la concernent.

Le *Plan stratégique 2023-2027* du ministère de la Famille du Québec abonde dans le même sens, en réitérant l'importante de rehausser la qualité des services offerts aux enfants. On y mentionne que les enfants doivent être au cœur des priorités de la société québécoise, afin qu'ils et qu'elles se développent dans des conditions optimales et qu'ils et qu'elles naissent dans des contextes qui leur offrent des chances équitables de réussite (Gouvernement du Québec, 2023). En misant sur le point de vue des enfants, on s'assure de mieux comprendre leur vécu et d'ainsi pouvoir formuler des recommandations qui sont en adéquation avec leurs besoins et leur réalité enfantine (Cournede, 2015). Ce projet se veut être en cohérence avec ces orientations, puisque l'alliance thérapeutique est un élément essentiel à tout processus clinique et constitue, en intervention, une clé de réussite (Bachelart, 2012; Baillargeon et Puskas, 2013). En demandant directement aux enfants quelles seraient, à leurs yeux, les clés essentielles pour entrer en relation avec elles et eux, inévitablement, les interventions seront plus justes et adaptées à leurs besoins donc du même coup, plus gagnantes et efficaces.

Ce mémoire s'inscrit directement dans cette approche centrée sur l'intérêt des enfants, et permettra de reconnaître leur pleine valeur en leur offrant une opportunité de se faire entendre et de contribuer concrètement à l'avancement des connaissances sur le sujet à l'étude.

### **1.1.3 Le contexte pandémique : exacerbation des problématiques et isolement social**

Le contexte postpandémique actuel prend un sens important vis-à-vis de ce projet, puisque les besoins des enfants en situation de vulnérabilité n'ont cessé d'augmenter tant pendant la pandémie qu'après celle-ci (Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC], 2020). Une recension des écrits portant sur les impacts de la COVID-19 sur le développement des enfants, réalisée par les IRSC, fait état de données marquantes. En effet, on y soulève, entre autres, que les familles à faible revenu ou encore les parents possédant peu d'éducation ont été des groupes de personnes plus touchés par les impacts de la pandémie. Par exemple, l'accompagnement éducatif (dans le contexte de l'école à la maison), la supervision et l'accompagnement parental et la stimulation sociale, physique et cognitive offerts par ces parents pouvaient différer comparativement aux familles plus aisées et éduquées. En ce sens, les enfants de ces familles vulnérables étaient plus à risque de développer des problèmes de comportement ou encore d'avoir des atteintes sur le plan de leur développement social et affectif (IRSC, 2020). L'Institut national de santé publique du Québec [INSPQ] (2021a) renchérit en soulignant que la pandémie est venue exacerber différentes problématiques vécues chez les enfants de 2 à 12 ans, dont les problèmes de comportement et les difficultés d'autorégulation. Il ajoute également que le contexte pandémique a généré une perte de lien et de l'isolement chez plusieurs familles québécoises (Institut national de santé publique du Québec, 2021a)

Dans ce contexte où les liens sociaux ont été mis à rude épreuve et qu'on fait état d'une exacerbation de plusieurs problématiques vécues par les enfants en situation de vulnérabilité, il importe de miser sur la qualité des liens que nous établissement avec ces enfants pour parvenir à les aider et à les soutenir vers des trajectoires de rétablissement.

## **1.2 LES PERTINENCES CLINIQUES : LA SINGULARITÉ DE L’INTERVENTION AUPRÈS DES ENFANTS**

### **1.2.1 L’intervention auprès des enfants en situation de vulnérabilité : enjeux et défis**

En raison de leur jeune âge, de leur dépendance à autrui (pour la réponse à leurs besoins) et des caractéristiques propres à leur développement, les enfants sont naturellement plus vulnérables (Brodiez-Dolino, 2016). Cette vulnérabilité ne peut que s’aggraver, dans des contextes où plusieurs facteurs de risque additionnels sont observables. Des conditions socio-économiques précaires, des problématiques de santé mentale chez les parents, des comportements parentaux inadéquats (négligence, maltraitance, etc.) augmentent le risque de répercussion sur le développement de l’enfant (Clément et al., 2016). Les effets délétères sont multiples : enjeux d’attachement, troubles de comportement, faible estime personnelle, etc. (Dajon et al., 2024). Ces nombreux impacts peuvent ainsi augmenter le besoin d’interventions professionnelles pour accompagner, de manière adaptée et personnalisée, ces enfants dans leurs multiples besoins.

L’intervention auprès des enfants en situation de vulnérabilité et de leur famille pose ainsi des défis complexes aux intervenants et aux intervenantes qui œuvrent auprès d’eux et d’elles (Clément et Milani, 2018; Clément et al., 2016). L’un des principaux défis est la difficulté parfois d’entrer en relation avec eux et elles considérant leur niveau élevé de méfiance envers les services (Clément et al., 2016). J’ai en effet observé cela dans ma pratique en Centre de pédiatrie sociale. Je constatais la fermeture parfois des familles et des enfants que je rencontrais, cela en raison de leurs parcours de vie marqués par l’adversité, par leurs besoins divers, par leurs profils atypiques, par leurs problématiques variées mais également par des expériences dites plus difficiles dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Face à ces constats, il est donc du devoir des intervenants et intervenantes de redoubler d’efforts pour redonner confiance à ces enfants et leur famille en étant attentifs à leur expérience et en adaptant nos manières de faire pour les rejoindre.

### **1.2.2 Se former par et pour les enfants**

Face aux défis que pose l'intervention auprès des enfants en situation de vulnérabilité, il devient essentiel de repenser la formation des personnes professionnelles en travail social, en veillant à ce qu'elle s'ajuste non seulement aux réalités de ces enfants, mais qu'elle s'enrichisse également de leurs expériences et de leurs savoirs.

Le travail social est un domaine d'intervention vaste et généraliste qui nous mène à œuvrer auprès de différentes clientèles et à accompagner ainsi des problématiques variées et complexes. Les outils, les approches et les théories sont donc multiples. Or, il y a un point de convergence, un élément transversal et incontournable à tout processus de relation d'aide : l'alliance thérapeutique (Bachelart, 2012; Brillon, 2011; Élyson, 2017; Sturm et al., 2016). Néanmoins, il semble qu'on aborde peu les spécificités relatives au déploiement de l'alliance thérapeutique avec la clientèle enfantine au sein des institutions d'enseignement (Baylis et al., 2011). Ceux-ci se concentrent parfois davantage sur les différentes techniques et approches à utiliser avec les enfants et leur famille, sans toutefois parler suffisamment des éléments inhérents à l'alliance thérapeutique avec cette clientèle : les facteurs facilitants, les facteurs nuisibles, les habiletés relationnelles nécessaires, les différences entre l'alliance thérapeutique entre les adultes et les enfants, etc. (Baylis et al., 2011). En ce même sens, certains ouvrages en travail social abordent le concept d'alliance thérapeutique (Turcotte et Deslauriers, 2017), sans non plus distinguer les particularités à considérer auprès des enfants.

De ce fait, cette étude pourra contribuer à alimenter cette réflexion et fournir des pistes cliniques à partager aux étudiantes et étudiants lors des cours sur l'intervention auprès des enfants ou des familles ou encore dans les ouvrages en travail social; cela, en donnant accès à la parole directe des enfants, à leurs besoins, à leurs attentes, aux facilitateurs, ainsi qu'aux obstacles qu'ils et elles ont identifiés. Cette plus grande considération de l'opinion des enfants permettra ultimement d'établir des relations plus réciproques, en créant des climats d'intervention bienveillants favorisant ainsi l'atteinte des objectifs d'intervention.

### **1.2.3 User d'une plus grande créativité en intervention avec les enfants : un facilitateur au déploiement de la relation?**

Autrefois considérée comme une pratique plus marginale, l'utilisation de l'art en intervention gagne en popularité et en reconnaissance, et ce, auprès de différentes clientèles (Bourassa-Dansereau et al., 2020). Il s'agit d'une manière renouvelée et innovante d'intervenir auprès d'individus et de groupes (Bourassa-Dansereau et al., 2020). L'art est vu comme une façon d'atténuer les structures contraignantes ou rigides dans lesquelles les personnes aidées peuvent se trouver. Elle est également vue comme une façon de parvenir à faciliter l'expression d'un bon nombre de personnes (Bourassa-Dansereau, et al., 2020).

Bien que les avantages nommés ci-haut peuvent s'appliquer aisément à la clientèle enfantine, des recherches plus spécifiques sur l'utilisation de l'art en contexte d'intervention avec des enfants témoignent également de nombreux avantages. D'une part, l'utilisation de l'art est particulièrement recommandée auprès des enfants, mais plus spécifiquement auprès de ceux et celles qui sont dans des situations de vulnérabilité (exclusion sociale, marginalité, contexte d'immigration, etc.) (Caldairou-Bessette et al., 2017; Levrard, 2020). L'art permettrait d'entrer en contact plus facilement avec eux et elles, en permettant l'expression de contenus plus difficiles à verbaliser. L'art contribue également à réduire leur méfiance et résistances, en proposant un cadre d'intervention perçu comme plus ludique et créatif. Par exemple, l'utilisation de méthodes créatives (p. ex. dessin) permet à l'enfant de s'exprimer plus librement et plus ouvertement sur des sujets qui le concernent (Bourassa-Dansereau et al., 2020; Teixeira, 2019). Bien que cette pratique gagne en popularité, il est nécessaire de continuer à donner de la valeur à cette façon d'intervenir, puisque pour certains intervenants et certaines intervenantes, l'utilisation de l'art est encore perçue comme une modalité d'intervention marginale (Draghici et Garnier, 2020; Stoecklin, 2015), et ce malgré la visibilité de ces nombreux avantages pour les enfants.

Dans ma pratique professionnelle, j'ai observé, par exemple, que l'utilisation du dessin m'a aidait à déjouer certains enjeux liés au développement de l'alliance thérapeutique,

notamment pour établir un lien de confiance avec des enfants réticents ou réfractaires. Le dessin permettait à ces enfants de « baisser leur garde », de sortir d'un certain silence observé dans les débuts de l'intervention, permettant ainsi d'initier des interactions plus fluides et plus naturelles entre nous. Plus globalement, j'ai remarqué que l'utilisation des médiums créatifs permettait de les rejoindre autrement et d'ainsi réduire leur méfiance, en plus de faciliter leur expression.

Ce projet de recherche vise donc à approfondir cette perspective, afin de déterminer si l'utilisation de l'art sous différentes formes peut avoir des bénéfices sur le déploiement de l'alliance thérapeutique avec les enfants en situation de vulnérabilité. Les résultats de cette recherche contribueront ainsi à élargir les connaissances dans ce domaine et à fournir aux intervenants et aux intervenantes des outils innovants pour leur pratique professionnelle.

### **1.3 LES PERTINENCES SCIENTIFIQUES**

Les recherches documentaires permettant la recension des écrits ont été faites via les bases de données *Social services abstracts (ProQuest)*, *Academic Search Complete (EBSCO)*, *Érudit*, *Repère* et *PsycInfo (APA)*, ainsi que via des moteurs de recherche comme *Google scholar* et *Sofia* (outils de recherche de la bibliothèque de l'UQAR). Les principaux concepts de cette recherche ont été déclinés en plusieurs mots clés, afin de repérer les références pertinentes. Par exemple, pour trouver des recherches sur l'alliance thérapeutique, différents mots ont été utilisés : alliance thérapeutique, alliance de travail, lien thérapeutique, relation thérapeutique, lien de confiance, etc. Ces mêmes mots ont également été utilisés en anglais : *therapeutic alliance*, *working alliance*, *therapeutic relationship*, etc. Tout en ajoutant à cela, les mots enfant, enfance, adolescent, adolescence, jeune, jeunesse ont été utilisés à la fois en anglais et en français.

### **1.3.1 L'importance de se situer : définition brève de l'alliance thérapeutique**

Une brève explication du concept d'alliance thérapeutique est présentée, afin d'en situer sa définition. Ce concept et les dimensions qui y sont associées seront plus largement définis au chapitre 2.

L'établissement d'une alliance thérapeutique constitue la base de toute démarche clinique et son atteinte est un indicateur clé de réussite de l'intervention (Bachelart, 2012; Baillargeon et Puskas, 2013; Fontaine et Turcotte, 2017; Sturm et al., 2016; Thibault, 2017). En d'autres mots, l'efficacité d'une intervention serait en partie attribuable à la force de l'alliance thérapeutique (Lecomte et al., 2004; Saint-Jean et Dufour, 2020; Thibault, 2017). Selon la conceptualisation de Bordin (1979), l'alliance thérapeutique comprend trois dimensions essentielles et interdépendantes. La première dimension est l'accord sur les buts de l'intervention, qui se définit par un commun accord (entre la personne aidée et l'intervenant ou l'intervenante) sur les objectifs d'intervention. La deuxième dimension est l'accord sur les activités réalisées. Il est question ici d'avoir un accord commun sur les moyens qui seront mis en place pour parvenir à répondre aux objectifs d'intervention. La troisième dimension est la qualité du lien, qui s'illustre par un lien de confiance significatif entre la personne aidée et l'intervenant ou l'intervenante. À cela s'ajoute l'importance de considérer les caractéristiques spécifiques de la personne aidée et de la personne intervenante (Bordin, 1979). Ainsi, l'alliance thérapeutique repose sur la collaboration et l'engagement de toutes les parties impliquées, dans une perspective centrée sur la personne aidée (Bordin, 1979; Nadeau, 2017; Thibault, 2017).

## 1.3.2 La spécificité de l'alliance thérapeutique avec les enfants : état des connaissances à ce jour

### 1.3.2.1 *Que sait-on de l'alliance thérapeutique avec la clientèle jeunesse?*

Bien que la conception théorique de Bordin (1979) sur l'alliance thérapeutique soit reconnue et très utilisée dans les processus d'intervention, elle ne semble pas suffisamment adaptée à la réalité singulière des enfants (Baylis et al., 2011; Cournedé, 2015; Pagnotta et al., 2018; Sturm et al., 2016). En effet, créée initialement pour intervenir auprès d'une clientèle adulte, elle aurait été simplement généralisée à la clientèle enfantine. Pourtant, plusieurs auteurs et autrices constatent que le déploiement d'une alliance thérapeutique ne se construit pas de la même manière avec un ou une enfant qu'avec un ou une adulte (Baylis et al., 2011; Cournedé, 2015) et relèvent la nécessité de prendre en compte certaines conditions particulières (Baylis et al., 2011; Campbell et al., 2011; Côté, 2011; Cournedé, 2015; Digiuseppe et al., 1996; McLeod, 2011; Pagnotta et al., 2018; Saint-Jean et Dufour, 2020). On peut penser, par exemple, aux changements fréquents de stades de développement vécus par les enfants, à leur niveau de maturité (connaissance de soi limitée), au fait qu'ils et qu'elles consultent les services d'aide de manière souvent involontaire (pouvant être amenés ou influencés par une tierce personne) et à leur plus grande difficulté à percevoir les défis qu'ils et qu'elles rencontrent (Cournedé, 2015; Marteau et al., 2013; McLeod, 2011; Pagnotta et al., 2018). On constate également que les enfants ayant vécu différents événements d'adversité durant leur enfance auront plus de difficulté à développer une alliance thérapeutique, en raison des enjeux d'attachement souvent observés, et cela poserait tout compte fait plus de défis pour les intervenants et les intervenantes qui travaillent auprès d'eux et d'elles (Côté, 2011).

Par ailleurs, chez les adolescents et adolescentes suivis en protection de la jeunesse, plusieurs autres éléments compliquent l'établissement de l'alliance thérapeutique. D'une part, une étude menée avec des jeunes (6 garçons âgés entre 15 et 17 ans) en unité de réadaptation met en évidence plusieurs obstacles, notamment l'ambiguïté du rôle de l'intervenant et l'intervenante qui oscille entre celui de personne professionnelle et de

substitut parental, la distance professionnelle excessive, ainsi que le manque de continuité et de stabilité de l'équipe d'intervention (Colle-Plamondon, 2013). D'autre part, une seconde étude portant sur l'accompagnement à la vie adulte, toujours en protection de la jeunesse, révèle une autre difficulté. On remarque que dans ce contexte, il est plus difficile pour ces jeunes de s'ouvrir et de faire confiance à un intervenant ou à une intervenante, sachant que le suivi prendra fin bientôt, à leurs 18 ans (moins 1 jour) (Nadeau, 2017).

Enfin, ces différents éléments mettent en lumière la complexité du développement de l'alliance thérapeutique avec la clientèle jeunesse et la nécessité de s'y intéresser davantage.

#### ***1.3.2.2 Les dimensions de l'alliance thérapeutique : quels sont les constats?***

Face à cette complexité spécifique reliée au développement de l'alliance thérapeutique avec les enfants, divers constats et perspectives émergent quant à la manière de repenser et d'enrichir l'utilisation de ce concept dans la pratique professionnelle.

D'une part, certains auteurs et certaines autrices tendent à montrer que les enfants porteraient en premier lieu une plus grande attention à l'aspect affectif de la relation (lien de confiance), plutôt qu'aux aspects cognitifs (accord sur les buts de l'intervention et accord sur les activités réalisées) (Cournede, 2015; Karver et al., 2006; McLeod, 2011). On explique cette hypothèse par le besoin des enfants d'éprouver des émotions et des sentiments positifs envers l'intervenante ou l'intervenante qu'ils ou qu'elles rencontrent. Cette connexion initiale serait déterminante afin que, dans un deuxième temps, ils ou elles s'ouvrent aux propositions de l'intervenante ou de l'intervenante face aux buts et activités relatives à l'intervention (Cournede, 2015; Karver et al., 2006). Ainsi, miser sur l'aspect affectif, d'abord et avant tout, semble être une avenue prometteuse, pour ensuite être en mesure d'obtenir un accord commun sur les buts de l'intervention et sur les activités d'intervention. Les chercheurs et chercheuses suggèrent donc de porter une attention particulière à la dimension du lien dans les études à venir sur ce thème de l'alliance thérapeutique en contexte d'intervention auprès des enfants.

Pour d'autres auteurs et autrices, une dimension culturelle devrait être ajoutée à celles déjà existantes (Pognotta et al., 2018; Saint-Jean et Dufour, 2020; Sturm et al., 2016). Selon eux et elles, l'alliance thérapeutique est trop souvent vue comme un construit homogène où les identités sociale et culturelle (par exemple : la culture d'origine, les valeurs, les coutumes, la langue, etc.) de l'enfant et de sa famille ne sont pas suffisamment prises en compte. Une meilleure compréhension de ces aspects influencerait positivement le déploiement et le maintien de l'alliance thérapeutique (Saint-Jean et Dufour, 2020; Sturm et al., 2016). Ainsi, les paramètres culturels propres à chaque enfant doivent être pris en compte, permettant ainsi de mieux comprendre les influences potentielles pouvant entraver ou faciliter le déploiement de l'alliance thérapeutique. Pour ce faire, deux des études recensées constatent l'importance d'un partage culturel, dès l'amorce de la relation, entre l'enfant (et sa famille) et l'intervenant ou l'intervenante (Saint-Jean et Dufour, 2020; Sturm et al., 2016). Ce partage implique un échange sur les différences culturelles, telles que les valeurs, les coutumes et les activités culturelles importantes pour eux et elles et sur les éléments clés du parcours migratoire (Saint-Jean et Dufour, 2020; Sturm et al., 2016).

Enfin, McLeod (2011) recommande que certains facteurs soient davantage pris en compte dans les prochaines recherches s'intéressant à l'alliance thérapeutique auprès des enfants. Il croit que pour avoir une compréhension plus globale de l'alliance thérapeutique, les composantes reliées à la relation d'aide devraient être considérées. Il est question ici de la volonté de l'enfant à être suivi, de la personne qui a fait la référence aux services, du type de problème pour lequel l'enfant consulte, des caractéristiques démographiques de l'enfant, de l'environnement où se déroule l'intervention, de l'âge de l'enfant et de l'assiduité de l'enfant à ses rendez-vous.

### ***1.3.2.3 Les caractéristiques de l'enfant et de l'intervenant ou l'intervenante***

Dans la littérature, on remarque que certaines caractéristiques particulières, autant chez l'enfant que chez l'intervenant et l'intervenante, viennent influencer le déploiement de l'alliance thérapeutique. Plusieurs caractéristiques sont répertoriées dans différentes études

et, dans le but d'en faire un bilan et de mieux les énumérer, les données recensées ont été regroupées.

Du côté de l'intervenant et de l'intervenante, on retrouve l'honnêteté (Côté, 2011; Fontaine et Turcotte, 2017), l'empathie (Campbell et al., 2011; Fontaine et Turcotte, 2017; Karver et al., 2006; Nadeau, 2017; Saint-Jean et Dufour, 2020), la considération de l'autre (Colle-Plamondon, 2013), la gentillesse (Baylis et al., 2011; Colle-Plamondon, 2013), l'ouverture à l'autre (Côté, 2011; Saint-Jean et Dufour, 2020), l'assurance (Côté, 2011; Fontaine et Turcotte, 2017), la conscience de soi (Campbell et al., 2011; Fontaine et Turcotte, 2017), les habiletés de communication (Kraver et al., 2006) et la créativité (Campbell et al., 2011). En plus de ces caractéristiques, l'adoption d'une approche progressive et développementale semble être adaptée au déploiement d'une alliance thérapeutique avec les enfants (Baylis et al., 2011; Côté, 2011). Cela se traduit par un engagement actif de l'intervenant et de l'intervenante, de telle sorte qu'il et qu'elle ajuste ses interventions au fil du temps et au fil des étapes du développement de l'enfant. Enfin, les enfants sont plus affectés par les comportements et les attitudes des intervenants et des intervenantes à leurs égards, que par les orientations d'intervention qu'ils et qu'elles proposent (Baylis et al., 2011). Par exemple, un intervenant ou une intervenante qui adopte une attitude de fermeture affecterait davantage l'enfant, contrairement à un intervenant ou à une intervenante qui, par exemple, proposerait une activité d'intervention inadaptée pour le niveau de compétence de l'enfant.

Du côté des enfants, considérant qu'ils et qu'elles ne choisissent souvent pas volontairement de participer à une intervention, leur désir et leur volonté de changement représentent des éléments clés facilitant leur engagement dans l'alliance thérapeutique (Cournede, 2015; Digiuseppe et al., 1996; Karver et al., 2006; McLeod, 2011). Il s'agit ici de s'intéresser par exemple à leurs motivations et aux éléments sur lesquels ils souhaitent s'améliorer. En ce sens, il est pertinent de vérifier les informations relatives à la provenance de la demande d'aide : qui la demande vient-elle véritablement? L'enfant désirait-il ou désirait-elle réellement ce suivi? (Baylis et al., 2011; Cournede, 2015; McLeod, 2011). La connaissance de soi et le niveau de maturité constituent également des leviers pouvant aider

au développement du lien (Cournede, 2015; Digiuseppe et al., 1996). Il s'agit de savoir si l'enfant est capable d'une certaine introspection, qui lui permettra de parler par exemple de lui ou d'elle (de sa vie, de ses forces, de ses défis, etc.) (Baylis et al., 2011; Cournede, 2015; McLeod, 2011).

Certains auteurs et certaines autrices abordent aussi l'importance de considérer les caractéristiques propres à la relation. Parmi ces caractéristiques, on retrouve notamment la confiance mutuelle (Campbell et al., 2011; Colle-Plamondon, 2013; Digiuseppe et al., 1996; Saint-Jean et Dufour, 2020), la proximité relationnelle (Baylis et al., 2011; Saint-Jean et Dufour, 2020), le sentiment mutuel d'affection (Baylis et al., 2011; McLeod, 2011), l'amusement (jeu) (Baylis et al., 2011) et la communication (Karver et al., 2006).

#### ***1.3.2.4 La sous-représentation des études menées avec les enfants***

La perspective des enfants dans le processus du déploiement de l'alliance thérapeutique a été peu étudiée et on constate que les études menées sont peu récentes. Plusieurs chercheurs et chercheuses s'entendent pour dire qu'il y a présence d'une sous-représentation du point de vue des enfants dans les recherches actuelles (Baylis et al., 2011; Digiuseppe et al., 1996; Saint-Jean et Dufour, 2020). En effet, un écart important demeure entre le nombre de recherches menées sur ce sujet auprès des adultes et le nombre de celles menées auprès des enfants.

La plupart des études recensées s'appuient sur la parole et sur l'expérience d'adolescents et d'adolescentes (12-17 ans) (Colle-Plamondon, 2013; Nadeau, 2017; Pagnotta et al., 2018; Saint-Jean et Dufour, 2020). Seulement quelques recherches recensées ont recueilli la parole des enfants (12 ans et moins) (Baylis et al., 2011; Marteau et al., 2013). Parmi l'ensemble de ces recherches portant sur l'alliance thérapeutique avec la clientèle jeunesse, la majorité porte sur des jeunes en contexte d'intervention non volontaire et/ou des jeunes issus de l'immigration.

Par ailleurs, il y a très peu de recherches faites au Québec. De surcroît, les écrits proviennent en majorité du domaine de la psychologie ou de la psychoéducation. Et cette majorité d'études encourage la tenue d'autres études portant sur l'alliance thérapeutique avec les enfants, afin d'agrandir le champ des connaissances (Baylis et al., 2011; Marteau et al., 2013; Saint-Jean et Dufour, 2020). Il y a donc définitivement une place à prendre en travail social pour contribuer au développement des connaissances dans ce vaste thème.

Enfin, il semble indéniable que les études doivent accorder plus de place à la parole des enfants ainsi qu'à leur vision et à leur propre représentation, puisqu'ils et qu'elles sont des actrices et des acteurs clés dans la compréhension de l'alliance thérapeutique (Baylis et al., 2011; Campbell et al., 2011).

### **1.3.3 La participation des enfants en recherche**

Le constat concernant la place limitée des enfants dans les études portant sur l'alliance thérapeutique peut se généraliser sur l'ensemble des recherches menées sur les réalités vécues à l'enfance. En effet, de manière générale, les discours des enfants sont peu pris en compte dans la production des savoirs (Côté et al., 2020). La place des enfants en recherche tend à être vue comme souhaitable, mais est encore trop peu considérée comme nécessaire, voire essentielle (Levrard, 2020). Pourtant, on souligne l'importance d'intégrer la parole des enfants en situation de vulnérabilité dans les processus de recherche (Clément et Milani, 2018). Lorsqu'elles et ils sont impliqués en recherche, il y a plus de chance que ces enfants s'investissent, par la suite, dans les processus de changement entourant les contextes d'intervention (Chamberland et al., 2015).

Ce manque de reconnaissance du point de vue des enfants dans la recherche s'explique en partie par le fait que les réalités associées à l'enfance représentent des défis pour un nombre important de chercheurs et de chercheuses en sciences sociales et c'est pourquoi beaucoup de sujets demeurent inexplorés, selon leur point de vue (Côté et al., 2020). De ce fait, il importe de promouvoir la recherche centrée sur les enfants, en accordant une attention

particulière à leur expression et à leur opinion sur les questions et sur les sujets qui les concernent. Il importe donc de soutenir la réalisation de recherches centrées sur les enfants.

#### **1.3.4 L'utilisation de médium artistique en recherche avec les enfants**

Dans la section précédente abordant les pertinences cliniques, on évoquait la possibilité que l'utilisation des médiums créatifs facilite l'expression des enfants, favorisant ainsi un climat plus propice à l'intervention auprès des enfants en situation de vulnérabilité. Néanmoins, il s'agit d'un constat émergent et il se répercute également dans le domaine de la recherche. L'utilisation de l'art demeure un horizon peu exploré dans les recherches qualitatives traditionnelles (Labrie, 2020). Pourtant, son utilisation en recherche permettrait d'avoir accès « autrement » aux savoirs, en agissant « avec » la personne, plutôt qu'en agissant « sur » ou « pour » la personne (Côté et al., 2020; Labrie, 2020). De manière similaire à l'intervention, l'utilisation des médiums créatifs permettrait aux chercheurs et aux chercheuses de rejoindre plus facilement des personnes marginalisées, opprimees, précarisées ou exclues, grâce au potentiel facilitateur de l'art (Labrie, 2020). De ce fait, les enfants en situation de vulnérabilité pourraient bénéficier des apports de l'utilisation des médiums artistiques, en recherche.

En bref, l'utilisation de l'art permet d'offrir la possibilité d'entrer en relation avec le chercheur ou la chercheuse de manière différente, afin que les personnes interviewées puissent se dévoiler dans des conditions favorables et bienveillantes. Aucune des lectures repérées portant sur le concept de l'alliance thérapeutique n'opte pour des méthodes créatives dans leur collecte de données.

### **1.4 LES LIMITES DES ÉTUDES ACTUELLES ET L'ORIGINALITÉ DE CETTE RECHERCHE**

À la lumière des éléments présentés dans ce chapitre de problématisation, des questions centrales demeurent : « Pourquoi avoir si peu étudié l'expérience vécue par les enfants qui développent une alliance thérapeutique avec un intervenant et une intervenante? Quelle

spécificité accorde-t-on réellement à l'expérience des enfants? » Ces questions me portent à croire que de nombreuses avenues restent à explorer dans ce champ spécifique d'étude. Le point de vue des enfants reste largement méconnu et les études portant sur l'alliance thérapeutique avec cette clientèle demeurent nettement moins nombreuses que celles avec les adultes (Baylis et al., 2011; Digiuseppe et al., 1996; McLeod, 2011). Cela engendre un manque de recherches qui offrent des recommandations en adéquation avec leurs besoins, et ce, de manière encore plus marquée pour les enfants de 12 ans et moins. Il est crucial de souligner, encore une fois, que sans leur voix, la vision centrée sur les besoins des enfants ne peut pas être atteinte. Il devient donc difficile pour les enfants de s'impliquer dans un processus de changement. La représentation des facteurs qui facilitent et qui entravent la création de l'alliance thérapeutique entre un intervenant ou une intervenante reste ainsi incomplète.

Par ailleurs, la plupart des écrits proviennent du domaine de la psychologie ou du domaine de la psychoéducation. La spécificité du travail social n'a donc pas pu contribuer à l'application de ce concept en intervention sociale.

De plus, la plupart des études ne tiennent pas compte des caractéristiques environnementales, sociales et culturelles dans lesquelles la population cible vit et se développe. L'alliance est davantage étudiée comme un construit relationnel, mais sans réellement prendre en compte l'environnement qui peut, lui aussi, venir influencer cette alliance thérapeutique. Étant donné l'importance de l'interaction entre la personne aidée et son environnement dans la pratique du travail social (Drolet et al., 2017), il me semble essentiel de porter une attention particulière à cet aspect dans un mémoire réalisé dans ce champ disciplinaire.

Cela dit, cette recherche aspire à approfondir la compréhension de ce thème d'une manière novatrice. Les données seront récoltées de multiples façons, à travers l'utilisation des médiums d'expression créatifs, afin d'offrir aux enfants des voies de partage singulières. Une attention particulière sera mise sur l'établissement de conditions propices, bienveillantes et adaptées à la réalité des enfants, afin de garantir que leurs paroles, leurs droits et leurs

intérêts soient au cœur de la mise en œuvre de ce projet. Souhaitons que cet éclairage nouveau apporte des appuis complémentaires et des pistes de réflexion aux limites présentées. Donnons une voix aux enfants et accordons de l'importance à leur vécu et à leur unicité!

## **1.5 LA QUESTION ET LES OBJECTIFS DE RECHERCHE**

Cette recherche vise à répondre à la question suivante : comment favoriser, selon la perspective des enfants, le développement de l'alliance thérapeutique entre un ou une enfant et un intervenant ou une intervenante, dans le cadre d'une démarche d'intervention? Plus spécifiquement, les objectifs ciblés sont de :

- A. Documenter les habiletés/attitudes d'intervention qui, selon les enfants, influencent le déploiement de l'alliance thérapeutique;
- B. Documenter la perception des enfants par rapport aux dimensions de l'alliance thérapeutique et l'importance qu'ils et qu'elles y accordent;
- C. Documenter les éléments de l'environnement physique où se déroule l'intervention qui, selon les enfants, viennent faciliter la création de leur alliance avec l'intervenant et l'intervenante;
- D. Formuler des recommandations aux intervenants et aux intervenantes qui œuvrent auprès de cette clientèle, à l'aide de la parole des enfants.



## **CHAPITRE 2**

### **CADRE CONCEPTUEL**

Ce deuxième chapitre présente de manière explicite la démarche d’induction modérée, ainsi que les différents ancrages théoriques et conceptuels qui ont servi au déploiement de cette recherche. Ces différentes notions qui constituent mon cadre conceptuel sont expliquées en détail et, par la suite, illustrées de manière synthétique par un schéma visuel représentant ces divers concepts clés.

#### **2.1 LA DÉMARCHE D’INDUCTION MODÉRÉE**

Le cadre conceptuel créé pour cette recherche s’inspire de l’approche d’induction modérée (Mukamurera et al., 2006; Savoie-Zajc, 2000, 2004). Cette approche se situe entre l’induction pure et la déduction pure. En induction modérée, le chercheur ou la chercheuse reconnaît la présence des théories existantes, tout en laissant place à ses propres savoirs expérientiels, aux données issues d’autres recherches ainsi qu’au fait qu’il est envisageable que de nouvelles perspectives puissent émerger au fil de l’étude. C’est pourquoi, lors de l’élaboration de la recherche, un premier assemblage de ces différents repères est créé, et ce, dans la visée d’orienter le chercheur ou la chercheuse dans le déploiement de sa recherche. Ces savoirs réunis forment le point d’ancrage du présent cadre conceptuel. Toutefois, ces repères pris en compte au début de la recherche seront amenés à évoluer et à être modifiés selon les informations qui auront été récoltées tout au long du processus de collecte et d’analyse des données. Le cadre conceptuel présenté dans ce chapitre est celui qui a été initialement créé, mais ses modifications et son évolution seront exposées dans le chapitre de la discussion.

## 2.2 LES ANCRAJES THÉORIQUES ET CONCEPTUELS

### 2.2.1 La conception de l'alliance thérapeutique

Dans le premier chapitre, l'alliance thérapeutique a été définie sommairement. Dans une visée de compréhension plus approfondie de ce concept, celui-ci sera ici davantage explicité. Cela permettra dans un premier temps de comprendre l'influence de ce concept en intervention et plus spécifiquement au domaine du travail social et, dans un deuxième temps, de définir plus largement les éléments inhérents qui y sont reliés.

#### 2.2.1.1 *L'influence de l'alliance thérapeutique développée par Bordin (1979) : de la psychologie au travail social*

La majorité des écrits recensés sur l'alliance thérapeutique se base sur la conceptualisation théorique élaborée par Bordin (1979) (Bachelart, 2012; Baillargeon et Puskas, 2013; Bioy et Bachelart, 2010; Chapuis, 2020; Côté, 2011; Cournedé, 2015; McLeod, 2011; Pagnotta et al., 2018; Saint-Jean et Dufour, 2020). Cela témoigne ainsi de la crédibilité qu'on lui accorde. Autrefois considérée comme une notion essentiellement liée au domaine de la psychologie, l'alliance thérapeutique est désormais reconnue comme porteuse de sens dans la pratique du travail social, et ce, pour son impact sur la réussite et la qualité des interventions (Sigouin, 2023; Thibault, 2017). En effet, dans un des ouvrages classiques du travail social, soit *La Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*, il est rapporté que l'alliance thérapeutique représente un facteur d'influence dans le processus de changement entre la personne aidée et le travailleur social ou la travailleuse sociale. Elle influence directement les résultats de l'intervention, puisque l'alliance thérapeutique mise sur le niveau de partenariat, la qualité du lien affectif, l'établissement de consensus et l'établissement partagé du plan d'intervention (Thibault, 2017).

D'autres chercheurs et chercheuses du domaine du travail social soulignent que la conception théorique de l'alliance thérapeutique de Bordin s'adapte bien au contexte de leur

profession (Alexander, 2013; Sigouin, 2023). En effet, Bordin met l'accent sur les notions de collaboration, de partenariat, de respect mutuel, de confiance, d'engagement et sur l'importance réelle qu'il accorde à la relation (Alexander, 2013). On y retrouve ainsi des principes fondamentaux inhérents au travail social, en plus d'être en cohérence avec les valeurs humanistes qui définissent la pratique professionnelle (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec [OTSTCFQ], 2025; Thibault, 2017). Le modèle de l'alliance thérapeutique me semblait ainsi tout indiqué comme assise théorique à cette recherche.

### ***2.2.1.2 L'alliance thérapeutique, un concept universel***

L'alliance thérapeutique représente un concept universel et fait ainsi partie de tous processus d'intervention (Bordin, 1979; Cournede, 2015), peu importe la profession en relation d'aide ou l'approche préconisée (Chapus, 2020). Cette alliance peut se développer dès qu'une personne exprime le désir de changer sa situation et qu'une personne professionnelle de la relation d'aide est présente pour l'accompagner dans ce processus de changement (Bordin, 1979). En effet, l'alliance thérapeutique met en lumière l'importance que revêt l'aspect relationnel dans la résolution d'une situation problématique. Ainsi, l'alliance thérapeutique joue un rôle crucial en incitant la personne aidée à s'engager dans la voie du changement, favorisant ainsi cette personne à adhérer aux suivis et à maintenir sa participation (Bachelart, 2012; Bordin, 1979; Thibault, 2017).

### ***2.2.1.3 La présentation des trois dimensions de l'alliance thérapeutique***

Comme mentionné brièvement au chapitre 1, l'alliance thérapeutique se compose de trois dimensions : (1) la qualité du lien ; (2) l'accord sur les buts de l'intervention et (3) l'accord sur les activités réalisées (Bordin, 1979); dimensions qui sont interdépendantes et essentielles à un accompagnement clinique de qualité (Baillargeon et Puskas, 2013; Bordin,

1979). Elles sont également reconnues comme étant dynamiques, puisqu'elles s'adaptent au gré du processus d'intervention, cela en vue de respecter l'évolution de la situation et ainsi demeurer porteuses de sens (Bachelart, 2012; Baillargeon et Puskas, 2013; Cournede, 2015). Par exemple, les buts de l'intervention et les activités qui la composent, déterminés au début du suivi, peuvent être amenés à se modifier au fil du temps et la qualité du lien peut elle aussi varier en intensité et en significativité (passant des moments forts à des moments de rupture).

#### 2.2.1.3.1 La dimension de la qualité du lien

La dimension de la qualité du lien de confiance se définit par la présence d'une relation de confiance, c'est-à-dire une relation respectueuse et non menaçante (Bachelart, 2012; Cournede, 2015; Elyson, 2017). Il s'agit de la capacité mutuelle de la personne aidée et de l'intervenant et l'intervenante à avoir confiance l'une envers l'autre, à croire qu'un changement peut exister, à entretenir une perception positive de l'autre et à exprimer une volonté mutuelle de s'engager et de s'impliquer dans la relation thérapeutique (Bordin, 1979; Chapuis, 2020; Cournede, 2015). Pour atteindre cette dimension, la personne aidée doit se sentir comprise, respectée, estimée (Bioy et Bachelart, 2010; Nadeau, 2017) et elle doit sentir la présence d'un climat d'ouverture et de non-jugement (Elyson, 2017). Pour atteindre cela, Elyson (2017) définit certaines habiletés incontournables devant être développées et mises à profit par l'intervenant ou l'intervenante : « le non-jugement, l'acceptation, l'empathie, l'ouverture, la bienveillance et la disponibilité » (p. 125), et ce, afin de : « (1) rendre le client à l'aise, (2) créer un sentiment de confiance et de sécurité, (3) respecter le client (rythme et façon d'être), (4) être capable de s'ajuster au client, (5) écouter le client et le comprendre » (p. 125). En bref, il s'agit de développer une proximité relationnelle favorable au développement de l'alliance thérapeutique (Cournede, 2015).

#### 2.2.1.3.2 La dimension de l'accord sur les buts de l'intervention

La dimension de l'accord sur les buts de l'intervention représente le choix des objectifs d'intervention, autrement dit les visées qui seront déterminées afin de parvenir à la résolution du problème (Bachelart, 2012; Bordin, 1979). L'intervenant ou l'intervenante doit arriver à démontrer à la personne aidée qu'elle est aussi responsable de son rétablissement. C'est pourquoi tous deux et toutes deux devront être en accord avec le choix des objectifs à cibler dans le plan d'intervention (Chapuis, 2020, Cournede, 2015; Nadeau, 2017). En ce sens, il s'agit d'établir les balises du travail conjoint qui sera investi vis-à-vis du ou des problèmes identifiés (Baillargeon et Puskas, 2013). Pour y parvenir, l'intervenant ou l'intervenante doit faire part de son analyse de la situation problématique ou des situations problématiques à la personne aidée, de manière à ce qu'elle puisse réagir à cette opinion clinique (en la validant, en la critiquant ou en la confrontant) (Thibault, 2017). Cela leur permettra d'atteindre une motivation mutuelle pour le changement et la mise en action (Bordin, 1979). Une fois l'entente établie en ce qui a trait à la situation sur laquelle repose le problème, les choix des objectifs pourront, entre autres, viser l'amélioration de la situation de la personne aidée, la réduction d'un symptôme ou d'un comportement particulier, la prise d'une décision, une meilleure compréhension de son fonctionnement, etc. (Cournede, 2015).

#### 2.2.1.3.3 La dimension de l'accord sur les activités réalisées

La dimension portant sur l'accord des activités réalisées repose sur le principe de la collaboration (Bordin, 1979). Pour Cournede (2015), les prémisses de cette collaboration sont la présence d'un pouvoir partagé, d'une participation conjointe à contrer les difficultés rencontrées par la personne aidée et d'une compréhension mutuelle. Il s'agit de cibler pour eux et pour elles des activités pertinentes qui ont le potentiel de créer un réel changement dans la situation de la personne aidée (Bordin, 1979). Le choix des activités doit être adapté au contexte de la personne aidée, c'est-à-dire qu'il ne doit pas dépasser son seuil d'inconfort et qu'il doit demeurer adapté à ses attentes (Baillargeon et Puskas, 2013; Cournede, 2015). Par ailleurs, le choix des activités doit être étroitement lié aux objectifs d'intervention

déterminés et doit suffisamment motiver la personne aidée, et ce, tout au long du processus de l’engagement à l’action (Bioy et Bachelart, 2010; Courmede, 2015).

#### ***2.2.1.4 Les caractéristiques de la personne aidée et de la personne intervenante***

Dans le chapitre 1, diverses caractéristiques relevées dans la littérature concernant les enfants ainsi que les intervenants et les intervenantes ont été recensées. L’objectif de ce paragraphe n’est pas d’enrichir cette voie théorique, mais plutôt de démontrer la pertinence de ces caractéristiques dans la conceptualisation de l’alliance thérapeutique. Selon Bordin (1979), les caractéristiques de la personne aidée et de l’intervenant ou l’intervenante peuvent avoir une incidence directe sur le développement de l’alliance thérapeutique, considérant l’influence significative qu’elles ont sur la relation. En effet, ces différentes caractéristiques représentent une variable importante dans le déploiement de l’alliance thérapeutique et cela ne doit pas être laissé pour compte (Lecomte et al., 2004). C’est pourquoi il doit y avoir la présence d’une certaine réciprocité entre les caractéristiques respectives de la personne aidée et de l’intervenant ou de l’intervenante (Bordin, 1979). Les caractéristiques dont il est question sont souvent reliées à nos propres besoins et désirs (Bordin, 1979). Toutefois, de manière globale et toujours selon Bordin (1979), certaines caractéristiques ont davantage d’influence. Pour la personne aidée, il s’agit de sa classe sociale; son état psychologique; ses facteurs situationnels (contexte de vie de la personne et de son environnement); sa volonté à parler de ses sentiments; de ses expériences passées, etc. Pour l’intervenant ou l’intervenante, il s’agit des approches d’intervention utilisées; de sa capacité à avoir une sensibilité empathique et de son désir de prendre soin de l’autre. L’engagement au sein d’une alliance thérapeutique exige une disponibilité à soi et envers l’autre ainsi que certaines caractéristiques pouvant influencer cette disponibilité, ce qui en fait des éléments importants à considérer (Lecomte et al., 2004).

En bref, issus de la conceptualisation de l’alliance thérapeutique et du fait de leur importance, quatre éléments se retrouvent dans mon cadre conceptuel, notamment les trois

dimensions susmentionnées ainsi que le concept des caractéristiques propres à la personne aidée et à l'intervenant ou l'intervenante.

## **2.2.2 Le concept d'enfant en situation de vulnérabilité**

Dans les écrits scientifiques, le concept d'enfant en situation de vulnérabilité est critiqué et équivoque (Côté et al., 2020). Néanmoins, cette appellation est de plus en plus utilisée dans les recherches portant sur l'ensemble des disciplines alliant les enfants et les sciences sociales (Becquet, 2012). De manière générale, il n'est pas simple de définir le concept de vulnérabilité, puisque chaque critère de vulnérabilité mérite d'être analysé afin de déterminer s'il ajoute une fragilité à la personne (INSPQ, 2023). Par exemple, vivre dans une famille monoparentale peut être perçu comme un facteur de vulnérabilité pour un ou une enfant. Cependant, si le parent est soutenu par un vaste réseau familial et amical, cette situation peut ne plus constituer une source de vulnérabilité pour l'enfant.

La vulnérabilité peut se définir comme un état, ou même encore, comme un processus (Bellot et Loncle, 2013). Selon Lacharité (2021), la vulnérabilité fait partie intégrante de toutes nos trajectoires de vie et nous y sommes toutes et tous confrontés un jour ou l'autre. Ce contexte de vulnérabilité peut être temporaire, intermittent ou durable (prolongé) (Clément et Milani, 2018). Le concept de vulnérabilité représente « l'agir faible » d'une personne, cette dernière étant vulnérable lorsqu'elle se retrouve limitée, isolée et contrainte d'agir, de poser des actions ou de réfléchir (Lacharité, 2021). Il est important de souligner que ce n'est pas la personne qui est vulnérable, mais bien le contexte dans lequel elle grandit et se développe. Le concept de vulnérabilité serait donc davantage associé aux caractéristiques environnementales dans lesquelles évolue la personne (Clément et Milani, 2018). Il est question ici, par exemple, de personnes provenant de milieux sociaux et économiques précaires, de personnes provenant de milieux familiaux complexes (contexte de violence conjugale, de négligence, de problème de santé mentale, de dépendance, etc.), etc.

Un enfant en situation de vulnérabilité vit ou est à risque de vivre de la souffrance et de la détresse. Cela est d'autant plus vrai lorsque la période de vulnérabilité se prolonge (Bellot et Loncle, 2013). Duval et Bouchard (2013) perçoivent l'enfant en situation de vulnérabilité comme une ou un enfant qui est désavantagé, donc qui n'aurait pas les mêmes chances de réussite que d'autres enfants de sa communauté. Il est toutefois essentiel, avant d'affirmer qu'un ou qu'une enfant est en situation de vulnérabilité, de prendre en compte sa trajectoire de vie. Effectivement, il semble pertinent de comprendre qu'il n'y a pas seulement le parcours individuel de l'enfant qui affecte son développement et son bien-être, mais également tous les éléments structurels, familiaux et institutionnels qui ont façonné son parcours de vie (Bellot et Loncle, 2013). De ce fait, il est possible de voir une ou un enfant être impacté par une période de vulnérabilité et ensuite ne plus l'être, et ce, tout au long de son développement. En revanche, il est également possible qu'une ou qu'un enfant ne soit pas confronté, tout au long de sa trajectoire de vie, à de telles périodes de vulnérabilité.

Dans le but d'alléger l'écriture des prochains chapitres de ce mémoire, le terme « enfant » sera utilisé, plutôt qu'enfant en situation de vulnérabilité.

### **2.2.3 Le concept d'intervenant ou d'intervenante**

Bien que ce mémoire soit réalisé dans la discipline du travail social, je souhaitais élargir les résultats de cette étude à plusieurs professions connexes liées à la relation d'aide. Ainsi, j'ai fait le choix d'utiliser le terme « intervenants ou intervenantes » plutôt que « travailleurs sociaux ou travailleuses sociales » afin de désigner les personnes professionnelles qui sont en contact avec les enfants.

Cette décision a été motivée par le désir de ne pas limiter l'expression des enfants qui, à leur âge, peuvent ne pas faire la distinction entre les diverses professions du domaine de la relation d'aide. Mes expériences professionnelles m'ont aussi permis de constater que les enfants en situation de vulnérabilité multiplient les expériences de relation d'aide et qu'il est donc souvent difficile pour eux et elles de se rappeler du titre professionnel des divers

intervenants et intervenantes. En effet, selon Magnusson et al. (2020), les enfants peuvent éprouver de la difficulté à bien distinguer les différents rôles professionnels, en raison de leur niveau de compréhension et leur tendance à percevoir les « adultes aidants » de manière globale.

Ainsi, en optant pour le terme globalisant « intervenant ou intervenante », j'ai pour objectif d'éviter toute confusion et de favoriser une communication plus ouverte et plus libre des enfants, en tenant davantage en compte la manière dont ils ou elles perçoivent et expriment leurs expériences. En effet, je tenais à avoir accès à la multitude de leurs expériences en relation d'aide, estimant que cela allait également permettre une collecte de données plus diversifiée et riche et qu'ainsi la parole des enfants serait plus à même de soutenir d'autres domaines d'études, notamment ceux de la psychoéducation et de l'éducation spécialisée.

Par ailleurs, comme l'alliance thérapeutique est employée de manière similaire auprès de diverses professions en relation d'aide, il a semblé pertinent de parler du déploiement de l'alliance thérapeutique, dans un contexte plus large, entre un ou une enfant et un intervenant ou une intervenante.

Afin de donner suite à ce préambule, il importe de définir le terme intervenant ou intervenante. Ainsi, pour poser une assise au concept « intervenant ou intervenante », il est nécessaire de s'intéresser de prime abord au concept d'intervention psychosociale. L'intervention psychosociale ne peut exister sans qu'il y ait présence d'une relation entre un minimum de deux individus. L'intervenant ou l'intervenante agit à titre de facilitateur ou de facilitatrice des processus de changement et de transformation. Il y a ainsi un processus de co-construction entre la personne aidée et l'intervenant ou l'intervenante, afin de parvenir à identifier conjointement les défis, les forces et les besoins de la personne aidée (Bourassa-Dansereau et al., 2020).

Cela dit, dans le contexte précis de ce mémoire, cette personne, appelée intervenant ou intervenante, réalise des actions d'intervention psychosociale et se doit d'être formée en relation d'aide et porter l'un de ces titres professionnels : intervenant ou intervenante,

éducateur ou éducatrice, travailleur social ou travailleuse sociale, psychoéducateur ou psychoéducatrice.

#### **2.2.4 Le concept de caractéristiques culturelles, sociales et environnementales**

Ce concept est présenté et décortiqué en deux volets, d'une part : (1) l'importance de l'ajout des caractéristiques culturelles et (2) d'autre part, l'importance de l'ajout des caractéristiques sociales et environnementales.

Dans un premier temps, l'idée d'intégrer le concept de caractéristiques culturelles vient des résultats issus des deux articles scientifiques de Saint-Jean et Dufour (2018; 2020). Ces deux articles scientifiques traitent de l'alliance thérapeutique dans un contexte d'intervention non volontaire avec des jeunes issus de l'immigration. Ces deux recherches sont venues apporter un éclairage nouveau, en montrant la pertinence d'accorder une plus grande place aux aspects culturels propres aux enfants. On entend ici par aspects culturels l'ensemble de composantes qui caractérisent un groupe, telles que des caractéristiques physiques, des modes de vie, des systèmes de valeurs, des traditions et des croyances (INSPQ, 2021b). Saint-Jean et Dufour (2018; 2020) ont constaté que l'alliance thérapeutique est souvent perçue comme un construit homogène où l'identité culturelle n'est pas suffisamment prise en compte. La connaissance culturelle de l'enfant et de la famille permettrait à l'intervenant ou à l'intervenante d'adapter ses interventions en fonction, par exemple, des croyances culturelles de la famille, évitant ainsi de créer des ruptures à l'alliance thérapeutique (Côté, 2011). Ainsi, il m'apparaît pertinent de l'insérer à mon cadre conceptuel, pour que cet aspect soit pris en compte.

Dans un deuxième temps, comme il s'agit d'un mémoire en travail social, il m'apparaît pertinent d'intégrer le concept entourant les caractéristiques environnementales et sociales. Cela est justifié par l'importance accordée à l'environnement social dans le cadre des pratiques d'interventions et dans les méthodes d'analyse des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales (Turcotte et Deslauriers, 2017). Le concept des caractéristiques sociales

se détermine par les rapports présents entre les individus d'un groupe ainsi que par la façon dont les dynamiques de groupe se construisent. Certaines caractéristiques sont aussi considérées, comme l'âge, le revenu, la religion et l'éducation (INSPQ, 2021b). De son côté, le concept de caractéristiques environnementales réfère aux déterminants sociaux de la santé, englobant les conditions de naissance, de croissance, de vie, de travail, de vieillissement et de décès des individus. Cela est influencé par les conditions politiques, sociales et économiques (Organisation mondiale de la santé, 2009). En outre, Fontaine et Turcotte (2017) constatent qu'en contexte d'intervention avec des clientèles en situation de plus grande vulnérabilité, un bon nombre de travailleurs sociaux et de travailleuses sociales rencontrent des obstacles liés aux croyances divergentes. Ces obstacles, faisant référence à des clientèles exclues, marginalisées et en situation de grande précarité économique, peuvent impacter la relation d'aide et complexifier l'alliance thérapeutique (Fontaine et Turcotte, 2017). Ainsi, dans un contexte où l'étude vise à récolter la parole d'enfants en situation de vulnérabilité et considérant que chaque individu est influencé de diverses manières par son environnement, j'ai jugé indispensable d'inclure le concept de caractéristiques sociales et environnementales à mon cadre conceptuel.

## **2.2.5 Le concept de caractéristiques du lieu d'intervention**

La place accordée à l'environnement se fait voir aussi par les lieux physiques où se réalisent les interventions. Mon parcours professionnel m'a amenée à constater que ces espaces peuvent influencer favorablement ou défavorablement le développement de la relation et ainsi avoir un impact direct ou indirect sur le bien-être des enfants. Par exemple, les espaces lumineux, les aménagements extérieurs d'intervention, les décorations murales, etc., sont autant de caractéristiques qui peuvent avoir un impact sur tous les autres concepts susmentionnés. J'ai ainsi jugé pertinent d'intégrer le concept des caractéristiques de l'environnement physique afin de déterminer si les observations de mon expérience professionnelle seront corroborées par les enfants.

## 2.3 LE CADRE CONCEPTUEL INTÉGRATEUR

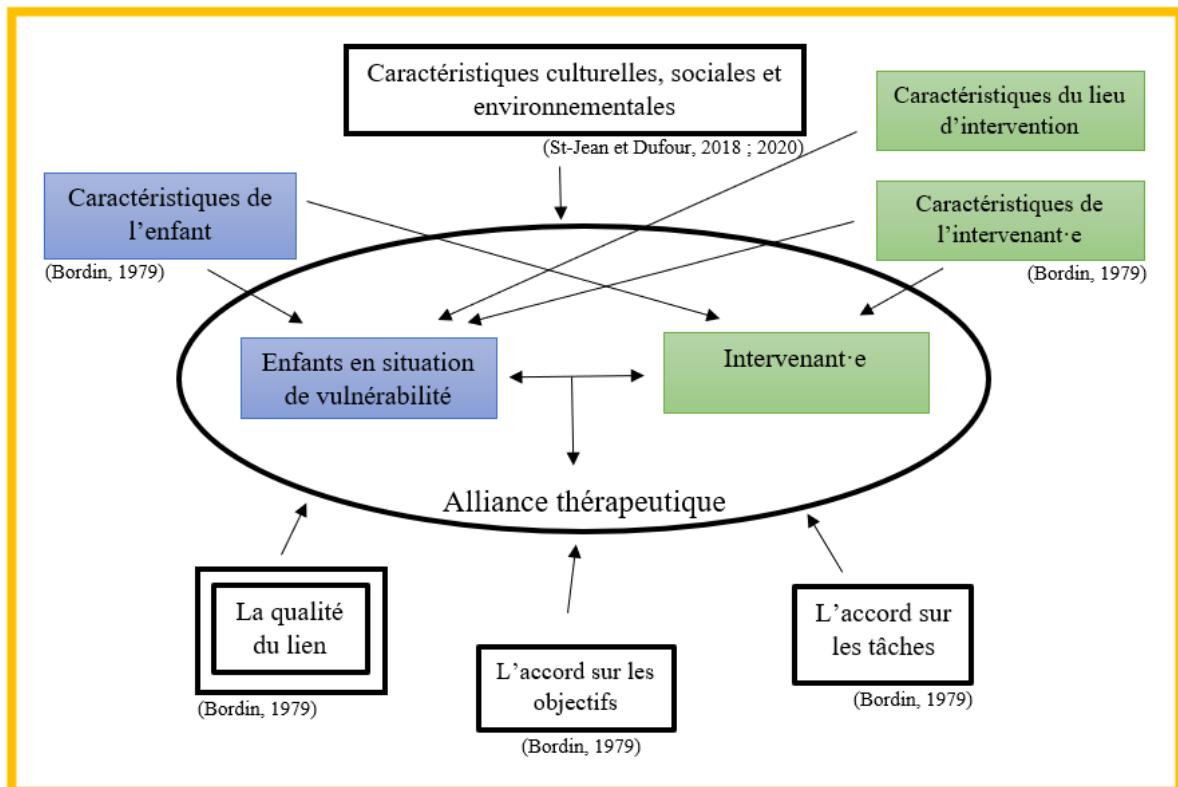


Figure 1. Cadre conceptuel intégrateur de cette recherche.

S'inspirant de tous les éléments expliqués précédemment, ce cadre conceptuel a été créé. La visée de ce schéma est d'apposer un visuel qui illustre les fondements de cette recherche ainsi que les différents liens qui existent entre tous ces concepts. Plus spécifiquement, il illustre les relations complexes entre les différents éléments influençant l'alliance thérapeutique entre un ou une enfant et un intervenant ou une intervenante. Voici comment les différents concepts sont interconnectés.

Le cercle fait référence à l'alliance thérapeutique qui unit l'enfant en situation de vulnérabilité et l'intervenant ou l'intervenante. Tous deux ou toutes deux sont au cœur de l'intervention.

À l'extérieur du cercle, plusieurs éléments ont été mis en lumière. D'une part, on remarque que les trois composantes de l'alliance thérapeutique viennent influencer l'alliance et que le concept du lien est entouré d'un double encadré, puisque l'on suppose qu'il impacte davantage le développement de l'alliance thérapeutique avec les enfants (Baylis et al., 2011; Mcleod, 2011). D'autre part, les caractéristiques de l'enfant, de l'intervenant ou de l'intervenante ainsi que le lieu de l'intervention viennent, à leur tour, influencer les deux parties prenantes de la relation et ainsi la dynamique de l'alliance thérapeutique. Par exemple, les caractéristiques de l'enfant viennent influencer à la fois sa disponibilité, sa présence et la posture de l'intervenant ou de l'intervenante. Pour terminer, le concept des caractéristiques culturelles, sociales et environnementales vient influencer de part et d'autre l'alliance thérapeutique.

En résumé, ce schéma montre que l'alliance thérapeutique est influencée par différents concepts et que son atteinte ne peut être possible sans la considération de toutes ces facettes.



## CHAPITRE 3

### ORIENTATION ÉPISTÉMOLOGIQUE ET CHOIX MÉTHODOLOGIQUES

Ce chapitre présente d'abord l'orientation épistémologique ainsi que les différentes approches de recherche qui guident cette étude. Seront décrites ensuite les procédures de recrutement, les stratégies de collecte de données ainsi que la méthode d'analyse des données. Enfin, les dimensions de rigueur et de scientificité et les considérations éthiques seront abordées.

#### 3.1 ORIENTATION ÉPISTÉMOLOGIQUE

Cette étude s'enracine dans le courant du constructivisme social (Guba et Lincoln, 1989; Guba et Lincoln, 1998) qui considère que la connaissance de la réalité est une construction constante. Cette réalité serait ainsi subjective et elle se construirait selon nos expériences à la fois individuelles et sociales (Guba et Lincoln, 1989; Guba et Lincoln, 1998). Dans un processus de recherche, par exemple, les interactions entre le sujet, le chercheur ou la chercheuse et ce que la recherche cherche à connaître sont prises en compte. Ainsi, ces interactions sociales complexes et interdépendantes, entre toutes les parties mentionnées ci-haut, influencent le processus de construction des savoirs, du fait de leurs visions du monde, leurs valeurs et leurs perceptions propres de la réalité (Avenir et Gavard-Perret, 2018; Guba et Lincoln, 1989; Guba et Lincoln, 1998). Ainsi, en tant qu'étudiante-rechercheuse, je participe à construire l'objet d'étude, par la façon dont je l'observe et en fonction de mes a priori, de mes représentations, de mes interactions, etc. De la même manière, les enfants rencontrés dans le cadre de ce projet jouent un rôle actif dans la construction de cette réalité et des savoirs qui en découlent, en partant de leur propre expérience. De ce fait, nous donnons un sens aux expériences que nous vivons et nous développons ensemble de nouvelles

connaissances et de nouvelles significations vis-à-vis le sujet de l'étude (Avenir et Gavard-Perret, 2018).

Ainsi, il est pertinent d'aborder ici la question de l'alliance thérapeutique, selon le point de vue des enfants. Comme mentionné dans le premier chapitre, la recherche avec et pour les enfants est de plus en plus reconnue et sollicitée pour mettre en valeur leurs réflexions dans la construction des savoirs. Les enfants sont donc, dans le présent projet, au cœur de la démarche de développement des connaissances.

## **3.2 APPROCHES DE RECHERCHE**

### **3.2.1 Approche qualitative**

La décision d'opter pour une recherche de nature qualitative s'est avérée un choix pertinent, voire évident, pour mener l'ensemble de cette étude. En cohérence avec la posture épistémologique, la recherche qualitative permet de miser sur le déploiement d'actions rendant possible l'émergence du « sens » (Paillé et Mucchielli, 2021). Ce faisant, la chercheuse ou le chercheur est interpellé par l'expérience des personnes participantes, telle qu'elle est vécue par eux ou elles, cela à partir de leurs perceptions, de leur ressenti.

L'intention de cette recherche est de s'intéresser aux relations qui unissent les enfants et les intervenants et les intervenantes, dans l'optique de mieux comprendre le déploiement de l'alliance thérapeutique entre eux et elles. Cette visée prend toute sa signification dans la mise en place de l'approche qualitative, sachant que celle-ci permet de donner la parole aux personnes directement concernées par l'objet d'étude et qu'elle s'intéresse aux phénomènes humains complexes, qui ne peuvent pas être explicités et contextualisés par les approches quantitatives (Paillé et Mucchielli, 2021).

### **3.2.2 Approche collaborative**

L'approche collaborative fait partie de l'arborescence des approches participatives puisqu'elle considère le point de vue des personnes concernées par le sujet de l'étude dans les différentes étapes du processus de recherche (Morissette, 2013). En effet, les personnes participantes sont amenées à contribuer à titre de personnes co-chercheuses et n'agissent donc pas seulement en tant qu'objet d'étude (Bradbury-Jones et Taylor, 2015; Camponovo et al., 2020). On parle ici d'une méthode de co-construction des savoirs, de sorte que l'expertise n'est plus seulement maintenue par le chercheur ou la chercheuse, elle est partagée avec les personnes participantes (Morissette, 2013). Cette approche souhaite d'abord et avant tout faire de la recherche AVEC et POUR les personnes participantes. L'utilisation de cette approche renforce ainsi la reconnaissance de leur vécu et de leur expertise. Elle évite la marchandisation de leur parole, c'est-à-dire l'utilisation de leurs propos à des fins stratégiques sans réelle prise en compte du sens donné par les enfants. Également, elle atténue les dynamiques de pouvoir, accordant une place prépondérante à leurs expériences et à leurs connaissances (Camponovo et al., 2020). De ce fait, consciente de ces avantages et de la présence de rapports de pouvoir dans les interactions enfants et adultes, cette approche m'est apparue toute en cohérence et pertinente surtout pour promouvoir des dynamiques équilibrées et égalitaires. De plus, en utilisant ce type d'approche, on contribue à faire cohabiter la réalité terrain, soit l'expérience et les besoins réels des enfants dans ce cas-ci, et le monde de la recherche, permettant le développement de connaissances sensibles et respectueuses du vécu des personnes concernées.

Par ailleurs, le temps est une variable importante dans une recherche de nature collaborative, de sorte que dans un projet de maîtrise, où les délais sont relativement restreints, cette approche n'a pas pu être mise en œuvre à son plein potentiel. Ce projet ne constitue donc pas une recherche purement collaborative, mais s'inspire de cette approche. Plus précisément, dans le cadre de ce projet de recherche, les enfants ont été impliqués dans la collecte de données, dans la validation de l'analyse des données récoltées ainsi que dans la création d'un outil de diffusion. Bien que cette approche n'ait pas pu être utilisée dans son

ensemble, les visées ont permis d'impliquer au maximum les enfants lors des étapes où il était réaliste et atteignable de le faire.

### 3.3 POPULATION À L'ÉTUDE ET ÉCHANTILLON

L'étude visait à recruter de six à huit enfants en situation de vulnérabilité, âgés de 8 à 12 ans, filles et garçons (en veillant à une plus grande parité possible).

Ce nombre a été choisi en fonction des recommandations de Pouliot et son équipe (2020). En effet, pour des enfants de 6 à 10 ans, il est suggéré de faire des groupes de quatre à six enfants et pour la tranche d'âge de 10 à 17 ans, il est recommandé de faire des groupes de six à huit enfants. La taille adéquate d'un groupe, en fonction de l'âge des enfants, permet d'engendrer plus facilement des discussions, évitant ainsi d'avoir des enfants plus silencieux ou en retrait. Par ailleurs, ce nombre d'enfants facilite également l'animation des échanges entre les membres du groupe (Pouliot et al., 2020). Cela dit, considérant que l'organisme partenaire m'a informée que l'assiduité aux rencontres peut être un défi et en ayant en tête que certaines ou certains enfants puissent se désister du projet ou se retirer en cours de processus, j'ai décidé de faire un groupe composé de six à huit enfants. Cela me permettait d'assurer un échantillon suffisant, tout en prenant en compte ces situations possibles.

L'échantillonnage était non probabiliste, puisque les enfants ont été sélectionnés selon des critères précis (Fortin et Gagnon, 2016) :

- 1) Les enfants devaient avoir entre 8 à 12 ans. Par ailleurs, il est démontré qu'en bas de 6 ans, les compétences sociales et langagières des enfants sont plus limitées (Pouliot et al., 2020). Ainsi, considérant ce constat et désirant offrir une tribune à des enfants avec un certain niveau de maturité, vu le sujet à l'étude, et avec une facilité à s'exprimer en groupe, le choix s'est donc arrêté sur cette tranche d'âge.
- 2) Les enfants devaient être suivis par un intervenant ou une intervenante du Centre de pédiatrie sociale *La Ruelle d'Hochelaga*, depuis au minimum six mois. Ce délai a été circonscrit afin de pouvoir bien documenter le processus de création d'une alliance thérapeutique. En effet, je souhaitais que suffisamment de moments d'intervention

aient été vécus, afin que les enfants soient en mesure de parler de leur expérience et des différentes dimensions de l'alliance thérapeutique.

3) Les enfants devaient être disponibles pour les six rencontres de groupe.

Enfin, il a été possible de recruter sept enfants (voir ci-bas, le tableau 1 pour les différents âges des personnes participantes). Deux des enfants étaient issus de l'immigration. De plus, les enfants avaient des trajectoires de services variés : quatre enfants étaient suivis par le Centre de pédiatrie sociale depuis plus de cinq ans, tandis que trois enfants l'étaient depuis moins de deux ans. Un portrait plus détaillé de chaque enfant recruté est présenté au chapitre 4.

Tableau 1

Tableau résumé des caractéristiques des enfants recrutés

Total des personnes participantes	Genre	Âges
Sept	Trois filles Quatre garçons	8 ans : trois 9 ans : un 11 ans : trois

### 3.4 RECRUTEMENT

La phase du recrutement a débuté après l'obtention de l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski. Voir le certificat éthique, à l'Annexe 1.

Le recrutement s'est fait en collaboration avec le Centre de pédiatrie sociale *La Ruelle d'Hochelaga*, à Montréal. Ce centre de pédiatrie sociale, fondé en 1999, a été le premier à être créé au Québec. L'équipe composée d'une vingtaine de professionnels (pédiatres, médecins de famille, infirmiers et infirmières, travailleurs sociaux et travailleuses sociales, psychoéducateurs et psychoéducatrices, éducateurs et éducatrices, avocats et avocates, etc.) accompagne chaque année plus de 550 enfants vivant dans différents contextes de vulnérabilité (La Ruelle d'Hochelaga, 2021). L'approche de la pédiatrie sociale en

communauté repose sur un modèle de médecine sociale intégrée qui s’oriente autour de trois volets : social, juridique et médical. Les interventions se centrent principalement sur la réponse aux besoins des enfants, la défense de leurs droits ainsi que la réduction des sources de stress toxique et des facteurs de risque qui nuisent à leur développement et leur bien-être (Institut de pédiatrie sociale, 2025).

Cet organisme a été choisi pour deux raisons précises. D'une part, comme mentionné au chapitre 2, je désirais interviewer des enfants en situation de vulnérabilité et les centres de pédiatrie sociale se sont révélés être des lieux idéaux pour rencontrer cette clientèle en raison de leur mission. D'une autre part, le centre de Montréal était spécifiquement disposé à accueillir le projet de recherche, dû à leur disponibilité et à leur envie de collaborer à ce type d'étude qui donne une place de choix aux enfants.

Afin d'établir clairement les balises et les attentes de part et d'autre, une entente a été créée et signée avec cet organisme partenaire (Annexe 2). Les membres du personnel de l'organisme ont agi à titre de personnes-ressources dans le recrutement des enfants. Voici, plus précisément, la procédure qui a été mise en place.

Dans un premier temps, une affiche explicative du projet de recherche a été partagée à l'intérieur de l'organisme, sur leurs réseaux sociaux et également par courriel aux familles qui bénéficient de leurs services (Annexe 3).

Dans un second temps, une vidéo explicative du projet a été réalisée, en vue d'un partage aux familles intéressées. Cela leur permettait d'avoir accès autrement et plus en profondeur aux objectifs et étapes du projet. Ainsi, la vidéo abordait les objectifs du projet de recherche, les activités proposées dans chacune des rencontres de groupe, ainsi que les droits des parents et des enfants (p. ex. : droit de se retirer). En plus de cela, une autre affiche s'adressant plus spécifiquement aux enfants était également disponible et intitulée *Projet de recherche : qu'est-ce que ta présence implique ?* (Annexe 4). Advenant que les enfants aient davantage de questions, cette affiche pouvait leur être remise, puisqu'on y retrouvait également le descriptif détaillé de chacune des rencontres du projet de recherche.

Dans un troisième temps, une fois l'information transmise par l'équipe du Centre, les familles intéressées avaient le choix que je les contacte directement, en donnant l'autorisation à l'organisme de me transmettre leur numéro de téléphone, ou encore, elles pouvaient elles-mêmes m'appeler, au moment qui leur convenait. Ce premier appel permettait donc de réexpliquer les grands axes du projet et de répondre à leurs questions. Lorsque les parents étaient ouverts à ce que leur enfant participe au projet, une rencontre en compagnie des parents et de l'enfant était réalisée, via la plateforme *TEAMS*. L'intention de cette rencontre était de faire davantage connaissance, de parler du projet plus en détail et de préciser des éléments saillants en fonction de leurs questionnements. Au moment de la confirmation de la participation, je prenais le temps de lire avec eux et elles le consentement à l'intention des parents et le formulaire d'assentiment à l'intention des enfants (Annexes 5 et 6). Par la suite, lors de la première rencontre, les formulaires en question étaient signés par l'enfant et par les parents.

### **3.5 PROCÉDURE ET COLLECTE DE DONNÉES**

Cette collecte de données a été réalisée à l'aide de groupes de discussion et a mobilisé divers médiums d'expression, tels que la parole, le dessin, la peinture et la photographie. Ces modalités sont présentées plus en détail dans les sections suivantes.

#### **3.5.1 Groupes de discussion**

En vue d'adopter une posture sensible aux enjeux éthiques et méthodologiques qu'incombe la recherche avec les enfants, j'ai choisi de réaliser des groupes de discussion. Cette méthode de collecte de données a été choisie pour ses nombreux avantages, autant pour les enfants, que pour le chercheur ou la chercheuse. En effet, Pouliot et al. (2020) soulignent, entre autres, que dans un contexte de groupe, les enfants ont tendance à être plus confortables et à s'exprimer davantage, en raison du fait qu'il y a présence d'un équilibre plus juste du pouvoir (ex. : les enfants sont en plus grand nombre que les adultes). Cela réduirait ainsi les

blocages, diminuerait l'inhibition des enfants et les inciterait davantage à prendre la parole (Baudrit, 1994). Le contexte de groupe leur permettrait également de ne pas se sentir obligés de s'exprimer, lorsque ceux-ci ou celles-ci n'en ont pas envie. De plus, les groupes de discussion permettraient aux enfants de relativiser et de normaliser leur vécu, puisqu'ils et elles ont accès à l'expérience des autres personnes participantes (Pouliot et al., 2020). Il s'agit donc d'un moment de partage favorable, qui laisse place à la diversité des points de vue, aux similitudes et aux confrontations des idées, et ce, dans des contextes d'interactions sociales dynamiques. Du côté du chercheur ou de la chercheuse, les avantages sont aussi considérables. Il est possible de souligner notamment l'accessibilité à des informations diversifiées et spontanées permettant une analyse des phénomènes complexes. En plus d'être un moyen pratique et rapide de récolter des données auprès d'un grand nombre de personnes, cette méthode permet également de le faire avec peu de ressources financières et humaines (Baudrit, 1994; Pouliot et al., 2020).

Au total, six groupes ont été menés avec les enfants au Centre de pédiatrie sociale *La Ruelle d'Hochelaga*, tous d'une durée d'une heure trente. J'ai moi-même assuré l'animation des groupes (seule personne adulte présente). En revanche, il y avait toujours une personne intervenante de l'organisme qui était disponible (à l'extérieur du local), pour me soutenir, si cela s'avérait pertinent ou nécessaire. Cette personne a d'ailleurs dû être mobilisée à quelques reprises. Sa présence fut donc fort pertinente pour le bon déroulement des différents groupes de discussion.

Pour terminer, le nombre de rencontres fixées ainsi que le contexte des groupes de discussion offraient l'ouverture suffisante pour permettre aux enfants d'exprimer aisément leurs expériences de manières variées et créatives. Les groupes de discussion étaient donc un environnement propice, ce qui m'a permis d'inclure à mon projet une multitude de méthodes, à la fois visuelles et créatives.

### 3.5.2 Descriptif des groupes de discussion

Le descriptif sommaire des thématiques abordées lors des six groupes de discussion menés avec les enfants est présenté (pour trouver le descriptif complet des activités réalisées lors des groupes de discussion, voir l'Annexe 7).

Tableau 2

Descriptif sommaire des thématiques abordées lors des groupes de discussion

Groupes de discussion	Thèmes abordés et méthodes créatives utilisées
#1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Thèmes abordés :</b> (1) La signification de l'alliance thérapeutique; (2) Les expériences passées d'alliance thérapeutique vécues par les enfants; (3) L'amorce d'une réflexion sur les habiletés et attitudes des intervenantes et des intervenants rencontrés.</li> <li>- <b>Méthodes utilisées :</b> discussion, écriture, dessin et partage réflexif sur leurs écrits et dessins.</li> </ul>
#2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Thèmes abordés :</b> (1) La poursuite de la réflexion sur les habiletés et attitudes nécessaires chez les intervenants et intervenantes; (2) Les facteurs qui facilitent et qui font obstacle au déploiement de l'alliance thérapeutique entre l'enfant et l'intervenant et l'intervenante.</li> <li>- <b>Méthodes utilisées :</b> discussion, dessin, peinture et partage réflexif sur leurs créations artistiques.</li> </ul>
#3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Thème abordé :</b> Les éléments de l'environnement du lieu de l'intervention qui facilitent ou qui font obstacle au déploiement de l'alliance thérapeutique.</li> <li>- <b>Méthodes utilisées :</b> discussion, prise de photographies et partage réflexif sur les photographies prises.</li> </ul>
#4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Thèmes abordés :</b> (1) Les trois dimensions de l'alliance thérapeutique; (2) Les recommandations à transmettre aux intervenants et aux intervenantes qui souhaitent développer une alliance thérapeutique avec les enfants.</li> <li>- <b>Méthodes utilisées :</b> discussion et réflexion collective</li> </ul>
#5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Thèmes abordés :</b> (1) Validation de la préanalyse; (2) Réalisation de l'outil de diffusion.</li> <li>- <b>Méthodes utilisées :</b> discussion et réflexion collective</li> </ul>
#6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fête pour honorer la participation des enfants.</li> </ul>

### 3.5.3 Méthode visuelle

La méthode visuelle est une technique de collecte de données qui se définit par l'utilisation de la photographie. Dépendamment de la visée de la recherche, l'acte de photographier peut être produit par les chercheurs ou les chercheuses ou encore par les personnes participantes (Braizaz, 2020). Dans le cadre de cette étude, les photographies ont été produites uniquement par les enfants, cela dans le but, une fois de plus, de leur donner une place centrale.

Cette méthode part du constat que la photographie a le pouvoir de susciter l'engagement, de favoriser la prise de parole et d'être un support précieux pour la mémoire des personnes participantes (Braizaz, 2020). En effet, la photographie sert d'appui pour faciliter l'entrée en matière (la discussion sur le sujet de l'étude), elle permet de prendre du recul et de s'appuyer sur le visuel pour favoriser une réflexion et une mentalisation plus soutenues (Levrard, 2020). Cette méthode de travail en recherche est aussi appelée photo-élicitation, puisque l'image génère des réactions et facilite l'expression des personnes participantes (Braizaz, 2020; Levrard, 2020).

Plus spécifiquement, cet outil est un moyen de collecte de données riche et adapté à la clientèle enfantine. En ce sens, Levrard (2020) souligne que la prise de photographies donne le droit à l'enfant de commettre des erreurs, puisque plusieurs photographies peuvent être prises et ensuite supprimées. Cette même auteure ajoute que la photographie facilite la parole de l'enfant et lui permet d'avoir un espace pour réfléchir en amont à la prise de photos, et aussi d'y revenir par la suite et d'en discuter. Elle souligne également que l'image prise par l'enfant ne peut pas être dénaturée par le chercheur ou la chercheuse, ce qui donne un réel pouvoir à la personne participante. L'utilisation d'un appareil photo (plutôt qu'un téléphone cellulaire ou une tablette) présente aussi un aspect ludique puisque les enfants y sont généralement moins habitués. Enfin, la prise de photos permet de donner une perspective fidèle à celle de l'enfant à travers ses yeux, sa hauteur, ses choix d'images et ses points de vue propres.

### 3.5.4 Méthodes créatives

Les méthodes créatives se définissent par l'utilisation des arts plastiques dans la collecte de données (Kramer-Roy, 2015). On retrouve plusieurs similitudes entre la méthode visuelle et la méthode créative. Ces techniques font partie des outils d'innovation méthodologique, qui centrent leurs actions sur l'intérêt de l'enfant, et ce, en lui donnant une place plus centrale dans la collecte de données (Côté et al., 2020).

La méthode créative facilite la réflexion de l'enfant et agit à titre de complément aux réponses données oralement (Caldairou-Bessette et al., 2017; Côté et al., 2020; Labrie, 2020). Elle favorise donc autrement l'expression des personnes participantes à l'étude (Horgan, 2016; Tilley et Talon, 2018). En ce sens, cette méthode est particulièrement recommandée chez des groupes de personnes qui ont des défis d'expression. On peut penser par exemple aux personnes analphabètes ou allophones, à celles ayant un ou des diagnostics entourant les enjeux de langage ou encore aux enfants (Kramer-Roy, 2015). Ainsi, le dessin devient une forme d'expression et permet de réduire les discriminations potentielles au sein d'un groupe où le niveau de langage de chaque personne est différent. De plus, cette méthode permet d'interviewer des groupes de personnes qui sont souvent sous-représentés dans les recherches, étant donné les limites occasionnées par leur niveau et leur aisance à s'exprimer.

Les enfants sont l'un des groupes qui s'engagent le mieux dans les méthodes créatives, puisque le dessin est quelque chose de ludique et d'accessible pour eux et elles (Kramer-Roy, 2015). Le dessin n'est pas menaçant, il est plutôt une source de réconfort et d'amusement, tout cela en plus d'être un levier de communication et de symbolisation différent.

## 3.6 ANALYSE DES DONNÉES

L'ensemble des données récoltées, soit les verbatims liés aux échanges avec les enfants lors des groupes de discussion, les dessins, les peintures et les photographies des enfants ont été analysées via la méthode d'analyse par questionnement analytique (Paillé et Muchielli,

2021). Toutes les étapes sont expliquées ci-dessous et le canevas investigatif (tableau d'analyse) final est présenté à la fin de cette section.

### **3.6.1 Étape de préanalyse**

Avant d'amorcer l'analyse des données, une étape de préanalyse a été réalisée. Cette étape a été inspirée par le modèle d'analyse itérative présenté par Mukamurera et al. (2006). Pour ce faire, différentes actions ont été mises en œuvre telles qu'une lecture flottante de chacun des verbatims et une observation attentive des photographies et des créations artistiques des enfants. Un cahier de notes m'a suivie tout au long de ma démarche d'analyse, où annotations, dessins et impressions d'analyse se rencontraient. Cette étape a été réalisée dans le but de condenser les données et de dégager de ces données une analyse sommaire du phénomène étudié. Les principales idées et constats dégagés de ces données ont été regroupés et mis de l'avant sur différentes affiches, afin de les présenter aux enfants (ex. : attitudes/habiletés d'intervention, éléments du lieu de l'intervention appréciés, etc.). Lors de la cinquième rencontre, cette préanalyse a été présentée aux enfants, afin que ceux-ci et celles-ci puissent commenter, confirmer, infirmer et/ou modifier le travail réalisé et les interprétations qui s'en dégageaient. Cette étape avait également pour visée d'augmenter la validité des données, de donner une place singulière à l'enfant dans l'étape d'analyse et finalement de s'assurer que le produit final soit en adéquation avec le vécu réel des enfants.

### **3.6.2 Questionnement analytique**

Les données ont été ensuite analysées par la méthode de questionnement analytique, telle que présentée par Paillé et Mucchielli (2021). Le questionnement est la manière préconisée pour donner un sens supplémentaire aux données récoltées. Il s'agit d'interroger le corpus de données tant et aussi longtemps que de nouvelles questions émergent. Cette technique d'analyse nécessite de nombreux allers-retours entre les données et les questions

qui émergent de ces dernières. Des étapes concrètes sont nécessaires pour mener à terme ce type d'analyse (Paillé et Muchielli, 2021) :

- 1) Créer des « questions opérationnalisant », soit des questions qui sont formulées à partir des objectifs spécifiques de la recherche.
- 2) Sélectionner le corpus de données pertinent qui permet de répondre aux questions opérationnalisant mises en place. Cela permet de créer un premier niveau d'analyse. De ces données plus spécifiques (corpus analysé dans le premier niveau d'analyse), on cherche encore une fois à créer de nouvelles questions pour offrir un niveau d'analyse plus approfondi et plus spécifique. Il est possible de créer plusieurs niveaux d'analyse, via les nouvelles questions et réponses qui sont générées. Toutes les questions générées composeront ce qu'on appelle le canevas investigatif (tel que présenté à la section 3.6.3).
- 3) Répondre à toutes les questions qui ont été générées. Il ne s'agit pas de créer des catégories ou des codes, mais bien de répondre concrètement aux questions qui ont été soulevées, cela sous forme d'un texte écrit. Ce texte permettra de mettre en évidence les constats liés aux différents objectifs de recherche.

Les données récoltées dans le cadre de cette recherche, plus précisément les verbatims des six rencontres de groupe ainsi que tous les dessins et toutes les photographies des enfants ont été utilisés pour créer le canevas investigatif.

### **3.6.3 Canevas investigatif**

Grâce à l'analyse par questionnement analytique, il a été possible de générer trois niveaux d'analyse. Le canevas présenté ci-bas illustre les différentes questions qui ont été créées, afin de favoriser une analyse la plus approfondie possible.

Questions opérationnalisant	Questions émergentes	Questions émergentes
Premier niveau d'analyse	Deuxième niveau d'analyse	Troisième niveau d'analyse
<p>1 Quelles sont les habiletés/attitudes d'intervention qui influencent le déploiement de l'alliance thérapeutique enfant-intervenant-e?</p>	<p>Quelles sont les habiletés/attitudes d'intervention qui facilitent le déploiement de l'alliance thérapeutique enfant-intervenant-e?</p> <p>Quelles sont les attitudes qui font obstacle au déploiement de l'alliance thérapeutique?</p>	<p>Quels sont les besoins sous-jacents à ses habiletés et attitudes facilitatrices?</p> <p>Quels sont les besoins qui justifient le fait que ces habiletés et attitudes sont nuisibles?</p>
<p>2 Comment les enfants perçoivent-ils-elles les 3 dimensions inhérentes au développement de l'alliance thérapeutique?</p>	<p>Qu'est-ce qui favorise la mise en place d'un lien de confiance enfant-intervenant-e?</p> <p>Comment les enfants priorisent-ils-elles les dimensions?</p> <p>Quels sont les autres compléments que les enfants ajouteraient aux 3 dimensions?</p>	<p>Quelle est la dimension la plus importante et la dimension la moins importante?</p> <p>Pourquoi les enfants trouvent-ils-elles que ces dimensions devraient être ajoutées aux dimensions de l'alliance thérapeutique?</p>
<p>3 Quels sont les éléments de l'environnement physique du lieu de l'intervention qui facilite la création de l'alliance thérapeutique?</p>	<p>Comment l'espace, l'ameublement et la disposition de l'environnement doit être aménagé pour offrir un lieu idéal au bien-être des enfants?</p> <p>Quels éléments décoratifs et ludiques de l'environnement du lieu de l'intervention sont incontournables pour les enfants?</p>	<p>Quels sont les besoins énoncés/sous-entendus par les enfants, en lien avec le lieu d'intervention?</p>
<p>4 Quelles sont les recommandations faites par les enfants pour les intervenant-es qui œuvrent auprès d'eux-elles?</p>	<p>Selon les enfants, quelles sont les meilleures pratiques à adopter par les intervenant-es qui œuvrent auprès d'eux-elles?</p>	<p>Quels sont les bénéfices potentiels associés à la mise en place de ces meilleures pratiques?</p>

Figure 2. Canevas investigatif

### 3.7 RIGUEUR ET SCIENTIFICITÉ

L'entièreté de cette démarche de recherche a été minutieusement réfléchie afin que celle-ci soit rigoureuse et en adéquation avec les besoins, les droits et les intérêts des enfants. Tout cela en plus d'accorder une place centrale aux ancrages scientifiques, afin que cette démarche réponde à une validité scientifique.

Les critères de scientificité font débat dans le monde de la recherche (Albert, 2013; Proulx, 2019) et plus spécifiquement dans l'univers de la recherche qualitative, étant donné que ces critères ont été créés à la base dans un courant positiviste, davantage lié à la recherche quantitative. Proulx (2019) suggère d'aborder la validité en recherche qualitative sous l'angle de l'apport scientifique en se posant, par exemple, les questions suivantes : Quelle est la contribution de cette recherche à la connaissance? Qu'est-ce que la recherche génère? Qu'est-ce qui distingue cette recherche des autres qui ont été proposées sur le même thème? Ces questions orientent ainsi cette section.

La participation des enfants étant au cœur de cette démarche, il était essentiel de veiller à ce que le processus de recherche soit adapté à leur réalité. J'ai tenté constamment de me mettre à la place des enfants et de déterminer ce qui serait le plus juste pour eux et elles. De ce fait, afin d'adopter une posture appropriée auprès des enfants et de mener les différentes étapes de ma recherche en tenant compte de leurs réalités, j'ai consulté de nombreux articles scientifiques récents portant sur le thème de la recherche avec les enfants. Par ailleurs, un ouvrage récent - *La recherche centrée sur l'enfant : défis éthiques et innovations méthodologiques* (Côté et al., 2020) a d'ailleurs inspiré grandement l'ensemble de ma démarche et m'a permis d'avoir accès à des données de recherche récentes.

En ce sens, les différentes étapes de la recherche ont été pensées en fonction de la clientèle enfantine. De nombreuses adaptations ont été réalisées dans l'étape du recrutement, telles que les outils utilisés. On peut penser, par exemple, à la réalisation d'une vidéo explicative afin de dynamiser la présentation du projet de recherche. Également, le formulaire d'assentiment pour les enfants offre un visuel plus attractif et utilise un vocabulaire simple et accessible en vue de rejoindre les enfants. De plus, les approches de recherche et la

méthode de collecte de données (groupes de discussion) ont été choisies spécifiquement en fonction des caractéristiques des personnes participantes recrutées et du potentiel que ces choix pouvaient avoir sur l'expression et l'aisance des enfants à participer. Dans le processus d'analyse, une étape de préanalyse a été réalisée, afin de vérifier si le sens qui se traduisait des données récoltées correspondait bien à leur vécu et à leur expérience. Cette étape de retour aux personnes participantes permet d'assurer une meilleure validité des données en plus de favoriser un plus grand pouvoir chez les enfants. Finalement, les enfants ont été directement impliqués dans la création d'un outil de diffusion des résultats pour que ce soit à leur image et représentatif de notre travail ensemble. Cette recherche se distingue donc encore une fois par sa nature participative et collaborative. En effet, l'implication des enfants à plusieurs étapes de la recherche a augmenté non seulement leur agentivité, mais aussi la cohérence du fil conducteur de la démarche de recherche dans son entièreté.

J'estime que toutes ces adaptations ont permis l'atteinte d'une plus grande rigueur scientifique, mais ont contribué également à bonifier de nombreux savoirs et à documenter l'apport des enfants en recherche qualitative. Ainsi, de nouvelles avenues ont été investiguées grâce à la parole et à l'expérience singulière des enfants.

### **3.8 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES**

La recherche auprès des enfants suscite beaucoup de débats et de questionnements au niveau éthique, particulièrement dans le domaine des sciences humaines et sociales (Graham et al., 2013). Les nombreux défis éthiques sont toutefois encouragés à être surmontés par plusieurs chercheuses et chercheurs spécialisés en recherche centrée sur l'enfant (Caldairou-Bessette et al., 2017; Côté et al., 2018, Côté et al., 2020; Graham et al., 2013; Rouyer et al., 2020). Tel que mentionné dans le chapitre de problématique de cette recherche, un nouveau courant de pensée tend à prôner la recherche AVEC les enfants et non SUR les enfants (Caldairou-Bessette et al., 2020; Draghici et Garnier, 2020). Il n'en demeure pas moins que le fait de faire de la recherche avec des enfants nécessite une attention et une sensibilité particulières de la part du chercheur ou de la chercheuse. Les principaux éléments qui font

débat sont le consentement parental versus l’assentiment de l’enfant et les rapports de pouvoir asymétrique entre l’enfant et le chercheur ou la chercheuse (Côté et al., 2018; Côté et al., 2020). Ces principaux éléments sont explicités davantage ci-bas, et ce, afin de démontrer comment chaque élément a été réfléchi et adapté à la réalité singulière des enfants dans le cadre de cette recherche.

### **3.8.1 Consentement parental et assentiment de l’enfant**

Le consentement parental ou le consentement du tuteur légal ou de la tutrice légale doit être demandé obligatoirement, pour chaque enfant de 14 ans et moins qui participe à une recherche. Dans la présente étude, puisque les personnes participantes ont moins de 14 ans, le consentement parental a été demandé.

L’assentiment de l’enfant n’est toutefois pas une pratique obligatoire, voire juridique, tel que le consentement parental. L’assentiment représente une forme de pouvoir décisionnel symbolique octroyé à l’enfant, dans le but de favoriser son engagement dans le processus de recherche. En demandant l’assentiment, il est possible de bien présenter la recherche et d’ainsi valider la compréhension de tous les aspects de celle-ci avec l’enfant et de répondre à ses questions. Cela permet également de le reconnaître dans ses savoirs et ses compétences (Côté et al., 2018).

Pour toutes ces raisons, le double consentement a été demandé dans le cadre de cette recherche, soit le consentement parental et l’assentiment de l’enfant. Il était essentiel pour moi de veiller à ce que chaque partie comprenne dans quoi il et elle s’implique. Le formulaire de consentement parental se trouve à l’Annexe 5 et le formulaire d’assentiment à l’Annexe 6.

### 3.8.2 Rapport de pouvoir asymétrique

La réalisation d'une recherche avec les enfants incombe au chercheur et à la chercheuse de voir les rapports de pouvoir inhérents aux relations enfants-adultes. En tant que chercheur et chercheuse, nous nous inscrivons directement dans des rapports asymétriques avec les enfants que nous rencontrons, et cela dû au principe de socialisation présent entre les enfants et les adultes. Les enfants apprennent dès leur plus jeune âge à dépendre, à écouter et à respecter les adultes. Ils et elles apprennent que le pouvoir est donné avant tout aux adultes qui les entourent, autant dans la sphère privée, que dans la sphère publique. Il est donc de la responsabilité du chercheur ou de la chercheuse de veiller à ce que ces rapports de pouvoir soient transformés, restreints et perçus avec vigilance (Draghici et Garnier, 2020; Tilley et Talor, 2018).

Il y a deux volets à cette vigilance : d'une part, modifier la posture de l'adulte face à l'enfant et, d'autre part, reconnaître à l'enfant des droits et un statut privilégié.

Dans les écrits scientifiques, on retrouve plusieurs recommandations pour générer des rapports de pouvoir plus égalitaires entre les adultes et les enfants. Les recommandations ci-bas ont été utilisées dans le cadre de cette recherche :

- 1) Adopter une posture de « moindre » adulte, c'est-à-dire adopter une posture ignorante (Draghici et Garnier, 2020). Cela se définit par la capacité du chercheur ou de la chercheuse de reconnaître qu'il ou qu'elle ne peut plus expérimenter la réalité d'être un ou une enfant et que ce savoir appartient maintenant aux enfants. Les enfants sont les seuls à pouvoir parler de cette réalité, puisqu'elles et ils sont les seuls à la vivre actuellement, dans le contexte sociétal d'aujourd'hui. Plus spécifiquement, ici, il s'agit d'adopter une posture de curiosité et d'ouverture, plutôt que d'avoir la conviction que les adultes détiennent tous les savoirs. En reconnaissant aux enfants des compétences, en soulignant qu'elles et ils sont les seules personnes à être expertes de leur vécu, ils et elles seront plus à même de révéler leur perception et leur expérience.
- 2) Cesser de voir l'enfant comme un être vulnérable (qui ne possède peu ou pas de capacité). Vulnérabilité et capacité sont souvent deux concepts étroitement reliés. On

perçoit l'enfant comme un être vulnérable, où les intérêts de celui-ci ou de celle-ci doivent être représentés par une tierce personne adulte, de sorte que ses capacités sont vues comme limitées (Stoecklin, 2015). Ainsi, plus on lui accorde de droits, plus cette dernière ou ce dernier est perçu et peut se percevoir comme un être reconnu, apte et avantage. Il faut reconnaître aux enfants des ressources et des compétences, en plus de leur montrer qu'ils et elles ont réellement accès à leurs droits et à leur capacité d'agentivité. En ce sens, Stoecklin (2015) énonce un propos intéressant en soulignant que pour favoriser le plein potentiel des enfants, il faut considérer leurs différentes formes d'expression, autant verbales, que non verbales (écriture, dessin, peinture, etc.).

- 3) Limiter l'utilisation de l'autorité de la part de l'adulte. Pour ce faire, plusieurs actions peuvent être utilisées. Notamment, le fait de ne pas réaliser les entrevues de collecte dans des lieux qui rappellent aux enfants cette relation de supériorité (par exemple, une classe d'école), s'abaisser à la hauteur de l'enfant lorsque nous nous adressons à lui, donner de la valeur à l'enfant, s'assurer que la prise de parole de l'enfant est plus régulière et plus longue que celle de l'adulte et éviter de demander aux enfants d'appeler l'adulte par vous ou madame ou monsieur (Draghici et Garnier, 2020).

Les actions présentées ci-haut sont des éléments qui ont été mis de l'avant, durant l'ensemble de la recherche, afin de diminuer les rapports de pouvoir et de favoriser des actions centrées sur l'intérêt et sur la capacité de l'enfant. Une phrase qui représente bien l'ensemble de ce thème est : « L'audace intellectuelle surgit lorsqu'on n'est pas dans un rapport de domination. » (Sasseville et Hawken, 2020, p. 36).

### **3.8.3 Confidentialité**

Pour veiller à la confidentialité des enfants et des données générées par leur participation, plusieurs actions ont été mises en place. À noter que ces différentes précautions ont été validées par le comité éthique de l'Université du Québec à Rimouski, afin de s'assurer qu'elles respectaient adéquatement la confidentialité et l'intégrité des personnes

interviewées. Ainsi, dans le formulaire de consentement parental (Annexe 5), dans la section 3, libellé *Anonymat, confidentialité et diffusion des informations*, il sera possible de consulter toutes les actions qui ont été entreprises, afin de veiller à la confidentialité des données.

Par ailleurs, advenant le besoin des enfants de se confier à quelqu'un ou quelqu'une concernant leur expérience, elle ou il était avisé de leur droit de partager leur vécu avec leur intervenant ou intervenante responsable. Elle ou il était informé que cette personne était tenue au secret professionnel, ce qui leur permettait de s'exprimer librement sans craindre de subir des préjudices ou de rompre la confidentialité au sein du groupe. Pour les enfants, cela représentait un filet de sécurité, sachant qu'il ou elle avait une personne de confiance à qui partager leur expérience, si nécessaire.

## CHAPITRE 4

### PRÉSENTATION DES RÉSULTATS : LA VOIX DES ENFANTS

Ce chapitre se consacre à la présentation des résultats. Pour ce faire, chacune des questions émergeant issues du canevas investigatif (certaines ayant été regroupées entre elles) est reprise pour orienter les diverses sections et ainsi mettre en valeur la voix des enfants, leurs créations artistiques, ainsi que leurs photographies. Dans un premier temps, je tenais toutefois à présenter chacun et chacune des enfants qui ont participé à cette recherche. À noter que chaque jeune a ici un nom fictif en vue de préserver la confidentialité.

#### Anna : cette préadolescente joviale



travers la photographie.

Anna a 11 ans et elle est de nationalité canadienne. Elle aime s'occuper de ses rats et elle aime pratiquer divers sports, avec une préférence pour le volley-ball et le ballon chasseur. Anna s'exprime de manière spontanée et assumée, elle a su avoir un leadership positif au sein du groupe. Anna a particulièrement apprécié s'exprimer à

#### Lara : cette enfant engagée



aimait beaucoup parler, mais elle aimait aussi beaucoup dessiner.

Lara a 9 ans et elle est de nationalité canadienne. Elle est une jeune fille enjouée, dynamique et soucieuse des autres. Lara aime la musique de Metallica et elle aime beaucoup aller à l'école. Elle s'exprime avec une grande facilité, ce qui a encouragé les autres à parler à leur tour, grâce à ses idées et à ses histoires personnelles. Pour Lara, il n'y a pas de tabous, seulement des vérités. Lara

### **Maude : cette préadolescente avec une force tranquille**



Maude a 11 ans et elle vient d'une famille issue de l'immigration. Elle est une jeune fille souriante, vivante et solidaire. Passionnée par la mode, elle rêve de devenir styliste. Maude est sensible aux inégalités, aux injustices et aux droits des enfants. Elle était ravie de participer à une recherche, afin que son point de vue puisse être entendu. Maude a participé activement à chacune des rencontres, elle s'exprimait principalement via l'oral.

### **Léo : ce garçon réfléchi**



Léo a 8 ans et il vient d'une famille issue de l'immigration. Il est un garçon rayonnant, attentionné et ingénieux. Léo aime les dinosaures et le soccer. Léo était généreux et authentique dans ses partages, prenant le temps de bien réfléchir avant d'énoncer ses propos. Malgré son jeune âge, il faisait preuve d'une grande assurance. Léo aimait dessiner et faire parler ses personnages par des bulles de message.

### **Oli : cet enfant joyeux**



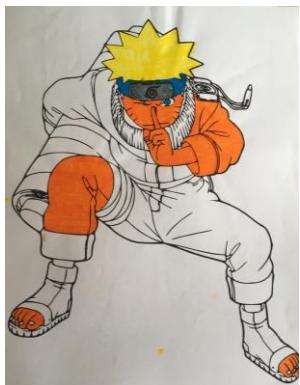
Oli a 8 ans et il est de nationalité canadienne. Il est un enfant énergique, réfléchi et doté d'un grand sens de l'humour. Oli aime beaucoup les animaux, particulièrement son serpent et ses chats, ainsi que le sport et le dessin. Son rêve est de devenir tatoueur. Oli aimait rire et faire rire les autres, avec ses nombreuses blagues et ses nombreux tours de magie. Pour lui, bouger est essentiel, il éprouve de la difficulté à rester en place. L'expression d'Oli était grandement facilitée par la réalisation d'une activité en parallèle, telle que le dessin ou l'utilisation de figurines.

## **Mali : ce garçon créatif**



Mali a 11 ans et il est de nationalité canadienne. Il est un enfant audacieux, persévérant et observateur. Mali aime les jeux vidéo, le hockey et le dessin. À chacune des rencontres, il arrivait avec son carnet de dessin et avec son cube Rubik. Avec des feuilles et des crayons, la créativité de Mali semble sans limites. Le dessin était un de ses médiums principaux d'expression. Il aimait les discussions informelles.

## **Karl : cet enfant authentique**



Karl a 8 ans et il est de nationalité canadienne. Bien qu'il semble timide au premier abord, une fois à l'aise, il devient souriant, joueur et sociable. Il a une passion pour les animaux et le sport. Il fait partie d'une équipe de hockey et il aime bien jouer au soccer à l'école. Karl s'exprime avec peu de mots, mais ses propos sont réfléchis et révélateurs. Il préfère les conversations informelles, aux discussions formelles. Il a un grand besoin de bouger, exprimant fréquemment son besoin de courir et son amour pour les sports.

## **4.1 QUELLES SONT LES HABILETÉS ET ATTITUDES D'INTERVENTION QUI INFLUENCENT LE DÉPLOIEMENT DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE?**

### **4.1.1 La convergence entre les habiletés facilitatrices et les besoins des enfants**

#### **4.1.1.1 *Percevoir l'invisible : l'importance de l'observation et de l'écoute active***

La perception de l'invisibilité implique des habiletés non verbales qui, lorsqu'elles sont utilisées, permettent de détecter des informations pertinentes qui seraient difficiles à percevoir sans une attention suffisante. Il s'agit, pour les enfants, de l'observation et de

l'écoute. Étant donné que ces deux habiletés sont souvent associées, elles sont regroupées dans cette section, mais expliquées individuellement afin de mieux illustrer la complexité de la perception de l'invisibilité.

Cette première habileté figure dans la capacité de l'intervenant et de l'intervenante à avoir une observation attentive. Selon le point de vue des enfants, il est nécessaire que cette personne soit à l'affût de tout ce qui se passe, tout au long de l'intervention, en observant avec minutie les communications directes et indirectes. Cela dit, les enfants parlent de l'importance pour les intervenants et intervenantes de détecter la présence d'éléments « cachés » ou « subtils » qui se passent à même les contextes d'intervention. Pensons par exemple à toutes les micro-interactions qu'il peut y avoir entre les enfants et leurs parents, lorsqu'ils et elles viennent porter leur enfant à son rendez-vous ou encore à tous les échanges visuels que les enfants peuvent se faire entre eux et elles dans le cadre d'une intervention de groupe. Ces observations peuvent relever des informations pertinentes pour l'intervention, comme par exemple, des indices des rapports/dynamiques relationnelles. Cela exige une présence attentive et sensible aux détails, sans quoi, des informations ou des éléments saillants risquent de ne pas être perçus au moment opportun ou encore de ne pas être décodés de manière juste. Les enfants estiment qu'un bon sens de l'observation est essentiel pour développer cette capacité.

Qu'est-ce qui fait que je suis bien avec elles (les intervenantes), c'est qu'elles remarquent tout. [...] Elles remarquent tout au doigt et à l'œil. [...] Elles sont méga attentives. On dirait qu'elles ont des sens développés fois mille. (Lara)

De plus, étroitement reliée à la capacité d'attention et d'observation, l'écoute active figure comme une compétence clé, mais également comme un besoin prioritaire, selon les enfants. Pour eux et elles, une écoute active va de pair avec une présence sincère. Les enfants estiment que pour être capables d'aborder leurs défis et leurs enjeux, ils et elles ont besoin de se sentir pleinement écoutés. Cette écoute nécessite plusieurs composantes essentielles. D'une part, les enfants désirent sentir que l'intervenant ou l'intervenante est disponible et dédié à eux et elles et qu'aucune autre tâche ne l'occupe (par exemple : ne pas regarder son cellulaire). D'autre part, les enfants veulent sentir que l'intervenant ou l'intervenante a de

l'intérêt pour eux et elles, traduisant cela par une posture physique d'écoute (regard et corps dirigés vers l'enfant, expression faciale, hochement de la tête en signe d'écoute, etc.). Un ton de voix rassurant et engagé souligne également la sensation chez l'enfant que la personne en face de lui ou d'elle l'écoute avec intérêt. En terminant, les enfants soulignent l'importance de ne pas leur couper la parole et d'éviter de les faire répéter sans raison valable.

Je trouve ça important (*écouter les enfants*), parce qu'il y a plein d'adultes qui disent : quoi, qu'est-ce que tu as dit, parce que je ne t'entendais pas, parce que je faisais autre chose. (Anna)

#### **4.1.1.2 L'importance de la positivité et de la bonne humeur**

Les enfants affirment que le développement d'une alliance thérapeutique se doit d'être ponctué de moments de joie, de rire et de bonheur. Il est question ici de la faculté à illuminer le sourire des enfants.

Quand j'arrive parfois de l'école, je ne me sens pas très bien, je suis triste et lui (l'intervenant), il me fait toujours rire, de la manière qu'il s'habille ou quand il nous parle, cela me rend heureuse et j'aime ça. (Maude)

L'humour et la bonne humeur représentent des moyens clés pour donner le sourire aux enfants, motivant ainsi leur envie de s'impliquer dans le processus d'intervention. Ces habiletés auraient la capacité d'apaiser leurs moments difficiles, d'influencer positivement leur état d'esprit, d'accroître leur envie de venir aux rencontres, tout en augmentant leur niveau de disponibilité émotionnelle. D'un côté, la bonne humeur se caractérise par une posture vivante, chaleureuse, accueillante et souriante. Et pour les enfants, l'humour ne s'incarne pas uniquement par les blagues, mais peut englober aussi les choix vestimentaires originaux, drôles et créatifs de l'intervenant ou de l'intervenante, ses habiletés théâtrales, son énergie contagieuse et sa capacité à ne pas se prendre trop au sérieux (à ne pas craindre le ridicule). En somme, les enfants ont besoin d'éprouver du plaisir et ils et elles ont besoin de sentir qu'il est possible de rire et de s'amuser, même dans un contexte d'intervention.



Figure 3. Peinture réalisée par Léo, pour mettre en lumière l'importance du rire.

Moi, j'ai dessiné quelqu'un que j'aime. Bruno (non fictif), parce que Bruno, il est cool, c'est un éducateur, qui est à la ruche. J'ai choisi les couleurs de mon dessin, à cause qu'il est drôle. (Léo)

#### ***4.1.1.3 Cultiver la curiosité : accordons de l'intérêt à l'enfant***

Comprendre la situation de l'enfant dans sa globalité peut être un défi pour un intervenant ou une intervenante. C'est entre autres pourquoi il est nécessaire d'adopter une posture de curiosité, afin de tenter de bien saisir qui est cette personne et ce qu'elle vit. Cette démarche témoigne de l'intérêt porté à l'enfant, renforçant ainsi son sentiment d'être pris en considération. Aux yeux des enfants, il s'agit d'apprendre à les connaître, autant dans leurs zones de vulnérabilité, que dans leurs zones de lumière. Par exemple, ils et elles aiment quand les différents sujets qui suivent sont abordés : leurs jeux préférés, leurs loisirs, leurs réseaux amicaux et familiaux, leurs forces et défis, etc. L'enfant a besoin d'être considéré. Cet intérêt porté à l'enfant ne doit pas seulement être présent en début du suivi, il doit se maintenir dans

le temps. Les enfants aiment quand l'intervenant ou l'intervenante se rappelle les choses qu'il ou qu'elle lui a dites dans le passé, puisque cela vient témoigner directement de l'importance qu'on accorde à leur parole.

Moi, je trouve ça important (*s'intéresser aux vécus de l'enfant*), parce que si tu as prévu quelque chose avec les enfants, ça ne veut pas dire qu'il va aimer ce que tu as prévu. C'est important de savoir ce qu'il aime et ce qu'il n'aime pas. (Maude)

S'il s'engage dans ce métier, il doit s'intéresser aux enfants. (Lara)

#### **4.1.1.4 Dégager la sérénité**

L'adoption d'une posture de sérénité est un atout important en intervention auprès des enfants. Il s'agit, entre autres, d'avoir la capacité de prendre en charge la situation d'intervention, tout en ayant une attitude empreinte de douceur et de calme, et ce, peu importe dans quelle situation l'enfant se trouve. Cela requiert un bon contrôle émotionnel et une bonne gestion de son stress, plus spécifiquement dans les situations d'adversité (par exemple, dans des situations de conflits, de crises, etc.). Cette gestion émotionnelle doit donc transparaître dans les interventions. Les enfants estiment qu'une telle posture « zen » de la part de l'intervenant ou de l'intervenante les influence favorablement à s'ancrer eux et elles aussi et à atteindre une certaine sérénité, même s'ils et elles traversent une période de vulnérabilité. Cela renvoie à leur besoin d'être pris en charge par l'intervenant ou par l'intervenante, tout en ayant un accent porté sur leur besoin de douceur et de calme.



Figure 4. Peinture réalisée par Maude, pour imager l'importance du calme, dans les habiletés d'intervention.

#### ***4.1.1.5 Savoirs adaptés et inclusion : le pouvoir de la collaboration***

Les savoirs reliés à l'intervention auprès des enfants et l'inclusion de toutes les parties concernées par la situation problématique sont deux aspects primordiaux. Ces deux éléments viennent grandement faciliter la collaboration des enfants au sein du processus de développement de l'alliance thérapeutique. Du point de vue des enfants, pour aider et dispenser des conseils adéquats et spécifiques aux réalités vécues par les enfants, l'intervenant ou l'intervenante doit posséder suffisamment de savoirs reliés aux contextes de sa pratique professionnelle et aux problématiques entourant la clientèle jeunesse. De cette façon, l'intervenant et l'intervenante pourra leur fournir des conseils pertinents et leur apprendre des stratégies pour faire face aux problématiques qu'ils rencontrent (par exemple : des astuces pour les aider dans leur gestion des émotions). Également, les enfants ont besoin d'être aidés par des personnes professionnelles formées, afin qu'ils et qu'elles puissent avoir une réponse adéquate à leur besoin d'apprentissage. Ce savoir permet non seulement de fournir des conseils plus pertinents, mais aussi de favoriser une plus grande confiance et

ouverture chez les enfants à partager leurs expériences, ainsi qu'une plus grande collaboration.

Elle donne toujours de bons conseils. Pis elle nous aide souvent. Elle m'aide à me sentir bien. [...] Elle m'aide aussi quand j'ai des problèmes en classe. Il y a 2 ans, j'ai eu beaucoup de problèmes avec des amis en classe. Parfois, je lui en parlais et elle m'aidait. Parfois, je n'en parlais pas à ma mère, parce que je ne savais pas comment lui expliquer, mais avec docteure Anne (nom fictif), elle savait quoi me dire. [...] J'apprends des choses avec cette personne, parce qu'elle connaît des choses. (Maude)

De plus, lors des discussions, il est crucial pour l'intervenant et l'intervenante d'inclure toutes les personnes concernées par le problème, plutôt que de se limiter à des interventions individuelles. Cette capacité à rassembler et à faire dialoguer ces personnes permet d'explorer les différents points de vue, de mettre en lumière les similitudes et les contradictions, et finalement, de parvenir à un consensus entre les personnes impliquées. Ainsi, l'intervenante et l'intervenant doit être attentif à ces aspects pour assurer une intervention efficace et inclusive.

Moi, ce qui est vraiment important, c'est d'amener la parole, lorsqu'il se passe quelque chose de grave, à la place de le faire en individuel. J'inviterais la personne, afin qu'on raconte nos versions, je raconte ma version, elle raconte sa version et on le fait tous les deux, quelquefois on va avoir des points communs et d'autres fois il faudra s'entendre. (Lara)

#### ***4.1.1.6 Être une personne aimable et gentille aux yeux des enfants***

Les enfants ont nommé plusieurs mots pour mettre en lumière cet état d'être, qui se caractérise par de la gentillesse, de la politesse, de l'amabilité et de l'appréciabilité. L'enfant doit sentir que l'intervenant ou l'intervenante a envie « d'être là » et de prendre soin de lui ou d'elle. C'est quelque chose d'intangible, qui se perçoit chez un individu à travers ses interactions ou ses actions face à l'autre.

J'apprécie cette personne, parce qu'il est gentil. (Oli)

Les enfants mettent en avant-plan une nuance importante en soulignant que la gentillesse ne devrait pas dissuader l'intervenant ou l'intervenante d'aborder des sujets plus difficiles ou plus délicats. Cependant, il est essentiel que ces sujets soient abordés en ayant une considération pour l'autre. En d'autres termes, cette habileté ne doit pas conduire l'intervenante ou l'intervenant à négliger les problèmes et les défis par désir de plaisir, en voulant être « trop » gentil ou complaisant.

Ils doivent être gentils, mais faut pas trop qu'ils soient gentils, parce que sinon, ils vont oublier les problèmes. (Lara)

#### ***4.1.1.7 Sensibilité et respect de la diversité culturelle***

La sensibilité à la culture de l'enfant est une habileté précieuse. La culture fait référence ici aux croyances, aux origines et à la langue parlée par l'enfant. Il s'agit de s'intéresser à ces facettes, pour veiller à ce que les interventions réalisées auprès d'eux et elles soient en respect de leur culture et ainsi adaptées. Il est donc nécessaire, selon les enfants, d'avoir une grande ouverture d'esprit. Les repères de l'intervenant et de l'intervenante se doivent d'être modifiés ou encore déconstruits, pour être en mesure de laisser place aux repères culturels de l'enfant. Au besoin, un service d'interprète peut être nécessaire si l'enfant ne maîtrise pas suffisamment bien la langue parlée (ou les langues parlées) par l'intervenant ou l'intervenante. Les enfants ont besoin d'avoir un sentiment d'appartenance culturelle et surtout d'être reconnus dans cette singularité.

Comme elle vient de la France, elle me comprend mieux, parce que moi, je comprends plus le français de France, que le français québécois. (Maude)

#### ***4.1.1.8 Résonner avec l'expérience de l'autre***

Le partage par l'intervenant ou l'intervenante d'expériences de vie similaires à celles des enfants constitue un atout pertinent pour le développement de l'alliance thérapeutique. En effet, cela peut favoriser, entre autres, l'émergence de points communs, de vécus partagés et du même coup, une meilleure compréhension des problèmes rencontrés par les enfants. Selon ces derniers et ces dernières, cela apporterait ainsi un éclairage différent et donnerait une crédibilité supplémentaire aux intervenants et aux intervenantes. Cela dit, pour constater la présence de ces similitudes dans les expériences vécues, l'intervenant ou l'intervenante doit faire preuve d'une certaine révélation de soi. Ces expériences personnelles confiées par les intervenants et les intervenantes auront le pouvoir, selon les enfants, de les aider à mieux appréhender les réalités concrètes auxquelles les enfants sont confrontées, en plus de répondre à leur besoin de normaliser leur vécu, de se reconnaître en l'autre.

Elle est maman et elle comprend nos situations, puisque ça lui arrive aussi souvent avec sa fille. (Maude)

#### ***4.1.1.9 User d'honnêteté***

L'honnêteté demeure la dernière habileté indispensable au déploiement de l'alliance thérapeutique, mais plus particulièrement à l'atteinte du lien de confiance. Il ne s'agit pas seulement d'être honnête, mais aussi d'user de transparence et d'ouverture sur l'ensemble de la démarche d'intervention, et ce, dès le début. Cela rejoint les besoins de franchise et de considération nommés par les enfants.

C'est très important, parce qu'il ne faut pas mentir. [...] Ils doivent dire la vérité. (Mali)

#### **4.1.2 La convergence entre les attitudes qui font obstacle, les besoins non répondus et les mises en garde à prendre en compte**

Dans cette section, il est question des attitudes qui font obstacle au déploiement de l'alliance thérapeutique, du point de vue des enfants. La visée de cette section est de les mettre en évidence, dans l'objectif qu'elles puissent être évitées. Ces attitudes sont présentées sous de grandes catégories : les manières de faire et d'être nuisibles.

##### ***4.1.2.1 Des manières de faire nuisibles***

En premier lieu, créer peu d'interactions avec un ou une enfant ou encore avec un groupe d'enfants constitue un obstacle majeur. En effet, un intervenant ou une intervenante qui entre peu en relation avec les enfants limite les possibilités de partage et nuit à la complicité et au développement de la confiance. Par exemple, si lors d'une période de jeu libre en groupe, l'intervenant ou l'intervenante choisit de demeurer en retrait pour les surveiller plutôt que de s'impliquer avec eux et elles, cela va à l'encontre du besoin d'attention et d'interaction des enfants. Ces derniers et ces dernières auraient ainsi préféré que l'intervenant ou l'intervenante joue avec eux et elles, participant ainsi de manière active et impliquée à ce moment d'activités.

Il reste assis sur sa chaise, il nous laisse tout faire, ça m'énerve. (Anna)

En second lieu, selon les enfants, certains intervenants ou certaines intervenantes ne prendraient pas suffisamment le temps d'expliquer et de justifier les raisons de leurs interventions et les raisons qui les amènent à proposer une activité plutôt qu'une autre. Ainsi, les enfants pensent parfois que les intervenants ou les intervenantes leur font faire des choses inutiles ou du moins ne saisissent pas les objectifs visés par ces activités. Cela peut donc nuire à leur engagement, du fait de la non-réponse à ce besoin de compréhension.

Elle nous fait faire des trucs pour rien. (Karl)

Finalement, l'intervenant ou l'intervenante qui traite différemment les enfants en fonction de leur sexe ou de leur âge constitue un obstacle majeur pour ces derniers et pour ces dernières. Cela contrevient à leurs besoins d'égalité et d'équité. Ces disparités sont particulièrement visibles dans des contextes d'intervention de groupe. L'adoption d'une posture différenciée selon le genre et l'âge de l'enfant suscite de la frustration chez les enfants. Cela se manifeste de différentes manières. Du côté des différences genrées, voici des exemples : adopter une approche plus permissive et plus douce avec les filles (avec davantage de proximité physique), en opposition avec le fait d'adopter une approche plus directive avec les garçons. Ces inégalités et ces comportements basés sur les stéréotypes de genres représentent des obstacles à la création de l'alliance thérapeutique. De plus, des distinctions similaires basées sur l'âge sont également observées par les enfants.

Elle est plus sévère avec les gens qui sont plus vieux, genre. (Anna).

Ces inégalités basées sur le genre et sur l'âge seraient malheureusement souvent visibles et les enfants dénoncent cette discrimination.

Maude et Karl ont aidé à concevoir le dessin, comme elle et lui désiraient également partager cette idée.



Figure 5. Dessin de Lara qui met en lumière l'attitude d'un intervenant ou d'une intervenante qui agit plus sévèrement envers les garçons.

#### **4.1.2.2 Des manières d'être qui portent préjudice aux enfants**

Lors des groupes de discussion, les enfants ont relevé différentes attitudes plus dérangeantes à leurs yeux et freinant ainsi les possibilités de développer une alliance thérapeutique avec leur intervenant ou intervenante. D'abord, adopter une attitude inamicale et être de mauvaise humeur en fait partie. Cela se caractérise, selon leurs partages, par une certaine froideur chez la personne (dans son ton de voix, dans sa posture, dans son expression faciale, etc.) et par des paroles pouvant paraître sévères et directives. Voici un exemple donné par Karl : « Je n'aime pas X, parce qu'à chaque fois qu'il explique quelque chose, il nous crie dessus. » Par ailleurs, les émotions telles que l'irritabilité, l'impatience, la colère et la contrariété ne peuvent qu'influencer négativement l'état d'esprit de l'enfant. Comme le dit si bien Léo : « S'il est toujours fâché, il ne peut pas donner la joie aux autres. ». Cela étant dit, les enfants estiment qu'il est préférable que l'intervenant ou que l'intervenante préconise la transparence. Ils et elles comprennent qu'une mauvaise journée peut être vécue et qu'ils ou qu'elles peuvent se sentir de mauvaise humeur, mais préfèrent en être informés, évitant ainsi toute confusion ou fausse pensée, comme : « Est-ce à cause de moi qu'il est fâché? ».

Deuxièmement, l'absence de révélation de soi de la part de l'intervenant ou de l'intervenante est vue comme un frein à la création de la relation thérapeutique. Tel que mentionné dans la section des habiletés facilitatrices, les enfants aiment connaître une parcelle de la vie des intervenants ou intervenantes qu'ils ou qu'elles côtoient.

Ce que je n'aime pas, de Mme. X, c'est qu'à chaque fois que je lui pose une question, comme par exemple, pourquoi tu n'étais pas là vendredi, elle me dit ce n'est pas de tes affaires. (Lara)

Les enfants aspirent à une relation qui ne soit pas seulement unidirectionnelle. Une trop grande distance émotionnelle et professionnelle entre l'enfant et l'intervenant ou l'intervenante est perçue de manière défavorable. Bien que les enfants soient à même de comprendre qu'ils ou qu'elles ne peuvent pas avoir accès à toutes les subtilités de la vie de l'intervenant ou de l'intervenante, ils et elles apprécient tout de même avoir accès à certaines informations, qui permettent simplement de mieux le ou la connaître. Il est question ici, par

exemple, des activités qu'il ou qu'elle a faites durant la fin de semaine, ses intérêts, ses passions, etc.

Également, la présence d'une trop grande compétitivité chez l'intervenant ou chez l'intervenante est nuisible et s'applique plus spécifiquement à des contextes de jeu où l'enfant joue avec ou contre l'intervenant ou l'intervenante (par exemple : soccer, jeu de société, etc.). Dans ce contexte, le désir de gagner de l'intervenant ou de l'intervenante prévaut sur la relation, favorisant un rapport d'iniquité. Cette personne met de l'avant toutes ses capacités, en ne s'adaptant pas aux capacités de l'enfant, de sorte que l'enfant est toujours en position d'échec. Cela est nuisible, du point de vue des enfants, et contribue ainsi à les mettre en position d'infériorité.

C'est qu'à chaque fois que je joue à un jeu avec M. X, il me fait perdre. (Léo)

Les enfants reviennent ici sur le manque d'écoute active qui est jugé défavorablement à leurs yeux et qui peut se manifester de différentes façons. Notamment en interrompant l'enfant lorsqu'il ou lorsqu'elle parle, en lui demandant de répéter ce qu'il ou qu'elle a dit sans raison valable, en effectuant d'autres tâches pendant qu'il ou qu'elle parle ou encore en adaptant une posture d'indifférence à son égard.



Figure 6. Dessin réalisé par Léo, visant à dénoncer un exemple de situation où l'intervenant ou l'intervenante manque d'écoute et demande à l'enfant de répéter.

En dernier lieu, l'absence ou le manque de sensibilité et d'empathie posent un frein au déploiement de la relation. Cela se traduit par une posture d'indifférence à l'écoute des défis de l'enfant, répondant ainsi avec des réponses froides et sans émotion.

C'est important, l'intervenant doit être sensible à l'enfant, si tu as un problème très grave et qu'il te répond : « Ok, bien oui (sans émotion) ». [...] S'il n'est pas sensible aux problèmes, il ne se souciera pas de ton problème. (Maude)

#### 4.2 LES DIMENSIONS DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE : QU'EST-CE QUE LES ENFANTS PENSENT?

Cette section aborde la perception des enfants par rapport aux trois dimensions de l'alliance thérapeutique telles qu'énoncées par Bordin (1979). Les dimensions sont priorisées, selon le point de vue des enfants. L'analyse de leur proposition a permis l'émergence d'un schéma illustrant leur conception de l'alliance thérapeutique.

#### 4.2.1 Priorisation des dimensions, selon les enfants

Les enfants reconnaissent que les trois dimensions de la conception théorique de Bordin sont fondamentales au déploiement de l'alliance thérapeutique. Ils et elles s'entendent toutefois pour dire qu'elles sont d'une importance variable. Par conséquent, une discussion sur ces dimensions a permis aux enfants de les ordonner, selon la valeur accordée à chacune. Tout d'abord, chaque enfant était invité à réfléchir individuellement à la priorisation des différentes dimensions, puis à écrire ses choix. Par la suite, chacun et chacune partageait ses réflexions au sein du grand groupe. À la lumière de ces échanges et en raison des nombreuses similitudes observées entre les priorisations, le groupe en est finalement venu à établir cette priorisation commune.

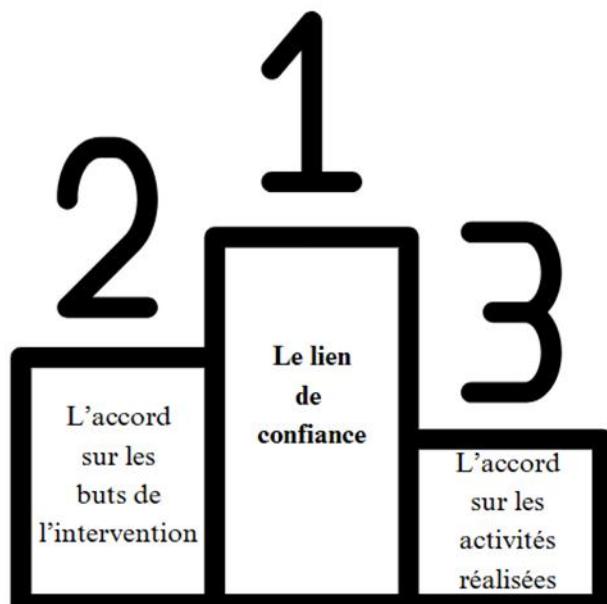


Figure 7. Priorisation des dimensions de l'alliance thérapeutique, selon les enfants.

D'une part, selon la perspective des enfants, ils et elles considèrent que le lien de confiance est la dimension prédominante. En effet, ils et elles estiment que l'aspect affectif de la relation doit être privilégié, car sans cela, il sera difficile d'atteindre un consensus sur les deux autres dimensions. Par conséquent, les enfants soulèvent que pour partager

ouvertement leur situation problématique, ils et elles ont besoin de sentir cette confiance. L'obtention de ce sentiment favorise, chez les enfants, une plus grande aisance à dialoguer avec l'intervenant et l'intervenante. À cet égard, les enfants ont proposé plusieurs « ingrédients essentiels » pour favoriser la floraison de ce lien de confiance et cela est présenté à la section 4.2.2.

Tu ne connais pas cette personne, c'est la première fois que tu la vois, donc c'est sûr que tu vas être un peu distante, tu ne vas pas être vraiment proche d'elle comme tu l'es maintenant, puisque tu ne la connais pas. Donc, pour moi, c'est pour ça que la confiance c'est la chose la plus importante. (Lara)

D'autre part, lors des échanges, les enfants ont classé l'accord sur les buts de l'intervention en deuxième position de priorité, suivi de l'accord sur les activités réalisées. Cependant, ils et elles ont eu de la difficulté à verbaliser les raisons qui sous-tendaient ces choix en matière de priorités. Ils et elles ont pu exprimer que logiquement, après avoir établi un lien de confiance, l'intervenant et l'intervenante doit acquérir une bonne compréhension de la situation problématique, en posant les bonnes questions, ce qui permettra d'identifier précisément les besoins de l'enfant. Par conséquent, cette compréhension les orientera vers des choix d'activités appropriées qui pourraient véritablement aider et apaiser l'enfant.

Je dirais, en premier, le lien de confiance, parce que le lien de confiance doit être en priorité. (Anna)

Tu (signifie l'intervenante et l'intervenant) vas penser au lien de confiance, pi après, tu vas demander à la personne « tu sais pourquoi tu es là ? » Pi après quand elle sera un peu plus calme, tu pourras l'écouter, lui poser des questions, pas trop poser des questions qui pourraient la blesser, qui pourraient lui faire peur ou la rendre en colère. Quand elle est plus calme et plus prête, on pourrait faire une activité pour qu'elle se sente mieux. (Lara)

#### **4.2.2 Comment contribuer au déploiement du lien de confiance?**

Tel que mentionné précédemment, les enfants ont clairement souligné la nécessité de privilégier la dimension du lien de confiance. En plus des habiletés et attitudes énoncées par

les enfants, ces derniers et ces dernières ont également fourni des repères significatifs pouvant orienter les actions des intervenants et des intervenantes. Ces actions contribueront à la floraison du lien de confiance.

Apprendre à connaître l'enfant demeure incontournable pour favoriser et renforcer le lien de confiance. Pour ce faire, il est impératif d'utiliser l'habileté de curiosité, comme définie précédemment dans les habiletés facilitatrices. Cette aptitude faciliterait grandement la révélation de l'enfant, permettant d'en apprendre davantage sur lui ou elle. Ainsi, la connaissance de l'autre sera un atout précieux pour favoriser, dans un premier temps, des discussions et dans un deuxième temps, l'établissement du lien de confiance. Enfin, ces connaissances spécifiques sur l'enfant se doivent d'être utilisées à bon escient par l'intervenant et l'intervenante, dans le but que cela lui serve de levier relationnel.

La personne doit savoir des choses que tu aimes. Elle doit être gentille avec toi et elle doit savoir si ça te plaît ou pas. (Maude)

Moi, avec madame X, j'aime parler, parce qu'elle me connaît, elle sait ce que j'aime et ce que je n'aime pas. (Lara)

En plus, laisser le temps pour l'apprivoisement relationnel est vu comme une autre action qui peut contribuer à développer le sentiment de confiance entre un ou une enfant et un intervenant et une intervenante. En effet, il est nécessaire pour les enfants d'avoir le temps suffisant pour se familiariser doucement avec cette nouvelle personne qui entre dans leur vie. D'une part, en apprenant à connaître la personne (par exemple : ses champs d'intérêt), mais aussi en apprenant à connaître sa façon d'intervenir (par exemple : sa façon d'entrer en relation, ses techniques d'intervention, ses approches d'intervention, etc.). Cette connaissance de l'autre permet de tendre vers un lien de confiance plus solide et authentique. Cet élément est plus marquant pour les enfants qui ont vécu de multiples expériences d'intervention, avec plusieurs intervenantes et intervenants. Certains et certaines ont fait face à des expériences moins favorables, qui, à ce jour, teintent leurs réactions et leur capacité à développer un lien de confiance. Ainsi, ils et elles ont besoin d'apprivoiser progressivement cette nouvelle personne. Les contacts nombreux avec l'intervenant et l'intervenante agiront comme vecteur pour diminuer la méfiance et les craintes de l'enfant (s'il y a lieu) et ainsi

pouvoir progressivement augmenter le sentiment d’appréciation de l’enfant à l’égard de la personne qui l’accompagne. De plus, les enfants soutiennent qu’il est nécessaire d’avoir l’espace pour se familiariser avec le contexte de ce nouveau suivi d’intervention avant d’entrer trop vite dans la compréhension de la situation problématique. Cela, en comprenant bien la mission de l’organisme par exemple, les services, à qui ils sont offerts, ou encore en visitant les lieux, etc. Si un temps suffisant n’est pas octroyé à ces dimensions, les enfants craignent de demeurer plus longtemps éloignés émotionnellement et méfiants face à l’intervenant ou l’intervenante ou encore face au suivi comme tel. Finalement, les enfants précisent que plus ils et elles connaissent leur intervenant ou intervenante depuis longtemps, plus cela peut contribuer au lien de confiance.

*Qu’est-ce qui fait en sorte que tu as confiance en elle?* (question posée par l’étudiante-chercheuse) Je la connais depuis longtemps. (Anna)

Enfin, réaliser une activité que l’enfant aime (en parallèle de l’intervention) figure également dans les éléments clés à mettre en place.

Elle a toujours des activités vraiment cool à nous proposer. Des sujets que tu aimes et qu’elle sait que tu seras investi dedans. (Maude)

J’aime faire des activités qui bougent, j’aime dessiner. (Karl)

Moi, j’aime beaucoup dessiner, c’est ce que j’aime faire quand je viens ici. (Oli)

Les enfants remarquent qu’ils et elles ont davantage envie de s’investir et de s’impliquer dans la relation, lorsque l’intervenant ou l’intervenante met en place des périodes de jeu partagé et que ces jeux correspondent à leurs intérêts ou encore à des découvertes qu’ils et qu’elles sont susceptibles d’aimer. Un rapport étroit existe entre le désir d’amusement, l’investissement de l’enfant et l’impact que ces deux éléments ont sur l’établissement de la relation de confiance. Derrière le besoin d’amusement se cache aussi le besoin de bouger, d’être dans une intervention active et teintée de moments plus doux et agréables. Le jeu parvient à répondre à ces différents aspects, selon les enfants.

#### 4.2.3 Proposition d'ajout de dimensions à l'alliance thérapeutique

En plus des trois dimensions de la conception théorique de Bordin, les enfants ont souhaité en ajouter d'autres qui, à leurs yeux, sont incontournables. Il s'agit de l'écoute et de la participation, encore une fois, de toutes les personnes concernées par le problème. Ils et elles insistent sur l'importance d'une réelle écoute, sans quoi, les trois autres dimensions ne pourront être actualisées. De plus, pour atteindre une démarche participative et engagée avec l'enfant, il est important que chaque personne concernée par le problème relié à la demande d'aide soit incluse dans le processus d'intervention; cela afin qu'un consensus puisse être décidé et que les accords sur les buts de l'intervention puissent faire sens pour toutes les personnes. Pour les enfants, ces deux habiletés sont si essentielles qu'elles mériteraient ainsi d'être ajoutées aux dimensions comme telles de l'alliance thérapeutique de la conception théorique de Bordin, cela dans le simple but qu'elles soient davantage prises en compte.



Figure 8. Schéma illustrant les dimensions nécessaires à l'alliance thérapeutique, aux yeux des enfants.

## 4.3 QUELS SONT LES ÉLÉMENTS INCONTOURNABLES DU LIEU DE L'INTERVENTION QUI FACILITENT LE DÉPLOIEMENT DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE?

Dans cette section, le thème de l'environnement où se déroule l'intervention est abordé. Des éléments clés y figurent, de telle façon qu'il est possible de constater tous les essentiels à retrouver dans l'aménagement de ce lieu aux yeux des enfants. .

### 4.3.1 L'espace, l'ameublement et la disposition idéale du lieu d'intervention : qu'est-ce qui est propice au bien-être des enfants?

Les aménagements flexibles répondent aux différents besoins des enfants, puisque cela leur offre la possibilité d'être dans différentes positions. On peut retrouver par exemple dans ces espaces des chaises standards, des chaises berçantes, de gros ballons pour s'asseoir, des coussins, des tapis au sol, des chaises pivotantes, etc. Les enfants soulignent l'importance de ne pas les contraindre à demeurer assis ou debout, afin que ceux et celles qui ont du mal à rester en place puissent bouger plus librement, si cela est nécessaire.

C'est mieux qu'il en aille (environnement flexible), je trouve ça bien. [...] Madame X dit qu'il y a certains enfants qui ne sont pas capables de rester assis en place. Comme moi, je bouge souvent, donc Madame X m'a donné un banc qui bouge. (Maude)

C'est quand même cool, qu'il y ait, par exemple, des chaises berçantes. Bercer, ça calme. (Karl)

Dans le même ordre d'idées, les enfants expriment le désir d'avoir la liberté de choisir où et avec qui ils et elles souhaitent se placer. Cette préférence est particulièrement pertinente dans les situations d'intervention de groupe ou familiales. Les enfants aspirent à pouvoir faire leur propre choix, évitant ainsi d'être contraints de s'asseoir à côté de personnes avec lesquelles, ils et elles se sentent inconfortables. Ils et elles préfèrent être près des personnes significatives et avec qui ils et elles se sentent bien.

Je me sentais bien, parce que j'avais une classe flexible. [...] Tu peux t'assoir n'importe où, tu n'es pas obligé d'être avec des gens que tu n'aimes pas, pi c'est ça. (Anna)

Je n'aime pas être assis à côté des gens que je n'aime pas. (Maude)

Enfin, pour conclure, les enfants soulignent la pertinence de bénéficier de l'aménagement d'un coin calme, douillet et confortable, un peu en retrait, dans l'espace d'intervention. Le coin calme a comme fonction de pouvoir offrir un endroit de solitude, d'apaisement, à l'intérieur duquel les stimulations avoisinantes sont réduites (présence de moins de bruits et d'une lumière plus tamisée).

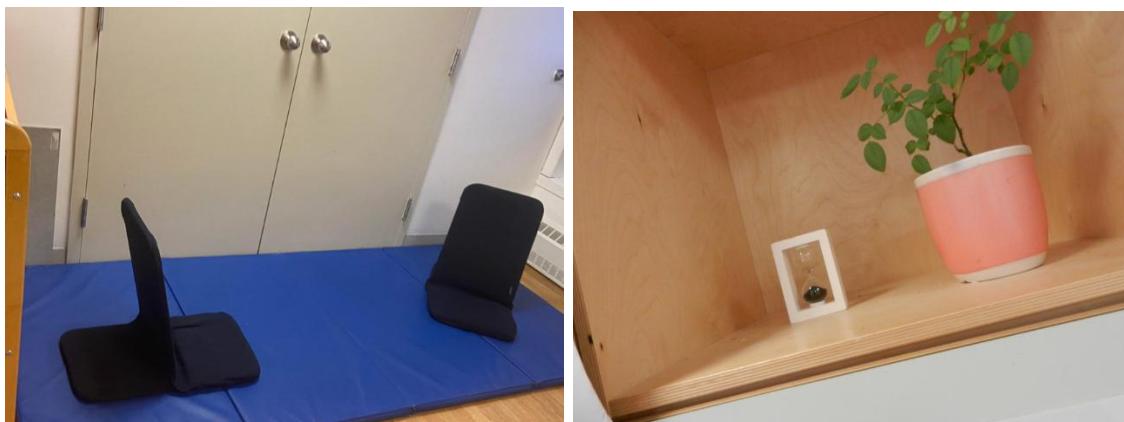


Figure 9. Photographies prises par Lara et Anna pour illustrer l'importance des coins calmes.

J'adore les coins calmes. [...] Une de mes photos préférées, c'est celle-là, ça me rappelle les coins calmes. (Lara)

#### 4.3.2 Les éléments décoratifs et ludiques incontournables

Pour développer un sentiment d'appartenance envers le lieu d'intervention et encourager les enfants à vouloir y retourner, il importe que les éléments présents dans l'environnement reflètent leurs intérêts. Cela peut se traduire par la présence de jeux qui

suscitent leur attention et leur émerveillement, tels que des livres variés, des jeux de société, du matériel d'art, etc.



Figure 10. Photographies prises par Mali, Oli et Karl, pour illustrer ce qu'ils aiment voir qui correspond à leurs intérêts (Cube Rubik, matériel de dessin, jeu de Pokémon).

D'une autre part, les enfants désirent sentir que ce qui est mis à leur disposition soit également utile pour leur développement. On parle ici de toutes choses affichées ou installées sur les murs du lieu d'intervention qui permet aux enfants de s'éduquer ou de s'enrichir intellectuellement. Par exemple, des affiches où l'on retrouve les droits des enfants ou encore des affiches de stratégies pour revenir au calme ou encore des tableaux de récompenses pour souligner les forces et les bons coups des enfants. Ces éléments contribuant à leur développement sont soutenants à leurs yeux. Enfin, il s'agit de trouver un équilibre entre les éléments qui encouragent le divertissement et ceux qui sont plus d'ordre éducatif.

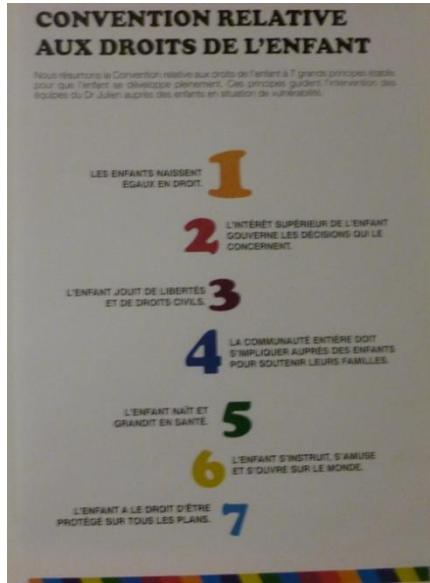


Figure 11. Photographies prises par Anna, Maude et Léo pour illustrer ce qu'ils et qu'elles aiment voir comme élément qui enrichit leur développement et leurs connaissances.

À cela s'ajoute le besoin d'avoir un bel environnement. Pour ce faire, les éléments de la nature figurent dans les essentiels. Pour les enfants, cela évoque la beauté et le ressourcement, en plus de contribuer à leur bien-être. Ils et elles aiment retrouver par exemple un jardin, des bacs à fleurs, des plantes intérieures, etc. Ces éléments de la nature rendent le lieu plus chaleureux et accueillant.



Figure 12. Photographies prises par Lara, Oli, Karl et Anna, pour montrer des exemples d'éléments de la nature qu'ils et qu'elles aiment voir dans un lieu d'intervention.

En plus, les éléments artistiques contribuent également, du point de vue des enfants, à embellir le lieu d'intervention en y apportant de la créativité et de la vivacité. Ils et elles aiment que les œuvres artistiques proviennent autant d'artistes plus chevronnés que d'enfants qui fréquentent l'organisme ou l'institution. Ils et elles apprécient que les éléments artistiques se retrouvent autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement.

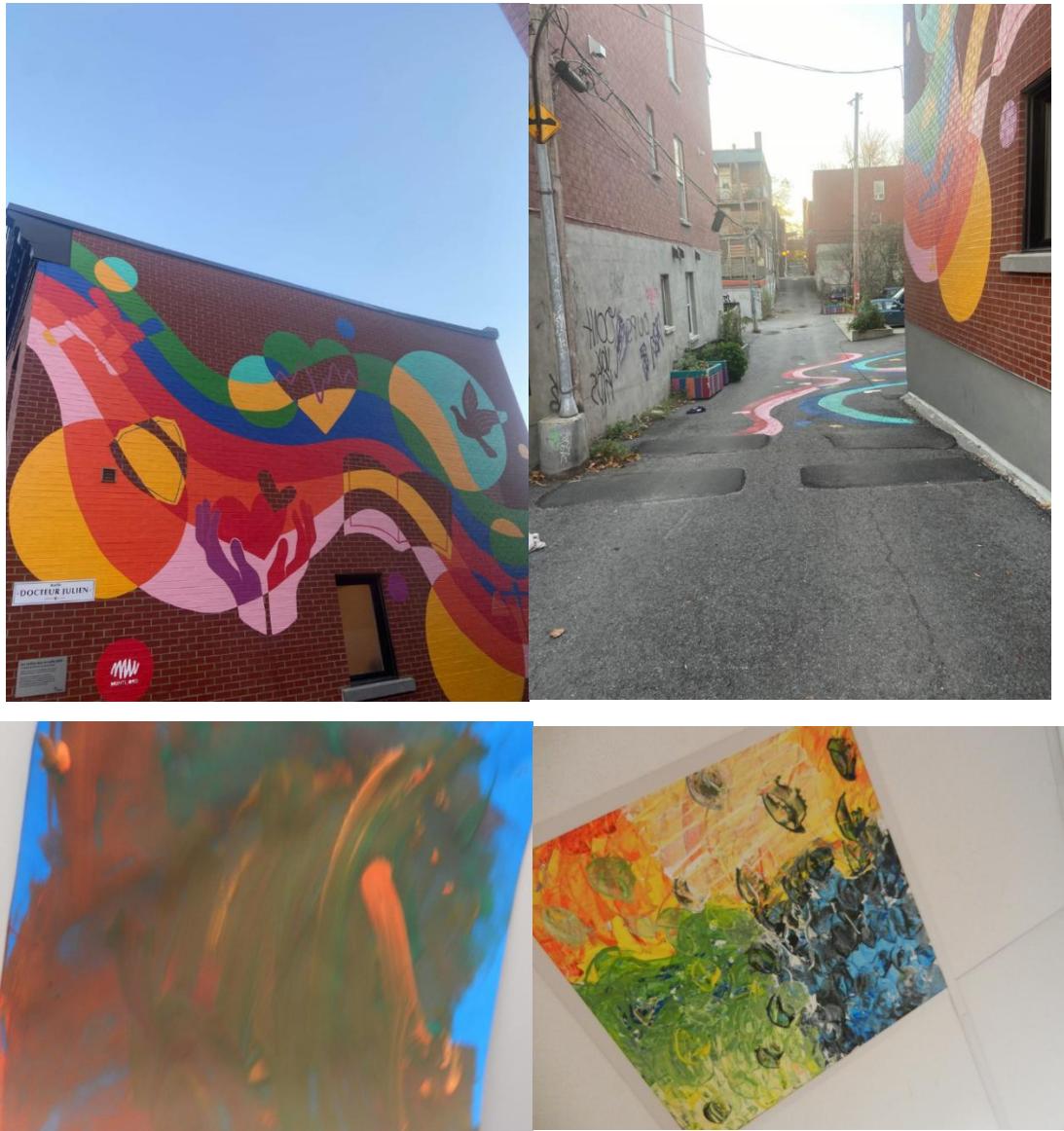


Figure 13. Photographies prises par Anna, Léo, Oli et Lara pour illustrer le type de créations artistiques qu'ils et qu'elles aiment bien retrouver dans le lieu d'intervention.

L'ajout de décos temporaires en fonction des fêtes en cours, comme Noël, Halloween, etc., peut également enrichir l'aménagement de l'espace. Les enfants accordent de l'importance à la présence de décos, qui sont un vecteur de joie, de rire et d'amusement. Cela contribue, encore une fois, à dynamiser le milieu et à favoriser une ambiance positive.

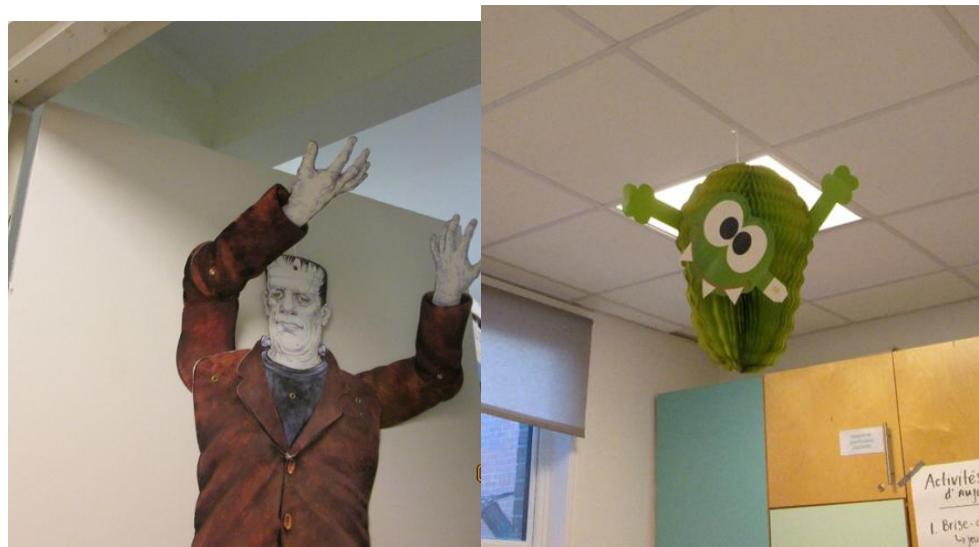


Figure 14. Photographies prises par Karl et Mali où il y a présence de décos d'Halloween, comme il s'agissait de la fête au moment où la collecte de données a été réalisée.

Les décos. *Qu'est-ce que tu aimes des décos?* Leur visage. Ça me rend joyeux. Ça me fait rire. (Karl)

Par ailleurs, l'organisme où la recherche s'est réalisée avait une mascotte (un vrai poisson) mise à l'entrée de la salle des groupes. Les enfants ont mentionné que cette mascotte pouvait agir comme facilitateur à leur arrivée à l'organisme; comme s'ils et elles se sentaient accueillis par lui. Le poisson se nommait Billy. À titre d'exemple, à chaque fois que les enfants arrivaient ou repartaient, la majorité d'entre eux et elles le saluaient.



Figure 15. Photographie prise par Léo, pour montrer l'importance d'avoir une mascotte dans un lieu d'intervention.

En complément aux conditions à offrir au sein de l'environnement du lieu d'intervention, les enfants soulignent qu'ils et qu'elles arrivent souvent en ayant faim. Ainsi, leur concentration peut être affectée par leur sensation de faim, ce qui peut limiter leur capacité à s'impliquer pleinement. Cela dit, pour répondre adéquatement à leur besoin de base, il est nécessaire d'avoir une variété de collations mise à leur disposition et disponible en quantité suffisante.

Comme là, j'ai vraiment faim, mais je n'aime pas les trucs à manger, comme des barres comme ça. (Maude)

J'adore manger, j'adore les collations. (Karl)



Figure 16. Photographie prise par Maude et dessin créé par Lara, pour illustrer l'importance d'avoir à leur disposition des collations variées.

#### 4.3.3 Besoins sous-entendus par les enfants

En guise de conclusion et en écho aux propos des enfants, j'ai illustré à l'aide d'un schéma leurs différents besoins quant à leur environnement d'intervention. Ce rappel met en relief les désirs des enfants, lorsque celles-ci et ceux-ci sont accueillis dans un lieu d'intervention qui leur est destiné.

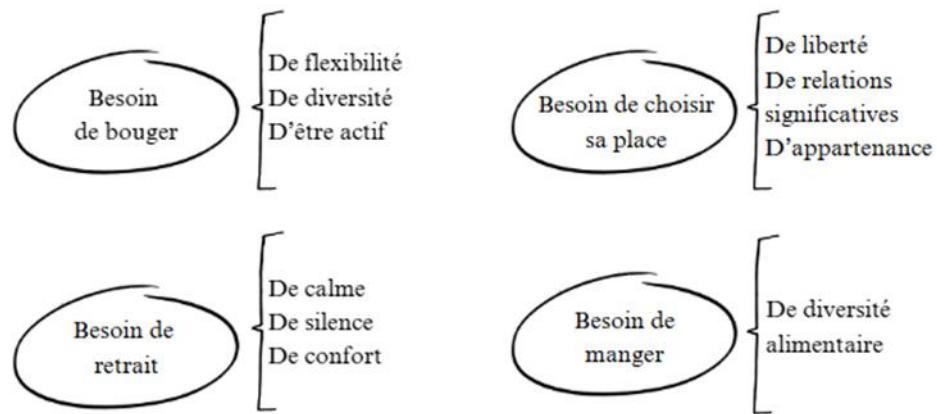


Figure 17. Schéma résumé des besoins exprimés par les enfants, lorsque ceux-ci et celles-ci fréquentent un lieu d'intervention destiné à une clientèle jeunesse.

#### 4.4 QUELLES SONT LES RECOMMANDATIONS POUR LES INTERVENANTS ET LES INTERVENANTES QUI ŒUVRE AUPRÈS D'ENFANTS?

Lors du dernier groupe de discussion, les enfants ont été invités à s'inspirer de l'ensemble de leurs partages et d'en faire des recommandations aux intervenants et aux intervenantes. Ils nous enseignent ainsi les meilleures pratiques à adopter auprès d'eux et d'elles.

Premièrement, les enfants expriment avec insistance leur désir qu'on accorde une attention véritable à leur parole, en les écoutant avec l'intérêt et en valorisant ce qu'ils et elles ont à nous dire sans les discréditer injustement.

Ça serait vraiment cool qu'ils écoutent les idées de l'enfant, ça serait vraiment cool, s'ils écoutaient vraiment. Parce que parfois quand tu parles, ils ne vont pas vraiment t'écouter, après ils vont te poser la question, qu'est-ce que tu avais dit, mais toi parfois, ça ne te tente pas trop de répéter et aussi, de vraiment écouter et d'être parfois d'accord avec tes idées. (Maude)

Les enfants relèvent également qu'ils et qu'elles ont besoin de sentir qu'on leur fait confiance. Ils et elles veulent que l'on reconnaissse leur capacité à participer et à s'exprimer. En d'autres mots, les enfants souhaitent sentir qu'on croit en leur potentiel, qu'on leur accorde de l'estime et de la confiance. Cela dit, ils et elles souhaitent également que les interventions à leur égard soient authentiques. Les enfants affirment être sensibles et peuvent percevoir rapidement si les actions de l'intervenante ou de l'intervenant sont motivés par une obligation ou un désir sincère.

Deuxièmement, les enfants accordent beaucoup d'importance à l'établissement d'un contact positif. Les enfants aiment sentir que leur investissement dans cette relation thérapeutique sera bénéfique et qu'ils ou qu'elles en tireront des avantages (par exemple : du plaisir, de bons conseils, etc.). Les enfants ont insisté encore ici sur la nécessité d'adapter l'intervention (ex. : approches, activités, lieux) à leur réalité enfantine. Ces expériences plus agréables pour l'enfant contribueront, selon eux et elles, à un sentiment d'attachement plus rapide.

Troisièmement, offrir son aide, quand l'enfant le demande et en a besoin, constitue une autre recommandation, du point de vue des enfants. Les enfants aiment sentir la considération de l'intervenant et de l'intervenante, lorsqu'une demande d'aide leur est formulée, de sorte qu'elles et qu'ils se sentent pris en charge, et ce, même si l'intervenant ou l'intervenante n'a pas le temps de l'aider dans l'instant présent.

La recommandation c'est [...] qu'il te dise, ça ne sera pas long, dans 5 minutes, je vais être disponible. [...] À la place qu'il t'envoie voir quelqu'un d'autre et qu'il te dit lui aussi qu'il n'a pas le temps. J'aimerais qu'on me dise d'aller faire quelque chose, pour qu'ensuite on puisse revenir au problème. À la place de dire va-t'en, j'ai un autre problème à régler. (Lara)

Du point de vue des enfants, il est important que les intervenants et intervenantes soient aux aguets de leurs besoins, afin que leur demande d'aide puisse être entendue et répondue, et ce, même si elle est exprimée directement ou de manière plus subtile. Comme Lara l'exprime, elle n'aime pas se sentir comme une balle de « ping-pong », et ce, sans recevoir de réponse satisfaisante. L'objectif derrière cette meilleure pratique est de tenter de répondre à la demande d'aide (aux besoins) rapidement, dans la mesure du possible. Si cela n'est pas réalisable immédiatement, les enfants demandent qu'un temps d'attente le plus précis possible leur soit donné ou que des stratégies compensatoires leur soient proposées en attendant qu'une réelle aide puisse leur être offerte (par exemple : tu pourrais aller t'asseoir dans le coin calme, j'arrive dans cinq minutes et à ce moment, je prendrai le temps de t'écouter.



## **CHAPITRE 5**

### **DISCUSSION**

L'objectif de cette étude visait à comprendre comment favoriser, selon la perspective des enfants, le développement de l'alliance thérapeutique entre un ou une enfant et un intervenant ou une intervenante, dans le cadre d'une démarche d'intervention. Dans le chapitre précédent, les enfants ont partagé leurs perceptions quant au déploiement de l'alliance thérapeutique, processus qu'ils et qu'elles perçoivent comme étant complexe et nécessitant la prise en compte de plusieurs facettes. Leur voix a permis de mettre en évidence leurs besoins et les conditions propices à la création d'un lien porteur en intervention.

À la lumière des résultats, cette discussion vise ainsi à dégager une conception globale du phénomène étudié, enrichissant ainsi les connaissances sur l'alliance thérapeutique avec les enfants. Dans un premier temps, le cadre conceptuel intégrateur sera revisité en regard des résultats de cette étude. Par la suite, quatre grands constats émergeant de cette recherche seront présentés, révélant des réflexions clés où la parole des enfants dialogue avec celle des auteurs et autrices. Enfin, ce chapitre se conclura par une analyse des forces et des limites de cette étude, en plus de proposer quelques pistes pour des recherches futures.

#### **5.1 LE CADRE CONCEPTUEL INTÉGRATEUR REVISITÉ : REGARD DES ENFANTS SUR L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET SES CONTOURS**

Puisque cette étude s'appuie sur une démarche d'induction modérée (Savoie-Zajc, 2004), le cadre conceptuel initial présenté au chapitre 2 a été peaufiné et revu à la lumière des résultats obtenus. Ainsi, en incluant les éléments partagés par les enfants tout au long de la démarche de recherche, il est possible de présenter une perspective nuancée et qui s'appuie

sur leur expérience quant aux conditions optimales à mettre en place pour développer une alliance thérapeutique lors d'un processus d'intervention.

Ce cadre remanié prend toujours ancrage dans la conceptualisation théorique de l'alliance thérapeutique développée par Bordin (1979). Tout d'abord, rappelons que bien que certaines réserves dans son application auprès de la clientèle enfantine aient été relevées (Baylis et al., 2011; Cournedé, 2015; Pagnotta et al., 2018; Sturm et al., 2016), plusieurs auteurs et autrices soulignent la pertinence de ce concept dans les processus d'intervention (Baillargeon et Puskas, 2013; Saint-Jean et Dufour, 2020), y compris dans le domaine spécifique du travail social (Alexander, 2013; Sigouin, 2023; Thibault, 2017; Turcotte et Deslaurier, 2017). En effet, la conception théorique de l'alliance thérapeutique de Bordin (1979) est reconnue pour son impact positif sur la réussite et la qualité des interventions, en intégrant des éléments clés au processus de changement, tels que la collaboration, la confiance et l'engagement mutuel (Sigouin, 2023; Thibault, 2017).

En ce sens, les résultats de cette étude ont permis de mettre en évidence que les trois dimensions de l'alliance thérapeutique proposées par Bordin (1979) offrent des assises intéressantes pour guider les intervenants et les intervenantes dans leur pratique. Les enfants reconnaissent la pertinence de ces dimensions et soulignent même leur caractère fondamental. Or, ils et elles nous font réaliser également que ce processus s'avère plus complexe qu'il n'y paraît et que des ajustements sont nécessaires, pour répondre aux spécificités du contexte de l'enfance. Ainsi, il semble que certaines dimensions doivent être priorisées, tandis que d'autres, absentes du modèle initial, méritent d'être intégrées.

Le cadre conceptuel intégrateur revisité, présenté ci-bas, souligne les composantes essentielles à l'établissement d'une alliance thérapeutique réussie aux yeux des enfants.

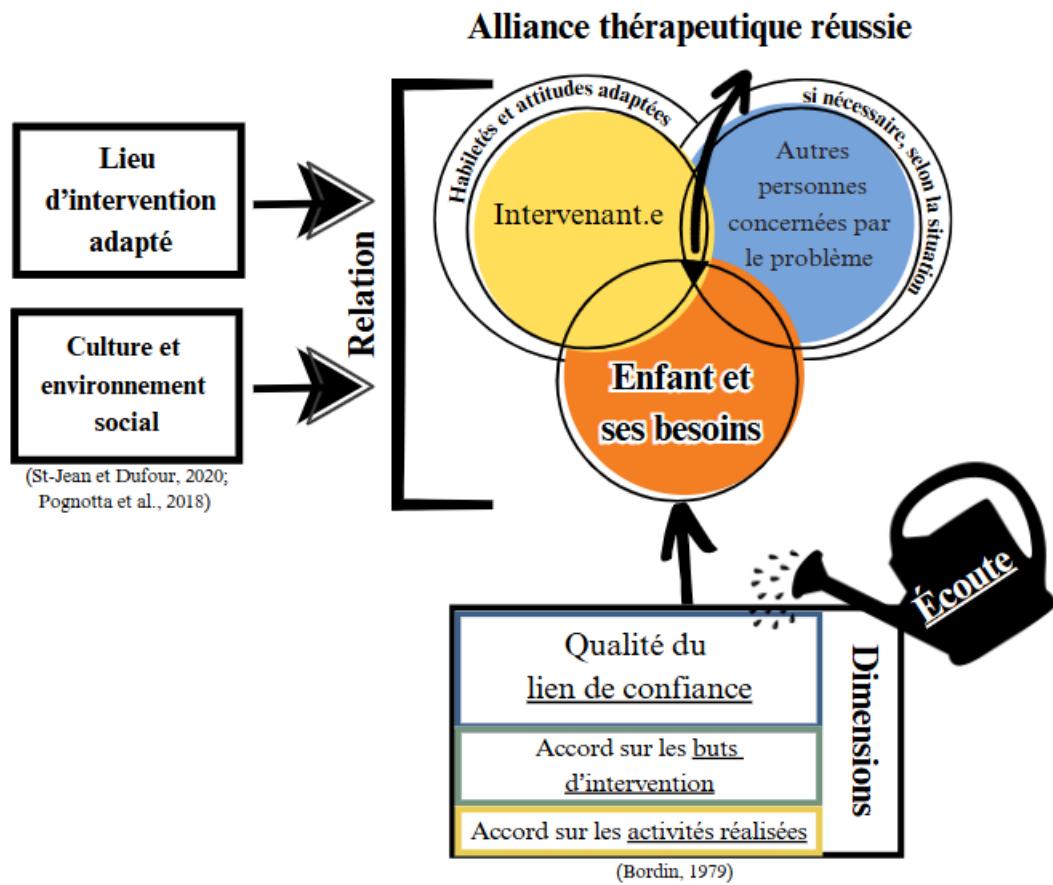


Figure 18. Cadre conceptuel intégrateur revisité : Schéma illustrant la construction d'une alliance thérapeutique réussie.

### 5.1.1 Les dimensions : sur quoi baser la relation ?

D'abord, les trois composantes de l'alliance thérapeutique définies par Bordin (1979) constituent la fondation sur laquelle les intervenants et intervenantes doivent s'appuyer pour établir des relations solides et significatives avec les enfants. À partir des perceptions et du vécu des enfants, ces dimensions ont été priorisées, mettant en évidence que la qualité du lien de confiance est la variable incontournable au déploiement d'une alliance thérapeutique réussie.

La priorisation de cette dimension était déjà visible dans la littérature, donc mise à l'avant-plan également dans notre modèle initial. En effet, plusieurs auteurs et autrices s'entendaient sur le fait que les composantes relationnelles et affectives primaient sur les aspects cognitifs (accord sur les buts de l'intervention et accord sur les activités réalisées) (Cournede, 2015; Karver et al., 2006; McLeod, 2011).

Les enfants ont d'ailleurs insisté, lors des groupes de discussion, sur ce besoin de développer, avant tout, un lien de confiance avec les intervenants et intervenantes et que ceux-ci et celles-ci y accordent surtout le temps et le soin nécessaire. En effet, le discours des enfants révèle qu'il n'est jamais anodin pour eux et elles d'entamer un processus d'intervention. Cela peut les exposer à de l'insécurité, de la méfiance ou encore à de l'incompréhension. La plupart du temps, ils et elles ne connaissent pas l'intervenant ou l'intervenante qui entre dans leur vie et ne comprennent pas toujours la nature et les motifs du suivi. Dans certains cas, ils et elles en côtoient plusieurs à la fois. C'est pourquoi il est essentiel d'accorder, dès le départ, une place importante aux dimensions relationnelles et affectives. Les enfants ont besoin d'être et d'évoluer dans des contextes thérapeutiques empreints d'humanité et de sincérité, tout en offrant un cadre sécuritaire. Ainsi, pour les enfants, des interventions axées essentiellement et rapidement sur la création d'un plan d'intervention risquent de compromettre le développement du lien de confiance et par conséquent, l'atteinte de l'alliance thérapeutique. Il peut s'agir ici d'un défi, particulièrement dans les organisations qui demandent aux intervenants et aux intervenantes d'identifier, dans un temps parfois très court, la situation problème et le plan d'intervention qui en découle. Certaines contraintes ou conditions de la pratique peuvent ainsi bousculer ce besoin qu'ont les enfants d'avoir le temps nécessaire pour entrer en relation de confiance avec les intervenants ou intervenantes. Ce point sera d'ailleurs approfondi davantage dans la section consacrée aux constats de la présente recherche.

Quant aux deux autres dimensions, il n'y avait pas de consensus dans la littérature quant à l'ordonnancement de celles-ci, mais les enfants, de leur côté, avaient une idée assez claire, en priorisant en deuxième, l'accord sur les buts d'intervention et en troisième, l'accord sur les activités réalisées. Comme mentionné dans la revue de littérature, les processus

d'intervention sont bien souvent initiés par une tierce personne et non par les enfants eux-mêmes, les amenant ainsi à ne pas toujours comprendre la raison de leur présence devant une personne professionnelle de la relation d'aide (Cournede, 2015; Marteau et al., 2013; McLeod, 2011; Pagnotta et al., 2018). Les enfants rencontrés ont confirmé cette réalité. Ils et elles ont souligné l'importance d'être directement impliqués dans le choix du but de l'intervention, car ils et elles n'aiment pas être dans le doute ou dans l'incompréhension face aux raisons d'une telle démarche. Les enfants veulent être partie prenante de cette décision et du bon déroulement de cette expérience.

Un autre pilier fondamental identifié par les enfants est l'écoute, perçue comme une dimension transversale et essentielle au déploiement des autres dimensions de l'alliance thérapeutique. Ils et elles insistent sur l'importance de se sentir réellement écoutés, soulignant que sans cette attention qui leur est dédiée, les trois autres dimensions ne peuvent pas être pleinement actualisées. Pour illustrer cette idée, l'écoute est symbolisée par un arrosoir, évoquant l'image d'une relation, qui, pour grandir et s'épanouir, doit être nourrie par une écoute abondante. Ainsi, savoir écouter exige du temps, de l'ouverture, du soin et de la délicatesse.

### **5.1.2 La relation : des acteurs et actrices incontournables à son fleurissement**

Les éléments de fondation présentés dans la section précédente constituent des assises qui permettent l'établissement d'une relation thérapeutique prometteuse. Cette relation se situe au cœur du modèle et repose sur trois actrices et acteurs interconnectés : l'enfant, l'intervenant ou l'intervenante et les autres personnes impliquées dans la situation (parent, fratrie, amis, etc.). Ces trois personnes sont amenées à travailler de concert.

L'enfant est au cœur de l'intervention, et ses besoins, plutôt que ses caractéristiques (telles que nommées dans le modèle initial), doivent être priorisés. Le terme *caractéristiques de l'enfant* a été remplacé pour *besoins de l'enfant*, afin de mieux refléter les perceptions exprimées par les enfants eux-mêmes et elles-mêmes. En effet, dans l'analyse des données,

j'ai pu remarquer que le mot *besoin* était unanimement utilisé par les enfants et revenait très souvent dans leur discours. Par exemple, ils et elles nommaient leur envie d'être près de l'action, de participer, d'être considérés et d'exposer surtout leur point de vue sur ce dont ils et elles ont besoin. En choisissant la terminologie *besoin de l'enfant*, on vient mettre l'accent sur ce qui est essentiel pour eux et elles, plutôt que de réduire leurs aspirations à de simples traits de caractéristiques descriptifs. L'intervenant ou l'intervenante, quant à lui ou elle, doit mobiliser des habiletés et attitudes adaptées pour établir une relation harmonieuse avec l'enfant. De même que pour l'enfant, le terme *caractéristiques de l'intervenant et de l'intervenante* choisi dans le modèle préliminaire a été modifié par le terme *habiletés et attitudes adaptées*. Ce choix a été justifié par le fait que les termes *habiletés et attitudes* soient couramment utilisés en travail social (Fontaine et Turcotte, 2017). Par ailleurs, cette terminologie permet d'aller au-delà de la personnalité ou des traits distinctifs de l'intervenant ou l'intervenante, tels que définis par le mot *caractéristique* (Larousse, 2025b). En optant pour les termes *attitudes* et *habiletés*, l'accent est mis sur l'application de connaissances professionnelles concrètes, telles que les savoir-faire, savoir-être et savoir-dire (Larousse, 2025a; Office québécois de la langue française, 2025).

Enfin, les enfants insistent sur l'importance d'inclure toutes les personnes concernées par la situation problème. Cela permet, selon eux et elles, d'atteindre une démarche collaborative, participative et engagée, où il y a présence de toutes les parties prenantes, et ce dans la visée d'améliorer le partage d'informations, de favoriser des accords plus consensuels et d'en arriver à une résolution positive. Les enfants soulèvent des lacunes importantes sur ce point, en attestant que les intervenants et intervenantes ont parfois tendance à prioriser l'intervention individuelle, laissant ainsi pour compte la richesse des interventions de groupes ou familiales. Cela a comme impact d'individualiser la situation problématique, alors que celle-ci appartient peut-être à un système plus large.

### 5.1.3 L'influence de l'environnement

Par ailleurs, le schéma met en évidence l'influence des facteurs culturels et environnementaux sur la relation et plus globalement sur le déploiement de l'alliance thérapeutique. Il est question, plus spécifiquement, du lieu d'intervention et de la culture et de l'environnement social.

Dans le modèle conceptuel initial, les éléments nommés ci-haut étaient déjà présents. En effet, le choix d'inclure le lieu d'intervention venait d'une hypothèse clinique issue de ma pratique professionnelle. Mes rencontres avec de nombreux enfants en situation de vulnérabilité m'avaient amenée à observer qu'un lieu adapté aux besoins des enfants pouvait influencer positivement le développement de l'alliance thérapeutique. Par ailleurs, l'ajout du concept d'environnement social et culturel s'appuie sur ma recension des écrits. Certains auteurs et autrices soulignaient l'importance de prendre en compte les caractéristiques spécifiques de l'environnement de la personne (Drolet et al., 2017) ainsi que l'influence de l'environnement culturel sur l'agir et la pensée de l'enfant (Pognotta et al., 2018; Saint-Jean et Dufour, 2020).

Les résultats de cette étude ont démontré la pertinence de ces éléments, justifiant ainsi leur présence dans le modèle conceptuel revisité. D'une part, le lieu d'intervention est reconnu comme un aspect fondamental à prendre en compte afin que l'espace réponde aux différents besoins de l'enfant et qu'ainsi, il devienne un élément contributif au développement de l'alliance thérapeutique. Cet aspect sera d'ailleurs détaillé davantage dans la section des constats présentée ci-bas. D'autre part, en ce qui a trait à la culture et l'environnement social, les enfants s'entendent pour dire qu'il est important que les intervenants et intervenantes prennent en compte ces aspects dans leur analyse. C'est-à-dire d'où ils et elles viennent, leurs identités culturelles et sociales, les caractéristiques physiques, économiques, sociales et politiques de l'environnement dans lequel ils et elles grandissent (par exemple : lieu de résidence, niveau socio-économique, etc.), leurs valeurs et systèmes de croyances, etc. En cohérence avec les postulats du travail social, ce cadre conceptuel élargi invite les intervenants et intervenantes à considérer un ensemble de facteurs pouvant

influencer le développement de l'alliance thérapeutique. Il apparaît ainsi pertinent d'avoir ce regard systémique non seulement dans l'analyse de la situation de l'enfant mais également dans la manière de l'approcher et d'inspirer sa confiance.

En somme, ce cadre conceptuel intégrateur revisité offre une perspective nouvelle et imagée de l'alliance thérapeutique. Il propose un outil pratique pour guider les intervenants et intervenantes vers l'établissement de relations solides, ancrées dans l'humanité et dans la compréhension des besoins des enfants.

## **5.2 LES GRANDS CONSTATS DE CETTE ÉTUDE**

De manière plus globale, il se dégage quatre grands constats. Ces éléments incontournables font partie de la trame de fond et proposent encore une fois des pistes éclairantes pour garantir une approche complète et nuancée, lorsqu'il est question d'établir une alliance thérapeutique avec les enfants.

### **5.2.1 Intervenir avec et pour les enfants : pour un meilleur agir ensemble**

Les enfants rencontrés insistent sur l'importance d'agir en collaboration avec l'intervenant ou l'intervenante, afin de se sentir véritablement parties prenantes de l'intervention. Il est possible de constater, que jusqu'à ici, cet élément incontournable a été dit à maintes reprises, il s'agit donc d'un constat plus que primordial. Ils et elles souhaitent que l'on intervienne avec eux et elles et dans leur meilleur intérêt. Que ce soit dans le développement du lien de confiance, dans l'élaboration des buts de l'intervention ou dans la création des activités d'intervention, les enfants expriment un besoin clair de reconnaissance, de considération et d'implication active.

Cette attention portée à la collaboration n'est pas nouvelle dans le champ du déploiement de l'alliance thérapeutique. Plusieurs auteurs et autrices énonçaient déjà

l’importance de positionner la personne aidée au cœur de l’intervention pour maximiser la réussite de l’intervention (Bordin, 1979; Thibault, 2017). Toutefois, bien que les enfants confirment cette notion incontournable de la collaboration, leurs expériences spécifiques mettent en lumière certaines particularités, qui seront détaillées ici.

Tout d’abord, les enfants nous disent que pour viser leur participation réelle et significative, il est impératif pour les intervenants et intervenantes de reconnaître, de respecter et de faire valoir leurs droits, conformément aux principes de la *Convention relative aux droits des enfants*, établi en 1990. Plus spécifiquement, il est question de leur droit à la participation active, de leurs droits d’être entendus et écoutés. Bon nombre d’écrits martèlent encore, à ce jour, l’importance de reconnaître les droits des enfants, faute de voir que leur opinion est encore sous-représentée dans les décisions qui les concernent (Côté et al., 2021; Gouvernement du Québec, 2021; Varadan, 2019). Les conclusions de la Commission Laurent appuient cette perspective, affirmant la nécessité de placer les enfants au cœur des pratiques (Gouvernement du Québec, 2021). En écho aux paroles des enfants rencontrés, cette reconnaissance de leurs droits passe aussi par la valorisation de leur plein potentiel, de leurs forces et de leurs aptitudes.

Par ailleurs, la reconnaissance des droits ne suffit pas si elle n’est pas accompagnée d’une démarche qui valorise les savoirs et les capacités des enfants. Comme le souligne Leroy (2020), nous avons la responsabilité comme intervenant ou intervenant de voir l’enfant comme un être actif, doté de savoirs qui lui sont propres. Cela implique de croire aux capacités de l’enfant et de le ou la positionner au centre du processus d’intervention, en agissant avec et pour lui ou elle. Pour y parvenir, il semble incontournable de se baser sur des pratiques inspirées par la notion d’*empowerment*; notion qui est d’ailleurs centrale dans la pratique du travail social, et ce, plus particulièrement avec les clientèles en situation de vulnérabilité (Bourdonnais et Parazelli, 2018; Demoustier, 2021; Parazelli et Bourdonnais, 2017; Roy et Lindsay, 2024). La littérature souligne que l’*empowerment* permet entre autres à la personne aidée de reprendre du contrôle sur sa vie et de renforcer son pouvoir d’agir (Rappaport, 1987; Roy et Lindsay, 2024; Suissa, 2024). Grâce à l’accompagnement offert par l’intervenant ou l’intervenante, cette personne retrouve le sentiment d’être actrice de sa

vie et la capacité de croire qu'elle peut y apporter des changements concrets (Bourdonnais et Parazelli, 2018; Demoustier, 2021; Parazelli et Bourbonnais, 2017; Suissa, 2024).

En ce sens, plusieurs éléments directement liés à l'*empowerment* ont été mis de l'avant par les enfants lors des groupes de discussion. On peut penser par exemple au partage de leurs aspirations, à leur envie sincère de participer et d'être considéré comme une personne ayant la capacité de faire des choix et de prendre des décisions. Pourtant, bien que l'*empowerment* semble être une notion plus que pertinente pour penser l'établissement de l'alliance thérapeutique avec les enfants, aucune des études recensées ne met ce concept de l'avant. Ainsi, cette piste de réflexion issue de ma recherche et de la discipline dans laquelle elle s'inscrit, apporte un éclairage nouveau sur la façon de penser l'instauration d'une alliance thérapeutique, comme quoi l'*empowerment* peut aider les intervenants ou intervenantes à mettre des bases pour instaurer la relation thérapeutique.

En résumé, les enfants doivent être considérés comme de véritables partenaires dans l'intervention, capables d'apporter un regard et des perspectives uniques à leurs situations. Ils et elles en demeurent les experts et expertes. Pour cela, il faut leur faire confiance! En leur accordant une place centrale, nous posons les bases d'un agir ensemble plus solide et porteur de changements significatifs.

### **5.2.2 Privilégier les approches personnalisées, engagées et réciproques : pour veiller plus adéquatement aux besoins des enfants**

Le discours des enfants révèle un autre constat fort : il est essentiel pour les intervenants et intervenantes de privilégier des approches personnalisées, engagées et réciproques, qui répondent aux besoins et à la réalité des enfants, notamment ceux et celles en situation de vulnérabilité. Ces approches se déclinent en trois éléments clés, qui interagissent pour favoriser une alliance thérapeutique plus forte et adaptée aux enfants.

Tout d'abord, le premier élément repose sur la capacité de l'intervenant ou de l'intervenante à adapter son approche à l'unicité de chaque enfant, notamment en

reconnaissant et en valorisant la variété des formes d’expression. En effet, la parole ne suffit pas toujours à refléter l’ensemble de leurs savoirs et de leurs besoins. Les observations réalisées lors des groupes de discussion confirment que l’utilisation de médiums comme le dessin et la photographie facilite la communication, la symbolisation et la description d’expériences moins facilement traduisible en mots seuls; cela ouvre ainsi souvent les partages à une plus grande profondeur. Bien que cette avenue d’intervention soit encore en émergence, plusieurs auteurs et autrices reconnaissent l’importance de valoriser cette diversité, cela en repensant les approches plus traditionnelles (Caldairou-Bessette et al., 2017; Draghici et Garnier, 2015; Levrard, 2020; Stoecklin, 2015). La Commission Laurent abonde dans le même sens et recommande de repenser les modèles plus uniformes et génériques pour privilégier des pratiques sensibles et plus ancrées dans la réalité propre à chaque enfant (Gouvernement du Québec, 2021). Par conséquent, encourager cette diversité contribue non seulement à une communication plus riche, mais aussi à une relation plus authentique. Cet aspect demeure peu exploré dans les écrits sur le déploiement de l’alliance thérapeutique avec les enfants, ce qui en fait une piste de réflexion prometteuse.

Un autre élément phare et complémentaire à cette réflexion est la place centrale du plaisir dans l’intervention. En effet, du point de vue des enfants, le plaisir n’est pas un simple atout : il constitue un besoin essentiel influençant directement leur état d’esprit, donc du même coup, leur adhésion à la démarche et la confiance accordée à l’intervenant ou à l’intervenante. Ces moments partagés doivent à priori être agréables et proposer des activités qui correspondent aux intérêts des enfants. En ce même sens, Lafontaine (2020) indique que l’amusement constitue une clé à ne pas sous-estimer en intervention auprès des jeunes, car il stimule leur désir de s’investir pleinement. Pourtant, bien que certains auteurs et certaines autrices mentionnent l’importance du plaisir dans le déploiement de l’alliance thérapeutique (Baylis et al., 2011; Campbell et Simmonds, 2011), la littérature l’aborde rarement en profondeur. Il devient alors indispensable de faire preuve de créativité et d’audace pour explorer et concevoir des approches à la fois ludiques et permettant de rejoindre les enfants dans leur univers.

Enfin, l’instauration d’une approche réciproque apparaît essentielle, notamment pour les enfants en situation de vulnérabilité. Les enfants ont souligné à plusieurs reprises l’importance de constater l’engagement actif de l’intervenant ou l’intervenante. Ils et elles insistent sur le fait qu’elles et qu’ils ne sont pas les seuls à avoir la responsabilité de s’ouvrir et de partager qui ils et elles sont et leurs expériences. Selon eux et elles, l’intervenant ou l’intervenante doit également se dévoiler, favorisant ainsi une connaissance mutuelle. La littérature souligne déjà l’importance de cette proximité relationnelle (Bordin, 1979; Chapuis, 2020). Cependant, elle aborde peu la notion de révélation partagée, pourtant perçue par les enfants comme un élément clé pour instaurer un sentiment de sécurité et d’harmonie et déjouer ainsi la méfiance parfois ressentie. En effet, cette prudence face aux nouveaux intervenants et intervenantes est bien documentée, notamment chez les enfants en situation de vulnérabilité, qui ont souvent vécu l’adversité et ressentant souvent des inquiétudes, des inconforts, voire des insatisfactions envers les services (Clément et al., 2016; Clément et Milani, 2018; Côté, 2011; Dajon et al., 2024). Il apparaît donc pertinent que l’intervenant ou l’intervenante partage à la fois certains aspects de son vécu personnel (intérêt, loisirs, etc.), tout en prenant le temps de recueillir les informations nécessaires à une compréhension globale de la situation de l’enfant. Par exemple, a-t-il vécu des expériences thérapeutiques difficiles, marquées par une rupture de confiance envers des intervenants ou intervenantes? Ainsi, instaurer une approche misant sur la réciprocité ne peut reposer sur une posture neutre et distante. Au contraire, l’intervenante ou l’intervenant doit être disposé à s’impliquer pleinement dans la relation, favorisant un climat d’authenticité et de proximité.

En somme, tous ces éléments nous amènent à repenser nos approches d’intervention auprès des enfants, pour favoriser le développement d’une alliance thérapeutique de manière ouverte, sensible et attentive. Parfois, ce sont les petits gestes qui créent les plus grands impacts.

### **5.2.3 L'impact de l'environnement : un levier pour intervenir auprès des enfants**

Les enfants rencontrés insistent sur l'importance d'adapter l'environnement où se déroule l'intervention. Plus précisément, le milieu et ses caractéristiques (salle, mobilier, décos, etc.) jouent un rôle crucial dans le développement de la relation thérapeutique. Un espace accueillant, chaleureux, confortable, flexible et « enfantin » (présence de jeux, de sources d'amusement et d'un décor attrayant) favorise l'engagement des enfants et influence leur aisance à s'ouvrir à l'intervenant ou à l'intervenante. En effet, un lieu adapté et en adéquation avec leurs intérêts et leurs besoins renforce leur envie de poursuivre l'intervention. Pourtant, bien que ces éléments apparaissent essentiels aux yeux des enfants, aucune étude recensée ne souligne clairement qu'un environnement d'intervention adapté constitue une condition favorable à l'établissement de l'alliance thérapeutique avec la clientèle enfantine.

Ce constat fait cependant écho à des études plus larges sur l'importance d'aménager adéquatement les espaces d'intervention destinés aux enfants. Par exemple, au Québec, des initiatives comme le mouvement des Lab-École visent justement à repenser les environnements scolaires en mettant l'accent sur le besoin et le bien-être des élèves (Lab-École, 2024). S'appuyant sur la consultation de nombreux ouvrages (105) et d'un vaste échantillon d'élèves (209), ce projet met en lumière plusieurs aspects essentiels : la présence de mobiliers variés, la flexibilité des espaces, l'intégration de végétation et la participation active des enfants dans la conception des lieux qu'ils et qu'elles fréquentent (Lab-École, 2024). Ces conclusions rejoignent directement les besoins des enfants exprimés dans le cadre de cette étude.

Ce constat invite ainsi à accorder davantage d'importance à l'aménagement de l'espace dans lequel se déroulent les interventions auprès des enfants. Il demeure toutefois pertinent de se questionner à savoir qui est tributaire de ces adaptations (dans le cas où des adaptations sont nécessaires) ? Évidemment, ces actions d'ajustement et d'harmonisation du lieu de travail n'incombent pas seulement aux intervenants et aux intervenantes ; les institutions et

les organismes se doivent d'en être sensibilisés, et ce, en veillant dans un effort collectif à créer et à offrir des milieux d'intervention propices aux besoins des enfants.

Enfin, des gestes simples peuvent avoir un impact significatif. Pourquoi ne pas mettre en place un projet collectif où les enfants participent à la décoration des lieux en exposant leurs créations? Pourquoi ne pas les inclure dans les réflexions sur l'aménagement des lieux qu'ils et qu'elles fréquentent? Pourquoi ne pas les encourager à participer activement à l'amélioration de leur environnement? En les impliquant activement dans ces actions et décisions, on favorise non seulement leur engagement, mais aussi leur sentiment d'appartenance.

#### **5.2.4 Des conditions de pratique empreintes de défis pour l'intervention auprès des enfants : la formation comme levier d'action**

Plusieurs éléments soulevés par les enfants dans le cadre de cette recherche remettent en question, voire contredisent, certaines façons de faire et d'agir actuellement en place dans l'organisation des services sociaux. Depuis plusieurs années, les services, particulièrement dans le réseau public, sont orientés autour d'une logique médico-centriste, qui provoque entre autres de grands écarts entre la dimension de la santé au détriment des services sociaux et qui valorisent des cibles de productivité quantitatives plutôt qu'en termes de qualité (Chenard, 2012; Deslauriers et Turcotte, 2024; OTSTCFQ, 2023). Ainsi, il est possible de constater que certaines contraintes influencées par cette logique dominante risquent de complexifier l'application de certaines recommandations émises par les enfants.

Par exemple, les enfants insistent sur le fait que pour favoriser efficacement la mise en place d'un lien de confiance, un temps d'apprivoisement est plus que nécessaire. Or, la réalité terrain impose une forte pression pour réaliser des suivis d'intervention brefs, pour répondre rapidement aux besoins, dans un nombre de rencontres restreintes ou dans un court laps de temps (Auger et Emperador, 2023; Chenard, 2012). Ainsi, un intervenant ou une intervenante souhaitant respecter ce besoin d'apprivoisement relationnel émis par les enfants risque de se

heurter aux contraintes organisationnelles. Prenons un autre exemple : les enfants mettent en lumière à plusieurs reprises leurs besoins que les interventions qui leur sont destinées soient personnalisées. Cela peut se traduire par l'adaptation des activités d'intervention à leurs intérêts, l'intégration de jeux et d'activités correspondant à leur mode d'expression, ou encore l'aménagement de l'espace d'intervention en fonction de leurs préférences, etc. Or, encore ici, les besoins des enfants s'opposent à la logique dominante des services sociaux, qui s'intéresse à la standardisation, à l'uniformisation (Chenard, 2012), bien loin des principes mis de l'avant par les enfants. Ces exemples illustrent les défis auxquels les intervenants et intervenantes auront à faire face, s'ils et elles souhaitent appliquer les différentes recommandations issues de cette étude.

Pour surmonter ces obstacles et pour faire face à ces enjeux, la formation apparaît comme un levier essentiel pour se sensibiliser, s'informer et se mobiliser collectivement. Comme Nelson Mandela le dit si bien : « l'éducation est l'arme la plus puissante que l'on puisse utiliser pour changer le monde ». Voici quelques recommandations à cet effet.

Tout d'abord, il est essentiel de parler d'abord et avant tout de la formation universitaire offerte aux futurs travailleurs sociaux et futures travailleuses sociales. Dans la visée que ces étudiants et étudiantes puissent défendre les intérêts des enfants, il est crucial de les sensibiliser à la réalité vécue par les enfants, afin qu'ils et qu'elles soient en mesure d'adapter efficacement leurs pratiques d'intervention.

L'analyse des programmes universitaires de premier cycle en travail social au Québec par exemple, révèle que la formation spécifique à l'intervention auprès des enfants demeure assez limitée. Sur les neuf universités offrant ce programme, seulement trois (Université du Québec à Trois-Rivières, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Université du Québec à Chicoutimi) incluent un cours obligatoire portant spécifiquement sur l'enfance et la jeunesse. Dans les autres universités, les cours sur l'intervention auprès des enfants demeurent optionnels. Bien que certains cours obligatoires, notamment ceux axés sur l'intervention familiale, abordent en partie la réalité des enfants, il reste que les enjeux propres à l'enfance et l'adolescence sont peu explorés en profondeur. De plus, il est difficile

d'affirmer avec certitude que les spécificités de l'alliance thérapeutique avec les enfants soient réellement abordées dans ces cursus de cours. Ce manque peut laisser les futures travailleuses sociales et les futurs travailleurs sociaux insuffisamment outillés pour défendre les intérêts et les besoins des enfants.

Pour y remédier, il serait pertinent d'intégrer davantage les savoirs des enfants dans la formation en travail social, afin de mettre en avant les bonnes pratiques à adopter. De plus, sachant la logique d'intervention actuelle, il serait également important d'aider les étudiants et étudiantes à développer un argumentaire solide pour justifier ces approches. Bien que l'ajout d'un cours obligatoire sur cette thématique puisse être complexe, une alternative serait d'inclure un bloc spécifique sur l'enfance dans les cours existants. Cela permettrait de mieux outiller les futurs intervenants et futures intervenantes aux défis qu'ils et qu'elles risquent de rencontrer sur le terrain. Alors, pourquoi ne pas inviter les enfants à être des conférenciers et des conférencières d'un jour? Pourquoi ne pas référer et intégrer davantage de connaissances et de bonnes pratiques découlant d'études récentes et émergentes qui ont été réalisées directement auprès d'enfants, dans le cadre de la formation en travail social? Après tout, qui de mieux que les enfants eux-mêmes et elles-mêmes pour aborder leurs enjeux, leurs besoins et leurs recommandations?

Ensuite, il semble impératif de formuler une deuxième recommandation à l'intention des intervenants et intervenantes qui œuvrent actuellement auprès d'une clientèle enfantine. À la lumière de ce qui a été nommé précédemment quant aux conditions actuelles de la pratique, comment mettre de l'avant les recommandations des enfants, tout en respectant le cadre imposé par nos organisations? La formation demeure un levier intéressant, mais elle ne suffit pas toujours. À ce sujet, une autrice propose des pistes d'actions intéressantes pour contourner les contraintes organisationnelles, tout en respectant les droits des usagers et en affirmant notre éthique professionnelle. Elle met en l'avant le principe de solidarité et souligne l'importance de créer des espaces de réflexion collective, de diffusion de connaissances et d'entraide, tels que des midis-causeries, des dîners-conférences, etc. (Chenard, 2012). Autrement dit, il faut parvenir à s'entourer d'alliés confrontés aux mêmes contraintes, afin de collaborer pour innover, contourner et surpasser les enjeux rencontrés

dans notre cadre de travail. Je pense qu'il est réellement possible de tracer un chemin différent, qui place les enfants réellement au cœur de nos interventions, en assurant la mise en œuvre de leurs recommandations et bien plus encore. Comme le soulignent Auger et Emperador (2023), pourquoi ne pas apprendre à développer des stratégies de résistances professionnelles? Ces auteurs et autrices soulignent qu'en tant que travailleur social et travailleuse sociale, nous possédons une grande conscience réflexive. Il importe de valoriser ce savoir que nous détenons, afin de réfléchir à des stratégies pour agir et pour reprendre du pouvoir sur les règles qui nous sont imposées. Ils et elles recommandent d'adopter un rôle d'acteur ou d'actrice de changement, afin d'éviter de perpétuer ces dissonances (Auger et Emperador, 2023). Plutôt que de les subir, nous devons agir.

En somme, ensemble, il est crucial de se questionner sur la place qu'on accorde aux enfants dans la formation en travail social, afin de repenser nos manières de faire, si celle-ci n'inclut pas suffisamment la réalité et les besoins des enfants. Actuellement, les contraintes organisationnelles et la logique médico-centriste limitent notre capacité à adopter des approches adaptées aux enfants. Pour surpasser ces défis et renforcer notre capacité à créer des liens significatifs avec la clientèle enfantine, il faut renforcer et ouvrir des espaces de discussion et de créativité, qui permettront aux personnes professionnelles d'augmenter leurs connaissances, leur sentiment de compétence et de pouvoir, et ainsi de nourrir la solidarité; tout cela en poursuivant les initiatives à la fois en intervention, en formation et recherche avec et par les enfants eux-mêmes et elles-mêmes.

### **5.3 LES FORCES ET LES LIMITES DE CETTE ÉTUDE**

#### **5.3.1 Les forces de cette étude**

La principale force de cette recherche réside dans le fait d'avoir donné directement la parole aux enfants et d'avoir contribué à la rendre accessible et entendue surtout. Ce faisant, cette recherche se taille une place au sein des recherches centrées sur les enfants, et a tenté de valoriser les meilleures pratiques en ce sens (Côté et al., 2020), en pensant et en adaptant

le projet spécifiquement pour les enfants et en valorisant le respect de leurs droits. Je fais référence ici aux différents outils qui ont été conçus pour le recrutement, à l'approche collaborative sur laquelle s'est inspirée cette étude et l'utilisation d'approches créatives multiples pour aller chercher l'expression des enfants de diverses manières (parole, dessins et photographies). L'implication active des enfants a permis de s'éloigner de la dynamique marchande de leur parole, pour plutôt valoriser une approche AVEC et POUR.

Liée de près à la force indiquée ci-haut, une deuxième force s'illustre dans la participation active des enfants à plusieurs étapes du processus de recherche. Par exemple, la visée collaborative de cette recherche a favorisé concrètement leur implication lors de la préanalyse des données et également au moment de la conception de l'outil de diffusion qui a permis la présentation des résultats de cette étude, lors d'un colloque en travail social et qui permettra une 2<sup>e</sup> présentation cette fois-ci à tout le réseau de la pédiatrie sociale en mars 2025. En plus, leur participation à la recherche a permis l'écriture d'un article scientifique dans la revue *Foucade* du Comité québécois pour les jeunes en difficulté de comportement (CQJDC), dédiée aux personnes professionnelles œuvrant auprès d'enfants qui vivent des difficultés sociales, affectives, comportementales et scolaires. Ces différentes actions ont permis de faire voir tout leur engagement dans la démarche en partageant fidèlement leur parole et leur vécu.

Une troisième force s'illustre dans l'originalité des méthodes utilisées pour réaliser la collecte de données. Les manières diverses et créatives qui ont été mises en œuvre lors des groupes de discussion ont permis d'avoir des données sous différentes formes (dessins, photographies, extraits de verbatim), ce qui, à mon sens, est venu apporter une grande richesse à cette étude. Par ailleurs, l'originalité des méthodes a été soulignée à maintes reprises, par les enfants eux-mêmes et elles-mêmes, par les parents de ces enfants, ainsi que par les personnes qui ont eu accès aux résultats de cette étude jusqu'à maintenant.

Par ailleurs, la collaboration avec le Centre de pédiatrie sociale *La Ruelle d'Hochelaga* constitue une quatrième force à mon projet de maîtrise. En tant que premier centre de pédiatrie sociale au Québec, cet organisme bénéficie de nombreuses années d'expérience, ce qui leur a permis de développer une culture d'intervention centrée sur la participation et le

pouvoir d'agir des enfants. De plus, le nombre significatif de personnes professionnelles qui y œuvrent permet la mise en place d'interventions variées, dont divers types de groupe (p. ex. : groupe sur les droits des enfants). Par ailleurs, ce centre s'implique dans de nombreux projets de recherche. Ces différents éléments ont favorisé, d'une part, leur intérêt à participer à mon projet de recherche et d'autre part, les enfants étaient déjà habitués à participer à de nombreux groupes. Bien que le format proposé ait été différent, puisqu'il s'agit d'un groupe de recherche, l'expérience préalable des enfants en groupe a contribué à les rendre plus à l'aise pour interagir et s'exprimer.

J'ajouterais que la rapidité à laquelle le recrutement s'est déroulé est également un cinquième aspect très positif de cette démarche. En moins d'un mois et demi, un nombre suffisant d'enfants avait levé la main pour débuter à temps les groupes de discussion. Le développement d'outils de recrutement adaptés et invitants semble avoir contribué à la participation. Par ailleurs, je considère que cette facilité de recrutement met surtout en évidence le besoin des enfants de s'exprimer sur les sujets qui les concernent et leur envie de prendre part à des projets de recherche. Cela suppose également à mon sens l'ouverture des parents. Plusieurs d'ailleurs m'ont manifesté des commentaires favorables, soulignant les beautés de s'intéresser au vécu de leurs enfants qui, malgré leur jeune âge, ont beaucoup d'expériences à partager. Cela vient, encore une fois, appuyer toute la pertinence, de mener des recherches AVEC et POUR les enfants, comme quoi, ils et elles ont réellement leur place dans la construction des savoirs.

Finalement, une dernière force réside à travers la diversité présente au sein du groupe d'enfants. Le groupe comprenait un équilibre entre les genres, l'appartenance culturelle et les types de trajectoire de services, reflétant une diversité d'expériences dans le développement de l'alliance thérapeutique avec des intervenants ou intervenantes. Enfin, toutes les tranches d'âge entre 8 et 11 ans étaient représentées, offrant une pluralité de perspective en fonction de leur âge et de leur stade de développement.

### 5.3.2 Les limites de cette étude

Bien que la diversité ait pu être vécue comme une force, elle a, également amené certains défis. En ce sens, la première limite de cette étude réside dans le manque d'homogénéité au sein du groupe d'enfants, ce qui à mon avis, a eu des impacts à certains égards.

J'ai observé plusieurs dynamiques qui, selon moi, ont entravé la cohésion du groupe. Par exemple, les enfants avaient une grande tendance à s'associer avec des enfants du même niveau scolaire, du même âge et du même genre. Cette tendance à se relier et à fréquenter des personnes semblables à soi, appelée en sociologie, l'homophilie, a été très observée dans le groupe. Ainsi, des dynamiques étaient perceptibles : une distinction nette entre les garçons et les filles et une autre entre les enfants les plus jeunes et les plus âgés. Cela a conduit à la formation de sous-groupes parmi les enfants et je considère que cela a pu influencer les échanges entre les enfants et du même coup leur richesse parfois.

J'ai également observé que ces dynamiques de sous-groupes ont parfois engendré des comportements de désirabilité sociale. Par exemple, un enfant plus jeune répétait le propos d'un enfant plus âgé, même si cela ne semblait pas particulièrement important pour lui ou elle. Face à ces manifestations de désirabilité sociale, je suis demeurée attentive et j'ai tenté de valider avec les enfants la portée de leurs idées et si elles étaient en cohérence avec leurs pensées et opinions propres.

Aussi, le fait d'avoir été seule dans l'animation des groupes de discussion est également une limite à mes yeux, et ce, pour deux raisons précises. Tout d'abord, ma seule présence dans l'animation des groupes de discussion m'a amenée à jouer un double rôle dans l'animation et je n'ai pas toujours vu et vécu cela d'un angle favorable. D'une part, je devais occuper le rôle de gardienne du processus de recherche, c'est-à-dire d'animatrice et de facilitatrice. D'un autre côté, je devais adopter un rôle plus disciplinaire pour faire respecter certaines règles qu'on s'était préalablement données ensemble (p. ex. le respect des idées des autres, ne pas couper la parole, etc.). Cette double responsabilité est venue à mon sens nuire parfois à la participation de certaines et certains enfants. De mon point de vue, ces

interventions davantage axées sur le respect des règles me sortaient de ma posture d'égalité que je tentais d'établir avec les enfants, ce qui venait créer un déséquilibre de pouvoir et donc un frein à la participation de certaines et certains enfants. J'observais que, par exemple, après une intervention disciplinaire, l'enfant visé par cette intervention devenait plus effacé et plus discret. De plus, je crains qu'à certains moments, ma présence unique pour un groupe de sept enfants m'a amenée à ne pas décoder parfaitement toute la richesse des interactions, échappant ainsi peut-être certaines questions qui auraient permis d'approfondir davantage les idées et les expériences des enfants. Toutefois, la prise de conscience rapide de ces aspects m'a permis d'être la plus vigilante possible et d'y veiller au fil de la démarche. Par exemple, tel que mentionné dans le chapitre sur la méthodologie, une intervenante du centre a été demandée en support si jamais j'observais des besoins au niveau du fonctionnement du groupe ou de la discipline auprès des enfants.

#### **5.4 PISTES POUR DE FUTURES RECHERCHES**

Ce mémoire a permis d'explorer un thème à la fois stimulant, mais aussi complexe. En ce sens, d'autres projets complémentaires seraient intéressants à mettre en place pour approfondir notre compréhension de l'alliance thérapeutique avec les enfants, et ce, bien sûr, selon leur perspective.

D'une part, les données de cette étude fournissent des repères pour les enfants âgés de 8 à 11 ans. Cependant, il serait fort pertinent d'aborder la même question de recherche avec des adolescents et adolescentes en situation de vulnérabilité, par exemple. Cela permettrait de déterminer les similitudes et différences dans la manière de développer une alliance thérapeutique, selon les âges et, du même coup, dans une perspective développementale.

D'une autre part, l'alliance thérapeutique semble se déployer différemment selon le contexte d'intervention, qu'il s'agisse d'intervention individuelle ou de groupe. Bien que cela ait été peu abordé dans le cadre de cette étude, certains partages des enfants laissaient présager que le déploiement de l'alliance thérapeutique pouvait varier selon ces différents

contextes. En particulier, les attitudes à déployer chez l'intervenant et l'intervenante semblent être différentes entre l'intervention de groupe et l'intervention individuelle. Ils et elles nommaient, par exemple, qu'adopter une attitude différenciée selon le genre ou l'âge de l'enfant était un facteur nuisible. Ainsi, je me pose cette question, qui mérite à mon sens d'être explorée davantage : en contexte d'intervention de groupe, selon la perspective des enfants, comment l'alliance thérapeutique se développe-t-elle? Dans ce même contexte, quelles sont les habiletés d'intervention à préconiser et lesquelles sont à éviter?

Bien que cette étude se soit centrée spécialement sur le point de vue des enfants, la recension des écrits sur le thème de l'alliance thérapeutique m'a permis de relever une autre lacune. Peu d'études se penchent sur la perspective des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales face au développement de l'alliance thérapeutique œuvrant auprès d'une clientèle enfantine. Quelles sont, selon eux et elles, les clés pour établir une relation gagnante avec cette clientèle? Une piste intéressante pour les recherches futures serait de croiser l'expertise des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales avec celle des enfants, afin de comparer leurs perceptions et visions respectives du déploiement de l'alliance thérapeutique, en mettant en lumière les similitudes et les divergences.

Par ailleurs, cette discussion m'a amenée à réfléchir à la manière dont les résultats de cette recherche peuvent être concrètement appliqués dans des contextes d'intervention, où certaines logiques entrent en conflit avec la vision et les besoins des enfants, comme exposé dans le quatrième constat. Ainsi, il serait intéressant, dans un premier temps, de former des intervenants et intervenants des secteurs jeunesse du réseau de la santé et de services sociaux, aux recommandations émises par les enfants. Dans un deuxième temps, il serait intéressant d'aller recueillir leurs avis sur l'application de ces recommandations dans leur contexte de travail. Les recommandations sont-elles facilement applicables? Quels moyens mettent-ils ou mettent-elles en place pour répondre aux besoins des enfants, tout en respectant les normes organisationnelles? Auraient-ils ou auraient-elles des solutions créatives ou audacieuses à nous partager, qui pourraient inspirer leurs collègues? Ou, au contraire, de quoi auraient-ils ou auraient-elles besoin pour appliquer adéquatement les stratégies?

Enfin, ces quatre pistes sont des propositions qui me semblent pertinentes, pour mieux comprendre la complexité du développement de l'alliance thérapeutique avec la clientèle jeunesse.

## CONCLUSION

« La vérité sort de la bouche des enfants ». Ce proverbe couramment utilisé illustre à merveille la nécessité de donner et de considérer la voix des enfants. Ces derniers et dernières ont une réelle capacité d'agentivité et cela se doit d'être davantage valorisé et mis de l'avant autant dans les processus de recherche, que dans les processus d'intervention.

Ce mémoire s'est intéressé à la perspective des enfants pour comprendre comment favoriser selon eux et elles, le développement de l'alliance thérapeutique avec un intervenant ou une intervenante, dans le cadre d'une démarche d'intervention. Pour répondre à cette question, quatre objectifs plus spécifiques étaient ciblés : 1) documenter les habiletés/attitudes d'intervention qui influencent le déploiement de l'alliance thérapeutique, 2) documenter la perception des enfants par rapport aux dimensions de l'alliance thérapeutique et l'importance qu'ils et qu'elles y accordent, 3) documenter les éléments de l'environnement physique où se déroule l'intervention qui, selon les enfants, viennent faciliter la création de leur alliance avec l'intervenant ou l'intervenante, et finalement 4) formuler des recommandations qu'ils et qu'elles aimeraient émettre aux intervenants et intervenantes qui œuvrent auprès d'une clientèle jeunesse.

À la lumière de ces objectifs, plusieurs résultats clés se dégagent. Tout d'abord, certaines habiletés et attitudes sont apparues comme essentielles chez l'intervenant et l'intervenante, notamment l'observation, l'écoute, la positivité, la curiosité, l'inclusion des personnes concernées, la mise en application de leurs connaissances, la gentillesse, la sensibilité à la culture de l'autre et le partage des expériences. Ensuite, bien que plusieurs dimensions de l'alliance thérapeutique soient jugées importantes, le lien de confiance a émergé comme la dimension prédominante. Par ailleurs, certaines caractéristiques du lieu de l'intervention jouent un rôle significatif sur le développement de la relation, comme par exemple, l'esthétique et l'ameublement. Enfin, quatre recommandations spécifiques ont été

formulées par les enfants pour soutenir le développement de l'alliance thérapeutique : 1) favoriser leur participation, 2) être attentif à leurs demandes d'aide, 3) assurer un contact positif pour leur permettre de voir favorablement le suivi et 4) éviter de poser un jugement hâtif sur leur situation vécue.

Ces résultats conduisent à une conception revisitée de l'alliance thérapeutique et mettent en évidence quatre grands constats. En premier lieu, intervenir avec et pour l'enfant est essentiel pour favoriser un meilleur agir ensemble. Pour y parvenir, il convient de préconiser les pratiques basées sur l'*empowerment* et sur la reconnaissance des droits des enfants. En deuxième lieu, des approches personnalisées, engagées et réciproques doivent être mises de l'avant, en cohérence avec les besoins des enfants. Cela implique d'adapter l'intervention à l'unicité de chaque enfant (à ses modes d'expression, à ses intérêts, etc.), tout en valorisant l'engagement mutuel et de la révélation partagée. En troisième lieu, l'environnement exerce un rôle déterminant dans le développement de l'alliance thérapeutique, ce qui souligne l'importance d'aménager les espaces d'intervention en fonction des besoins des enfants. En dernier lieu, la formation et le déploiement d'initiatives permettant l'application concrète des recommandations des enfants doivent être encouragés, tant dans l'enseignement du travail social que dans les milieux professionnels, afin de renforcer la mise en place des pratiques d'intervention.

Je souhaite que ce mémoire inspire d'autres chercheurs ou chercheuses à entamer le pas vers des recherches inclusives et participatives où les enfants se retrouvent au cœur des processus de recherche. Je souhaite également humblement que ce mémoire puisse offrir des repères pour guider les intervenants et les intervenantes dans leur pratique auprès des enfants.

La voix de ces enfants doit continuer de rayonner, cela en vue de favoriser des interventions ajustées et sensibles à leurs besoins et à leurs réalités. L'alliance thérapeutique demeure au cœur de la relation d'aide et il importe d'y accorder une attention soutenue tant dans les programmes de formation que dans la pratique professionnelle. En plus, il importe d'adopter et de maintenir une posture de curiosité et d'intérêt envers eux et elles. Tant de

sujets restent inexplorés du point de vue des enfants; pourquoi ne pas coconstruire sur d'autres thèmes avec eux et elles? Voilà là un chemin plein de promesses!



## ANNEXE 1 : CERTIFICAT ÉTHIQUE



Université du Québec  
à Rimouski

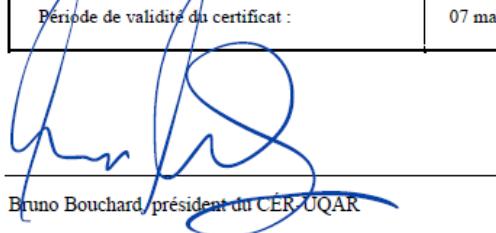
### CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titulaire du projet :	Sara Gosselin
Unité de recherche :	Maîtrise en travail social
Titre du projet :	L'art de s'allier avec un enfant prenant part à un processus d'intervention : une démarche créative, visuelle et collaborative axée sur la perspective des enfants

Le CÉR de l'Université du Québec à Rimouski certifie, conjointement avec la personne titulaire de ce certificat, que le présent projet de recherche prévoit que les êtres humains qui y participent seront traités conformément aux principes de l'*Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* ainsi qu'aux normes et principes en vigueur dans la *Politique d'éthique avec les êtres humains de l'UQAR* (C2-D32).

#### Réserve au CÉR

N° de certificat :	CER-120-951
Période de validité du certificat :	07 mars 2022 au 06 mars 2023

  
Bruno Bouchard, président du CÉR UQAR

  
Date

## **ANNEXE 2 : ENTENTE DE PARTENARIAT AVEC L'ORGANISME**

### **Document explicatif du projet de recherche à l'intention du Centre de pédiatrie sociale *La Ruelle d'Hochelaga* et entente de collaboration**

**Titre du projet :** L'art de s'allier avec un ou une enfant prenant part à un processus d'intervention : une démarche créative, visuelle et collaborative axée sur la perspective des enfants.

#### **Présentation de la recherche**

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise en travail social de Sara Gosselin dirigé par Eve Bélanger, professeure au Département de psychosociologie et de travail social, de l'*Université du Québec à Rimouski*.

Afin de bien comprendre le projet auquel les enfants pourront décider de participer et afin d'énoncer les attentes auprès de l'organisme collaborateur, veuillez prendre le temps de lire les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients et les attentes de collaboration entre l'étudiante-chercheure et le Centre de pédiatrie sociale *La Ruelle d'Hochelaga*. Vous pouvez poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la l'étudiante-chercheure ou à sa directrice de maîtrise.

#### **Nature de l'étude**

La recherche a pour but de bien comprendre l'expérience vécue par les enfants qui développent une relation thérapeutique avec un intervenant ou une intervenante, dans le cadre d'un suivi d'intervention. Plus spécifiquement, la recherche souhaite explorer les conditions favorables et défavorables qui permettent aux enfants de créer un lien de confiance avec un intervenant ou une intervenante, en plus d'explorer les éléments de l'environnement physique qui viennent faciliter la création du lien avec l'intervenant ou l'intervenante. Grâce aux informations recueillies par les enfants participant à la recherche, des recommandations seront formulées aux intervenants ou aux intervenantes qui œuvrent auprès d'enfants. Cette recherche souhaite s'articuler dans un mouvement créatif des savoirs, c'est-à-dire dans une valorisation de l'expérience des enfants à l'aide de groupes de discussion et de méthodes de collecte de données créatives et visuelles qui leur permettront de s'exprimer par une voie complémentaire à celle de l'oral (dessin, écriture et photographie).

#### **Nature de l'entente entre l'étudiante-chercheure et le Centre de pédiatrie sociale *La Ruelle d'Hochelaga***

En raison de la clientèle ciblée (enfants mineurs) et des difficultés de recrutement que cela peut impliquer, l'échantillon sera constitué selon certaines caractéristiques des personnes participantes, en collaborant avec un milieu de pratique spécifique, le Centre de pédiatrie sociale *La Ruelle d'Hochelaga*, qui reçoit des enfants, et ce, pour un recrutement judicieux et efficace. Pour y arriver :

**1-** Les membres de l'équipe de cet organisme, qui accompagne beaucoup de jeunes en processus de création d'une relation thérapeutique, parleront de la tenue de cette recherche afin de sélectionner des enfants qui pourraient être intéressés à participer à la recherche selon les critères suivants :

- Six à huit enfants, filles et garçons, âgés de 8 à 12 ans ;
- Enfants et parents qui maîtrisent suffisamment bien la langue française pour être en mesure de la parler, l'écrire et la lire ;
- Enfants qui ont un suivi actif auprès du Centre de pédiatrie sociale, depuis au moins 4 mois (pour permettre à l'enfant d'avoir vu à quelques reprises l'intervenant ou l'intervenante et d'être en mesure de parler de la relation thérapeutique qu'il ou qu'elle entretient avec cette personne).

En plus de cette démarche, des affiches d'invitation seront exposées dans leurs locaux. Une vidéo réalisée par Sara (étudiante-chercheuse) sera également disponible aux membres de l'équipe s'ils jugent qu'il serait pertinent de le montrer à l'enfant et à ses parents. Cette vidéo présente l'étudiante-chercheuse, explique les bases de la recherche et aborde les activités proposées dans chacune des rencontres de groupe. Si l'enfant démontre de l'intérêt et si ses parents sont en accord, ces derniers ou ces dernières pourront soit signer une autorisation, qui permettra au centre de me remettre leurs coordonnées pour que je puisse les contacter directement ou eux et elles pourront entrer directement en contact avec moi.

**2-** L'organisme permet à l'étudiante-chercheure de réaliser l'entrevue individuelle avec l'enfant et ses parents (selon le cas, car peut être aussi à leur domicile ou en vidéoconférence), les six groupes de discussion dans les locaux du Centre de pédiatrie sociale, situé au 1600, rue Aylwin (Montréal).

**3-** L'équipe du Centre de pédiatrie sociale demeure disponible pour offrir un soutien et un accompagnement aux enfants participants à la recherche, en cas de besoin d'intervention.

## Déroulement de la participation

Voici l'explication détaillée du déroulement des rencontres :

Rencontres	But de la rencontre	Pour qui ?	Temps de la rencontre	Où ?
#1	Faire connaissance, expliquer en détail le projet, répondre aux questions et faire signer le consentement aux parents et le formulaire d'assentiment à l'enfant (s'ils ou si elles acceptent officiellement de prendre part au projet).	L'enfant et ses parents	30 à 60 minutes	Au Centre de pédiatrie sociale <i>La Ruelle d'Hochelaga</i> ou à domicile, ou par vidéoconférence
#2	Favoriser un climat d'égalité, de respect et de bienveillance, tout en instaurant des activités pour que les enfants puissent apprendre à se connaître entre eux et elles. Le projet de recherche, ainsi que ses objectifs, ses principaux concepts et le sommaire des prochaines rencontres seront présentés.	Le groupe d'enfants (six à huit enfants au total)	2 heures à 2h15	Au Centre de pédiatrie sociale <i>La Ruelle d'Hochelaga</i>
#3	Imager et décrire les relations thérapeutiques vécues par l'enfant : identifier les éléments qui permettent aux enfants de créer un lien de confiance avec les intervenantes et intervenantes et les défis qu'ils ou qu'elles ont pu vivre au sein de ces relations thérapeutiques.	Le groupe d'enfants (six à huit enfants au total)	2 heures à 2h15	Au Centre de pédiatrie sociale <i>La Ruelle d'Hochelaga</i>
#4	Amener les enfants à prendre des photos d'éléments de leur environnement à l'intérieur du Centre de pédiatrie sociale (ex : objets, local, etc.), qui selon eux et elles, ont aidé à la création de l'alliance thérapeutique avec les intervenants et intervenantes.	Le groupe d'enfants (six à huit enfants au total)	2 heures à 2h15	Au Centre de pédiatrie sociale <i>La Ruelle d'Hochelaga</i>

#5	Mettre en commun les différentes visions, perceptions et opinions des enfants, afin de créer différentes recommandations et idées que les enfants souhaiteraient transmettre aux intervenants et aux intervenantes qui œuvrent auprès des enfants.	Le groupe d'enfants (six à huit enfants au total)	2 heures à 2h15	Au Centre de pédiatrie sociale <i>La Ruelle d'Hochelaga</i>
#6	Confirmer auprès des enfants mon analyse des données recueillies durant les 4 groupes de discussion ci-haut et réfléchir à une idée d'outil de diffusion des résultats, afin de débuter la création de cet outil.	Le groupe d'enfants (six à huit enfants au total)	2 heures à 2h15	Au Centre de pédiatrie sociale <i>La Ruelle d'Hochelaga</i>
#7	Célébrer, remercier et honorer les enfants pour leur participation à la recherche	Le groupe d'enfants (six à huit enfants au total)	1 heure à 1h30	Au Centre de pédiatrie sociale <i>La Ruelle d'Hochelaga</i>

**Fréquence des rencontres :** La fréquence des rencontres sera discutée au préalable avec vous pour arrimer nos disponibilités respectives.

Notez que les thèmes relevés plus haut seront discutés à l'aide de différents médiums d'expression visuels et créatifs (photographie, dessin et écriture). Les groupes de discussion et la rencontre de validation (rencontre #2, #3, #4, #5 et #6) seront enregistrés sous forme audio, pour faciliter la retranscription des enregistrements. Les retranscriptions seront codées (pour éviter que des informations puissent identifier les enfants, leur nom respectif sera par exemple modifié par un nom fictif). Ces données seront conservées deux ans après la publication des résultats. Ils seront alors définitivement détruits.

#### **Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à la participation à ce projet**

En participant à cette recherche, les enfants pourront contribuer à l'avancement des connaissances sur l'expérience vécue par les enfants qui développent une relation thérapeutique. Ils et elles auront ainsi une occasion de s'exprimer sur leur expérience, de parler de ce qui les aide, de ce qui les aide moins, de ce qu'ils ou qu'elles aiment et de ce qu'ils ou qu'elles aiment moins, etc. Ils contribueront donc à faire valoir la vision des enfants, ainsi qu'à promouvoir leurs droits et leurs intérêts. Leur participation permettra donc d'aider les intervenants et les intervenantes à mieux comprendre la réalité des enfants, leurs besoins et à enrichir du même coup leur pratique. Par cette expérience, les enfants pourront également apprendre à mieux se connaître.

Il n'y a pas de risques directs associés à la participation des enfants à ce projet. Toutefois, il est possible que certains enfants puissent vivre des inconforts reliés au fait de parler devant un groupe (gêne, difficulté d'expression). Il est également possible que les groupes de discussion puissent créer de la fatigue chez certains enfants. Des pauses sont d'ailleurs prévues pour que les enfants puissent se reposer et se changer les idées un peu. Il est également possible que le fait que l'enfant raconte son expérience l'amène à ressentir des émotions à la fois positives et à la fois plus difficiles aussi. L'étudiante-chercheuse demeurera attentive à toutes manifestations d'inconfort chez les enfants durant leur participation. Les enfants seront également encouragés à aller voir l'étudiante-chercheuse ou un intervenant ou une intervenante de votre centre, s'il ou si elle ne se sent pas bien. S'il y a lieu que l'enfant soit vu par un intervenant ou une intervenante à l'extérieur, nous référerons l'enfant à son intervenant ou son intervenante ressource de l'organisme partenaire (Centre de pédiatrie sociale *La Ruelle d'Hochelaga*), qui connaît déjà et qui suit l'enfant. De plus, le temps nécessaire pour participer aux sept rencontres (totale) peut-être mobilisant pour l'enfant et ses parents (ex : transport, durée). Pour terminer, en fonction de ces mesures prises et du thème de recherche choisi, l'étudiante-chercheuse et sa directrice de recherche considèrent que les risques associés sont minimaux.

### **Confidentialité et gestion des données**

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les personnes participantes :

- Les noms des personnes participantes ne paraîtront dans aucun rapport;
- Les divers documents de la recherche seront codifiés et seule l'étudiante-chercheure aura accès à la liste des noms et des codes;
- Les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés dans un classeur barré et sur mon ordinateur, sécurisé avec un mot de passe. Ils seront conservés deux ans après la dernière publication. Je détruirai le matériel permettant d'identifier les personnes participantes plus tôt et rendrai anonymes les données conservées;
- Il importe de souligner que le maintien de la confidentialité dans un groupe de discussion dépend de la collaboration de toutes les personnes participantes et j'y verrai attentivement. Cependant, cela peut constituer une limite à la confidentialité;
- La recherche pourra faire l'objet de publications dans des revues scientifiques ou cliniques ou de communications par exemple dans des congrès, colloques, formations, et aucune personnes participantes ne pourra y être identifiée;
- Les résultats de cette recherche seront disponibles dans mon mémoire, lorsque celui-ci sera terminé;
- Je vous enverrai une copie de tous les documents (mémoire, publication, outil de diffusion, etc.) qui seront produits dans le cadre de ce projet de recherche.

## **Remerciements**

La collaboration du Centre de pédiatrie sociale *La ruelle d'Hochelaga* est très précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous en remercions sincèrement.

## **Renseignements supplémentaires**

Si vous avez des questions sur la recherche, veuillez communiquer avec Sara Gosselin, étudiante à la maîtrise en travail social, à l'adresse courriel suivante [sara.gosselin@uqar.ca](mailto:sara.gosselin@uqar.ca) ou avec ma directrice de recherche, Mme Eve Bélanger, au (418)-723-1986 poste 1824 ou [eve\\_belanger@uqar.ca](mailto:eve_belanger@uqar.ca)

## **Signatures**

Je soussignée \_\_\_\_\_ ai pris connaissance de ce document explicatif et de l'entente et j'ai compris les objectifs, la nature de l'entente, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfaite des explications, précisions et réponses que l'étudiante-chercheure m'a fournies, le cas échéant, quant à la collaboration du Centre de pédiatrie sociale pour ce projet de maîtrise.

---

Signature de la directrice du Centre de pédiatrie sociale La Ruelle d'Hochelaga

Date :

---

J'ai expliqué les objectifs, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. L'entente et les attentes avec l'organisme collaborateur ont été signifiées. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension de l'organisme collaborateur.

---

Signature de l'étudiante-chercheure

Date

## ANNEXE 3 : AFFICHE EXPLICATIVE DU PROJET DE RECHERCHE

### Invitation à participer à une recherche

Recherche **6 à 8 jeunes de 8 à 12 ans**, pour composer un groupe d'apprentis-chercheurs ou d'apprentis-chercheuses



Bonjour, je m'appelle Sara Gosselin. Je suis une étudiante-chercheuse de l'Université du Québec à Rimouski.



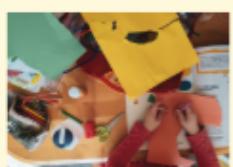
J'aimerais faire un groupe composé d'enfants, afin d'avoir accès spécialement à votre parole et à votre expertise. Si tu acceptes, tu seras amené.e à t'exprimer avec des enfants et avec moi.



Nous allons parler de ce qui est important pour toi dans ta relation avec les intervenant.es que tu rencontres, du lien que tu as avec eux et elles, de ce que ça t'apporte, de ce que tu aimes ou aimes moins, etc. Tu es le.la mieux placé pour me parler de ton expérience et je suis certaine que tu peux m'apprendre beaucoup de choses!



Sache que j'aurai avec moi un enregistreur audio, pour éviter que j'oublie les choses précieuses que tu m'as dites. Il y a juste moi qui pourra réécouter l'enregistrement audio.



Si tu dis oui, tu seras amené.e à venir faire **1 rencontre avec ton parent et moi et 6 rencontres de 2 heures avec le groupe d'enfants et moi**. On fera différentes activités ensemble et tu pourras t'exprimer de plein de façons : en parlant, en dessinant, en écrivant, en utilisant la photographie, etc. c'est toi qui décidera quand et comment tu voudras t'exprimer.

## Si tu décides d'accepter de participer à ma recherche :



Tout ce que tu me diras durant les rencontres, je le garderai secret. Par contre, tu pourras choisir de dire ce que nous avons fait aujourd'hui, à qui tu veux. Or, tu devras également garder secret, ce que les autres enfants auront dit dans le groupe.



Tu es complètement libre de répondre ou non aux questions posées et de participer ou non aux activités proposées en groupe. À tout moment, tu pourras cesser de répondre peu importe la raison et même de te retirer du projet en tout temps sans avoir à me dire pourquoi.



En participant à mon projet, tu vas m'aider à comprendre ta réalité et ton expérience liées à la relation que tu développes avec un intervenant ou une intervenante. Ta parole est précieuse et elle contribuera à aider les intervenants les intervenante à mieux intervenir auprès des enfants.



N'importe quand, lors de nos rencontres, tu pourras poser toutes les questions que tu veux et moi j'y répondrai avec plaisir. Il est important pour moi que tu te sens bien.



**Pour participer, tu dois être suivi par l'équipe du Centre de pédiatrie sociale La Ruelle d'Hochelaga depuis au moins 4 mois et tu dois être disponible durant les dates suivantes : les lundis 17 octobre, 24 octobre, 31 octobre (à valider), 7 novembre, 28 novembre et 12 décembre de 15h30 à 17h30**

C'est à toi de me dire si tu as envie d'y participer. Si tu as envie nous te ferons signer une feuille pour attester ton acceptation. Tes parents devront également accepter que tu viennes me rencontrer.

### **Pour toutes questions:**

Sara Gosselin, étudiante à la maîtrise en travail social

Université du Québec à Rimouski

[sara.gosselin@uqar.ca](mailto:sara.gosselin@uqar.ca) //

**Ce projet de recherche a été approuvé par le comité éthique de l'UQAR. Le numéro du certificat est le suivant : CER-120-951**

Cette affiche a été inspirée de la recherche de Côté et al. (2018)

(Page 2 de l'affiche)

**ANNEXE 4 : AFFICHE DESTINÉE AUX ENFANTS QUI EXPLIQUE EN QUOI  
CONSISTE LEUR PARTICIPATION**

## Projet de recherche

### Qu'est-ce que ta présence implique?

*Voici plus en détails à quoi ressemblera les 7 rencontres (1 familiale et 6 de groupe) :*

<b>1</b> <b>Rencontre parent-enfant</b> <b>** En présence ou en virtuel**</b>  <b>But :</b> faire connaissance, répondre à vos questions, signer le formulaire de consentement parental et d'assentiment <b>Date :</b> selon votre préférence	<b>2</b> <b>Rencontre de groupe #1 avec les enfants</b>  <b>But :</b> apprendre à se connaître, aborder le thèmes de l'alliance thérapeutique <b>Date :</b> 17 octobre 15h30 à 17h30
<b>3</b> <b>Rencontre de groupe #2 avec les enfants</b>   <b>But :</b> imager, dessiner, discuter des relations de confiance que tu as déjà vécu avec des intervenant.es <b>Date :</b> 24 octobre 15h30 à 17h30	<b>4</b> <b>Rencontre de groupe #3 avec les enfants</b>   <b>But :</b> photographier des choses de l'environnement qui t'ont aidé à créer un lien de confiance avec les intervenant.es <b>Date :</b> 31 octobre 15h30 à 17h30
<b>5</b> <b>Rencontre de groupe #4 avec les enfants</b>  <b>But :</b> Mettre en commun votre expertise et vos opinions, afin de créer des recommandations aux intervenant.es <b>Date :</b> 7 novembre 15h30 à 17h30	<b>6</b> <b>Rencontre de groupe #5 avec les enfants</b>  <b>But:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. valider mon bilan, afin de m'assurer que vous soyez en accord avec le résumé que j'aurai effectué des informations précieuses que vous m'aurez dites</li></ol>
<b>7</b> <b>Rencontre de groupe #6 avec les enfants</b>  <b>But :</b> Festoyer, célébrer, afin de vous remercier de votre implication <b>Date :</b> 12 décembre 15h30 à 17h30	<ol style="list-style-type: none"><li>2. Créer ensemble un outil de diffusion, afin que les informations importantes que vous m'aurez dit puissent être partagées aux intervenant.es</li></ol> <b>Date :</b> 28 novembre 15h30 à 17h30

*Pour toutes questions, contactez :*  
*Sara Gosselin, étudiante-rechercheuse à l'Université du Québec à Rimouski*  
*sara.gosselin@uqar.ca*

## ANNEXE 5 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PARENTAL



### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'INTENTION DES PARENTS

**Titre de la recherche :**

L'art de s'allier avec un enfant prenant part à un processus d'intervention : une démarche créative, visuelle et collaborative axée sur la perspective des enfants.

**Chercheure :**

Sara Gosselin

Étudiante à la maîtrise en travail social, à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR)

**Directrice de recherche :**

Eve Bélanger (Ph. D.)

Professeure en travail social au Département de psychosociologie et travail social, à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR)

#### A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

*Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document;*

##### 1. Objectifs de la recherche

L'objectif général de la recherche est de comprendre l'expérience vécue par les enfants qui développent une relation thérapeutique avec un(-e) travailleur(-euse) social(-e), dans le cadre d'un suivi d'intervention.

Plus spécifiquement, la recherche souhaite explorer les conditions favorables et défavorables qui permettent à votre enfant de créer un lien de confiance avec un(-e) travailleur(-euse) social(-e), en plus d'explorer les éléments de l'environnement physique qui viennent faciliter la création du lien avec le(-a) travailleur(-euse) social(-e). Grâce aux informations recueillies par les enfants participant à la recherche, des recommandations seront formulées aux professionnel(-elle)s en travail social qui travaillent auprès d'enfants.

##### 2. Participation à la recherche

Avec votre permission et l'accord de votre enfant, celui-ci sera invité à venir faire 6 groupes de discussion, à chaque 2 ou 3 semaines, dans un local au Centre de pédiatrie sociale La Ruelle d'Hochelaga. Sa participation consiste à venir discuter, dessiner et faire de la photographie avec un groupe de 6 à 8 jeunes de son âge. Le projet de recherche se veut un lieu de réflexion pour vos enfants pour qu'ils puissent s'exprimer sur leurs expériences dans le but d'améliorer les pratiques des professionnel(-elle)s qui travaillent avec des enfants. Les enfants prendront des photos d'éléments de leur environnement à l'intérieur du Centre (ex : objets, local, etc.), qui selon eux, ont aidé à la création de leur lien de confiance avec les travailleurs(-euses) sociaux(-ales). En plus de la photographie, les enfants pourront dessiner, écrire, cela pour s'exprimer de différentes façons.

Nous allons enregistrer de manière audio, chacune des rencontres. En plus, de conserver les écrits, nous conserverons les dessins et les photographies prises par votre enfant (toujours avec l'accord de ce dernier et le vôtre). Les données recueillies seront conservées sous clé et la seule personne qui aura accès aux données est Sara Gosselin (l'étudiante-chercheuse principale à l'UQAR). Les données recueillies seront conservées pendant 2 ans à la suite de la publication des résultats et elles ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Votre enfant et les autres enfants qui participeront aux rencontres de groupe connaîtront l'identité des participant(-e)s et les opinions partagées lors de la discussion. Nous comptons sur la collaboration des enfants afin de préserver la confidentialité de ces informations. Un engagement verbal sera demandé à cet effet avant le début de la rencontre et un rappel sera fait à la fin de la rencontre.

### **3. Anonymat, confidentialité et diffusion des informations**

#### **Anonymat et mesures pour dénominaliser les données :**

- Pour éviter l'identification de votre enfant comme personne participante à la recherche, les données recueillies par cette étude seront traitées de manière **entièrement confidentielle**.
- La confidentialité sera assurée en utilisant des noms fictifs pour chacun des participants.
- L'étudiante-chercheuse principale s'assura qu'aucun élément du contexte de vie des enfants qui pourrait les identifier ne sera dévoilé (ex : adresse domiciliaire, date de naissance, éléments précis concernant sa famille, etc.). Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les personnes participantes.
- Tous les dessins ou photographies qui seront diffusés ne contiendront pas d'images ou d'écrits qui pourront identifier directement votre enfant.

#### **Confidentialité et mesure pour en assurer la sécurité :**

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants:

- Les renseignements recueillis auprès de votre enfant sont confidentiels et seule l'étudiante-chercheuse principale (Sara Gosselin) aura accès à tous les documents entourant le projet (enregistrements audio, transcriptions, photographies, dessins, écrits des enfants et formulaires de consentement).
- Les divers documents de la recherche seront codifiés et seule l'étudiante-chercheuse aura accès à la liste des noms et des noms fictifs associés à chaque enfant.
- Durant le transport de Montréal à Rimouski, le matériel recueilli sera transporté dans une mallette barrée, le temps d'être disposé sécuritairement dans des classeurs ou sur mon ordinateur ;
- Dans un premier classeur barré, les clés de code (noms véritables des enfants versus les noms fictifs), seront conservées à l'intérieur de ce classeur barré sous clé.

- Dans un deuxième classeur barré, les dessins, les écrits, les enregistrements et tous autres documents papier contenant des données de la recherche seront conservés dans ce classé barré sous clé;
- Dans un troisième classeur barré, les formulaires de consentement à l'intention des parents et ceux à l'intention des enfants seront conservés;
- Tous documents électroniques (enregistrement, retranscription des enregistrements) seront conservés à la fois sur mon ordinateur barré avec mot de passe et à la fois sur une clé USB protégée par un code;

**Diffusion :**

- L'étudiante-chercheuse principale souhaiterait pouvoir diffuser des extraits des dessins et des photographies prises par votre enfant dans le cadre d'écrits ou de conférences scientifiques.
- La recherche pourra faire l'objet de publications dans des revues scientifiques ou cliniques ou de communications par exemple dans des congrès, colloques, formations et aucun participant ne pourra y être identifié.
- Les résultats de cette recherche seront disponibles aussi dans mon mémoire de maîtrise lorsque celui-ci sera terminé. Vous y aurez accès si vous le désirez.

**Disposition du matériel et des données à la fin de la recherche :**

- Chacune des rencontres de groupe avec les enfants sera enregistrée de manière audio. Les enregistrements audio seront seulement utilisés à des fins de retranscription. Une fois que les rencontres auraient été retranscrites à l'ordinateur, les enregistrements seront supprimés.
- Toutes les données papier (formulaires de consentement, dessins et écrits) et les données électroniques (enregistrements, retranscription des enregistrements, liste de noms fictifs et photographies) des enfants seront déchiquetées ou effacées (de l'ordinateur et de la clé USB) une fois la période de diffusion des résultats terminée, vers le mois de septembre 2024;

## DÉCLARATIONS OBLIGATOIRES

Dans plusieurs projets de recherche psychosociale, il peut survenir que les thèmes abordés au cours des entretiens puissent amener votre enfant à divulguer des informations concernant sa sécurité et son intégrité. La *Loi de la protection de la jeunesse* rend obligatoire la déclaration au Directeur de la protection de la jeunesse de toute information pouvant laisser croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis. Ainsi, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, le chercheur est tenu de déclarer au Directeur de la protection de la jeunesse toute information lui permettant de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis, ayant pour cause l'abus sexuel ou de mauvais traitements physiques, par suite d'excès ou de négligence.

## 4. Avantages et inconvénients

### 4.1 Avantages

En participant à cette recherche, votre enfant pourra contribuer à l'avancement des connaissances sur l'expérience vécue par les enfants en processus de création d'une relation thérapeutique.

Il aura ainsi une occasion de s'exprimer sur son expérience, de parler de ce qu'il l'aide, de ce qu'ils aiment, de ce qu'ils aiment moins, etc. Il contribuera donc à faire valoir la vision des enfants, ainsi qu'à promouvoir ses droits et ses intérêts. Sa participation permettra donc d'aider les intervenants à mieux comprendre la réalité des enfants, leurs besoins et à enrichir du même coup leur pratique. Par cette expérience, votre enfant pourra également apprendre à mieux se connaître.

### 4.2 Inconvénients

Il n'y a pas de risques associés à la participation de votre enfant à ce projet. Toutefois, il est possible que votre enfant puisse vivre des inconvénients reliés au fait de parler devant un groupe (gêne, difficulté

d'expression). Il est également possible que les groupes de discussion puissent créer de la fatigue chez votre enfant. Des pauses ont donc été prévues dans l'horaire. De plus, le temps nécessaire pour participer aux six groupes de discussion peut-être mobilisant pour l'enfant et ses parents (ex : transport, durée). Le temps prévu est de deux heures pour chacune des quatre rencontres.

Il est également possible que le fait que votre enfant raconte son expérience l'amène à ressentir des émotions à la fois positives et à la fois plus difficiles aussi. Toutefois, soyez assurés que l'étudiante-chercheuse demeurera attentive à toute manifestation d'inconfort chez votre enfant durant sa participation. Votre enfant sera encouragé à aller voir l'adulte responsable (soit la chercheure), s'il ne se sent pas bien. S'il y a lieu, vous en serez informés et nous pourrons référer votre enfant à son intervenant(-e) ressource de l'organisme partenaire (Centre de pédiatrie sociale), qui connaît déjà et qui suit votre enfant. Si votre enfant éprouve un malaise à se confier à son intervenant.e désigné.e, il pourra être rencontré par un autre intervenant.e de la grande équipe du *Centre de pédiatrie sociale La Ruelle d'Hochelaga*. Si malgré cette possibilité, votre enfant ressent toujours un malaise de se confier à un intervenant.e du *Centre de pédiatrie sociale La Ruelle d'Hochelaga*, nous le référerons à un intervenant.e du secteur jeunesse du *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal*.

Des fiches d'évaluation ont également été créées, afin de s'adapter et de modifier la formule, si celle-ci n'est pas appréciée par les enfants. Ces fiches d'évaluation seront remplies par les enfants, après chacune des rencontres. Toutefois, la chercheuse et sa directrice de recherche considèrent que les risques associés sont minimaux. Finalement, sachez qu'aucun montant d'argent ne sera offert pour la participation de votre enfant à cette recherche.

## **5. Droit de retrait**

La participation de votre enfant est entièrement volontaire. Vous êtes libres de retirer votre enfant du projet de recherche en tout temps par un avis verbal ou écrit sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Advenant le cas, que votre enfant souhaite se retirer par lui-même du projet de recherche, il sera libre de se retirer en tout temps par un avis verbal ou écrit, sans préjudice et sans devoir justifier sa décision. Si votre enfant décide de se retirer ou si vous décidez de retirer votre enfant de la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse au numéro de téléphone ou via son adresse courriel indiquée à la dernière page de ce document. Si votre enfant est retiré de la recherche, les renseignements personnels, le formulaire de consentement à l'intention des parents, le formulaire d'assentiment des enfants et les données de recherche qui le concernent et qui auront été recueillis au moment de son retrait seront détruits ou déchiquetés.

De plus, les enfants auront toujours le choix de ne pas répondre à une ou plusieurs questions s'ils se sentent mal à l'aise de répondre.

## **6. Approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski**

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski. Voici le numéro du certificat éthique : CER-120-951

## **7. Autres renseignements**

Vous serez informé en tout temps si de nouveaux renseignements sont susceptibles d'affecter la volonté de votre enfant à poursuivre sa participation à ce projet de recherche.

Vous pourrez contacter l'étudiante-chercheuse principale de ce projet, en tout temps, et ce même après la fin de la réalisation des six groupes de discussion avec votre enfant. Vous pourrez la contacter via son numéro de téléphone ou via son adresse courriel indiquée à la dernière page de ce document.

## **8. Résultats de la recherche**

Si vous désirez recevoir une synthèse des résultats de la présente recherche, nous vous invitons à nous inscrire ici-bas votre adresse courriel. Il nous fera plaisir de vous transmettre par courriel un résumé de la recherche dans lequel votre enfant aura participé.

Adresse courriel :

---

## 9. Remerciement

Votre collaboration et celle de votre enfant sont précieuses pour la réalisation de ce projet. Nous tenons à vous remercier sincèrement pour votre temps et pour l'attention que vous portez à l'égard de ce projet de recherche.

## B) CONSENTEMENT

En tant que parent ou tuteur légal de \_\_\_\_\_, je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à ce que mon enfant participe à ce projet de recherche. J'ai compris les conditions, les risques et les bienfaits de la participation de mon enfant. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante, et que j'ai disposé suffisamment de temps pour discuter avec mon enfant de la nature et des implications de sa participation. Je comprends que sa participation à cette recherche est totalement volontaire et qu'il peut y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme ni justification à donner. Il lui suffit d'un faire part à la responsable de la recherche. Je peux également décider, pour des motifs que je n'ai pas à justifier, de retirer mon enfant du projet.

---

- J'accepte que mon enfant participe aux groupes de discussion.
- J'accepte que les données recueillies au sujet de mon enfant soient utilisées pour fournir des recommandations aux travailleuses sociales et aux travailleurs sociaux œuvrent avec des enfants. Les données utilisées ne contiendront aucune information qui permettra de savoir qu'il s'agit de votre enfant.
- J'accepte que mon enfant soit enregistré de manière audio lors des groupes de discussion.
- J'accepte que les photographies et les dessins de mon enfant soient utilisés dans les publications des résultats de la recherche, et ce avec l'accord préalablement donné par votre enfant. Aucun nom de votre enfant ne se retrouvera sur ses données.
- J'ai discuté avec mon enfant de l'importance de respecter la confidentialité des renseignements partagés lors de l'entrevue de groupe (noms des autres participant(-e)s et informations dévoilées).

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

(ou du tuteur)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(ou de son représentant)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**Pour toute question relative à la recherche ou pour retirer votre enfant de la recherche, prière de communiquer avec :**

(A) Sara Gosselin (t.s), étudiante-chercheuse principale(UQAR), au numéro de téléphone suivant X et à l'adresse courriel suivante [sara.gosselin@uqar.ca](mailto:sara.gosselin@uqar.ca)  
ou  
(B) Eve Bélanger (Ph.D.), directrice de recherche, au numéro de téléphone suivant 1-(418)-723-1986 poste 1824 et à l'adresse courriel suivante [eve\\_belanger@uqar.ca](mailto:eve_belanger@uqar.ca)

**\*\* Nous acceptons de virer les frais de communication, si nécessaire.**

**Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis au participant**

## ANNEXE 6 : FORMULAIRE D'ASSENTIMENT POUR LES ENFANTS

### PROJET DE RECHERCHE

#### LETTRE DE PERMISSION À L'INTENTION DES ENFANTS

Voici le déroulement global des activités:

Nous ferons des activités en groupe. Nous nous rencontrons 6 fois.



On fera plein d'activités ensemble, tu pourras t'exprimer de différentes façons, avec la parole, le dessin, l'écrit et/ou la photographie. Nous discuterons de la relation que tu as développée et que tu continues de développer avec un(-e) ou des intervenant(-e)s social(-e)s, du lien que tu as avec eux, de ce que ça t'apportes, des choses que tu aimes et des choses que tu aimes mieux.



Tout ce que tu me diras durant les rencontres, je le garderai secret. Par contre, tu pourras choisir de dire ce que nous avons fait aujourd'hui, à qui tu veux. Or, tu devras également garder secret, ce que les autres enfants auront dit dans le groupe.



Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est ton opinion à toi qui compte. Il est possible que tu aies des opinions différentes ou similaires des autres enfants du groupe. Sache que toutes les opinions sont bonnes.



J'ai amenée un enregistreur audio, pour être sur de ne pas oublier de petites choses que tu aurais pu me dire. C'est seulement moi, qui réécouterai les enregistrements audiois.



Mon rôle est de t'écouter et de bien comprendre ce que tu dis. Je suis aussi présente pour répondre à toutes tes questions.



N'importe quand, tu peux décider de ne pas répondre à une question ou tout simplement d'arrêter de participer à l'activité. Ne t'en fais pas, personne ne t'en voudra.



Si tu dis oui et tu acceptes de participer aux groupes de discussion et de création du projet de recherche, tu devras signer le bas de cette feuille. Je ferai également la même chose.



**Ta signature :** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Ma signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

\*Cette lettre a été inspirée de la recherche de Côté et al., 2018.

## ANNEXE 7 : DESCRIPTIF DE CHACUN DES GROUPES DE DISCUSSION

### Rencontre 1 : Présentation et mise en relation entre les enfants présents pour le projet de recherche

But de l'atelier : Favoriser un climat d'égalité, de respect et de bienveillance, tout en instaurant la mise en relation et la présentation des enfants entre eux et elles. Le projet de recherche, ainsi que ses objectifs, ses principaux concepts et le sommaire des prochaines rencontres leur seront présentés.

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accueil des personnes participantes</li> <li>2. Activités ludiques pour se présenter (activité brise-glace)</li> </ol> <p>Activité des 5 doigts de la main : chaque enfant se présente en mentionnant son prénom et cinq choses qu'il aime (animaux, couleur, intérêt, loisir, personne, etc.)</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Création des règles de fonctionnement du groupe</li> <li>4. Explication des aspects de la confidentialité et rappel de la possibilité qu'ils et qu'elles peuvent décider de ne pas répondre aux questions ou de se retirer en tout temps.</li> <li>5. Explication des bases de la recherche (sujet de la recherche, objectifs, approches utilisées, valorisation de leur expertise, etc.)</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Pause</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Explication imagée de ce que c'est l'alliance thérapeutique</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Réflexion sur les relations qu'elles et qu'ils ont eus avec des intervenants ou des intervenantes             <ol style="list-style-type: none"> <li>8.1 Activité de visualisation</li> </ol> </li> </ol>

À yeux ouverts ou à yeux fermés, l'objectif de cette activité est d'amener les jeunes à réfléchir à tous les intervenants et les intervenantes qu'ils ou qu'elles ont rencontrés dans leur parcours de vie. On peut penser aux intervenants et aux intervenantes des centres de la protection de l'enfance, du centre de pédiatrie sociale ou du CLSC ou des organismes communautaires.

Partez de votre propre expérience avec cette personne.

Réfléchissez...

Aux caractéristiques de la personne (qualité, défaut, forces, défis, etc.), à l'approche qu'elle a utilisée avec vous, à sa posture... Qu'avez-vous aimé, qu'avez-vous moins aimé? Y'a-t-il des choses qui vous ont rendus inconfortables ou encore des choses qui vous ont rendu confortable?

Aux éléments facilitants et qui ont fait obstacles au déploiement de l'alliance thérapeutique...

Aux éléments que ces personnes ont faits pour que vous vous sentiez bien...

Aux éléments que vous avez appréciés ou aux éléments que vous avez moins appréciés dans cette création de relation thérapeutique...

## 8.2 Activité de mise en commun et de partage

Réalisation d'un nuage de savoir basée sur votre expertise et votre expérience.

À l'aide de post-it, chaque enfant sera invité à aller coller sur le nuage les différentes pensées qui lui ont traversé l'esprit lors de la visualisation. Ces pensées peuvent être écrites ou peuvent être dessinées, à l'aide d'un dessin rapide.

Si les enfants veulent, ils et elles pourront développer en grand groupe leurs pensées ou donner plus d'explications sur les mots clés qu'ils et qu'elles auront mis sur les Post-its.

\*\*Le but de cette activité est d'amorcer une réflexion primaire sur ce sujet, afin qu'au prochain atelier, on puisse plus rapidement avoir accès aux différentes composantes essentielles de l'alliance thérapeutique, dans la perspective des enfants.

### Les nuages de vos expériences



9. Bilan de la rencontre, explication du prochain atelier, rappel de la date

10. Évaluation et recommandations

## Rencontre 2 : Et si on créait la relation

But de l'atelier : Imager, décrire et créer l'alliance thérapeutique : identifier les éléments qui dans la perspective des enfants leur permettent de s'engager dans un lien significatif avec un intervenant ou une intervenante, ce que ce lien thérapeutique leur apporte, les choses qu'ils aiment, les choses qu'ils aiment moins, etc.

<ol style="list-style-type: none"><li>1. Accueil des personnes participantes</li><li>2. Activité brise-glace</li></ol>
Chaque enfant doit mimer son animal préféré, les autres enfants doivent deviner l'animal préféré de l'enfant qui mime.
<ol style="list-style-type: none"><li>3. Rappel des règles de fonctionnement et de confidentialité</li></ol>
<p>**Rappel de la possibilité qu'ils et qu'elles peuvent décider de ne pas répondre aux questions ou de se retirer en tout temps</p>
<ol style="list-style-type: none"><li>4. Activité de création entourant la relation thérapeutique</li></ol>
<p>Sur la table, il aura différents matériels de création (peinture, crayon, feuille, carton, etc.). Nous reprendrons le nuage de savoir avec tous les Post-its réalisés à la dernière rencontre. Les enfants seront amenées à réfléchir à nouveau à tous les intervenants et les intervenantes qu'elles et qu'ils ont rencontrés, mais plus spécifiquement.</p> <p>À l'intervenante ou l'intervenant idéal...</p> <p>À la personne qui réussirait à avoir votre confiance rapidement...</p> <p>À l'intervenant ou l'intervenante qui serait en mesure de créer rapidement une relation avec vous...</p> <p>Comment dessineriez-vous cette personne? Si vous préférez écrire, comment décriviez-vous cette personne en mot? Vous pouvez faire un mélange de dessin et d'écrire.</p> <p>**Si l'intervenante ou l'intervenant idéal (les conditions favorables) sont difficiles à identifier pour les enfants, nous pourrons l'aborder dans l'autres sens. C'est-à-dire...</p> <p>Réfléchir à ce que vous n'aimez pas, qui ne vous permet pas de créer une relation de confiance...</p> <p>Par exemple, je n'aime pas quand la personne fait ceci...</p> <p>Telle ou telle action viennent briser le déploiement de notre relation...</p> <p>Je n'aime pas quand le but de notre rencontre est ceci...</p> <p>Je n'aime pas faire telle ou telle activité...</p> <p>Je n'aime pas quand la personne me parle d'une telle manière...</p> <p>Aide-mémoire pour aider les enfants (accroché sur un tableau) :</p>

**Pour grandir et évoluer, l'arbre a besoin d'eau et de soleil...**

Si on compare l'arbre à la relation, de quoi la relation a-t-elle besoin pour se développer (pour qu'il y est présence d'un lien de confiance entre vous et l'intervenant·e)?

Quel caractéristiques l'intervenant·e doit-il détenir (qualités, forces, habiletés, compétences, attitudes)?

Qu'est-ce que l'intervenant·e doit faire pour que tu te sentes compris·e et respecté·e?

L'intervenant·e fait-il quelque chose pour que ta culture et tes croyances soient prises en compte dans votre relation?



Quels sont les ingrédients clés pour que cette relation de confiance se développent?

Comment l'intervenant·e gagne-t'il ta confiance?

Qu'est-ce qui fait en sorte que tu as envie de poursuivre un suivi avec l'intervenant·e?

**Forces**

**Qualités**

**Aviez-vous un but commun?**

**Comment il ou elle t'approchait?**

Intervenant(-e)

**Qu'est-ce que tu aimais faire avec elle ou lui?**

**5. PAUSE**

**6. Réflexion et création commune**

1. Réflexion de groupe sur les créations de chacun (si les enfants souhaitent partager sur ce qu'elles et qu'ils ont fait).
2. En grand groupe, on fera un dessin/une création collective, en regroupant dans un seul dessin ce qui est commun et ce qui est différent, dans l'optique d'avoir un portrait global du phénomène étudié.

**7. Bilan de la rencontre, explication du prochain atelier, rappel de la date**

**8. Évaluation et recommandations**

## Rencontre 3 : Je photographie mon environnement

But de l'atelier : Amener les enfants à réfléchir à leur environnement physique, afin qu'il et qu'elle cible les aspects qui selon eux et elles facilitent ou compliquent leur intégration dans le milieu, ainsi que le déploiement de leur relation thérapeutique avec l'intervenant ou l'intervenante.

1. Accueil des personnes participantes
2. Activité brise-glace
<p>Le but de l'activité est que les enfants se mettent en file indienne, selon les questions posées. Exemple : du plus petit au plus grand (selon la grandeur), du plus jeune au plus vieux (selon l'âge), du lui qui a le moins de frères et sœurs, a celui qui en a le plus, etc.</p> <p>3. Rappel des règles de fonctionnement et de confidentialité</p> <p>**Rappel de la possibilité qu'ils peuvent décider de ne pas répondre aux questions ou de se retirer en tout temps</p>
4. Activité de photographie
<p>**Les enfants auront chacun un appareil photo.</p> <p>1. Dans un premier temps, ils seront amenés à faire une première réflexion sur les éléments de leur environnement qui selon eux et elles, leur permettre de s'ouvrir davantage, les aide à faire confiance, les rendent plus confortables et qui rendent leur expérience unique, etc.</p> <p>2. Dans un deuxième temps, ils seront amenés à aller photographier tout ce qui est important pour eux (à l'intérieur ou dans la cour extérieure de l'organisme). Les photographies qui seront prises concerneront seulement des éléments de l'environnement, aucune personne ni enfant se retrouveront sur les photos.</p>
5. PAUSE
6. Réflexion de groupe sur l'activité de photographie et sur les photos qu'ils ont prises.
<p>Les enfants seront amenés (s'ils et s'elles le veulent) à choisir une ou quelqu'une des photographies qu'ils et qu'elles ont prises (les photos les plus significatives) et de les expliquer verbalement aux autres enfants du groupe (d'explication de leur choix, d'expliquer pourquoi tel ou tel élément est important pour eux et elles, etc.)</p> <p>7. Réflexion sur les trois dimensions de l'alliance thérapeutique</p> <p>Les enfants seront amenées à réfléchir sur ces questions :</p> <p>-Comment perçoivent-ils ou perçoivent-elles les trois dimensions?</p> <p>-Que pensent-ils ou pensent-elle de l'importance de ces trois dimensions?</p>
8. Bilan de la rencontre, explication du prochain atelier, rappel de la date
9. Évaluation et recommandations

## Rencontre 4 : Bilan, mise en commun et formulation de recommandations

But de l'atelier : Mettre en commun les différentes visions, perceptions et opinions des enfants, afin de créer différentes recommandations que les enfants souhaiteraient transmettre aux intervenants et aux intervenantes œuvrant avec des enfants.

1. Accueil des participants
2. Activité brise-glace
Chaque personne va avoir une image d'un animal. À go, nous allons tous et toutes devoir faire le son de cet animal et être invités à se regrouper par son d'animal.
3. Rappel des règles de fonctionnement et de confidentialité
**Rappel de la possibilité qu'ils et qu'elles peuvent décider de ne pas répondre aux questions ou de se retirer en tout temps
4. Rappel des activités réalisées jusqu'à maintenant
Nous ferons ensemble un bilan des activités réalisées, un bilan des éléments discutés et un bilan des choses significatives qui ont été dites par chacun et chacune. Au besoin, les dessins et les photographies seront affichés pour cette rencontre.
5. PAUSE
6. Remue-méninges sur les recommandations qu'ils et qu'elles donneraient aux intervenants et aux intervenantes œuvrant avec des enfants de leur âge.
Avec la mise en commun de toutes les activités réalisées, les enfants tenteront de donner des recommandations aux intervenants et aux intervenantes. Le but est que ces recommandations puissent être diffusées via un outil de diffusion réalisé par les enfants.
Questions pour susciter la réflexion : Qu'aimerais-tu dire à un intervenant ou une intervenante, si tu pouvais lui exprimer ton point de vue sur la manière qu'il ou qu'elle devrait agir avec toi pour développer un lien de confiance, une alliance thérapeutique? Quelles recommandations donnerais-tu à un intervenant ou à une intervenante qui travaille avec des jeunes de ton âge?
7. Bilan de la rencontre, explication du prochain atelier, rappel de la date
<u>Réflexions quant aux prochains ateliers :</u> Les enfants seront amenés à réfléchir en groupe, sur la manière dont ils et elles aimeraient diffuser les recommandations qu'ils et qu'elles auront formulées, ainsi que les données importantes issues de leur parole. Un remue-méninge sera fait, pour soulever des idées et trouver un consensus. Le prochain atelier servira à concrétiser la diffusion des données. Exemple : s'ils ou si elles veulent faire une affiche, nous ferons l'affiche ensemble, à la prochaine rencontre.
8. Évaluation et recommandations

## Rencontre 5 : Validation de la préanalyse et réalisation de l'outil de diffusion

But de l'atelier : D'une première part, cet atelier servira à confirmer auprès des enfants ma préanalyse des données recueillies durant les quatre groupes de discussion ci-haut, en plus d'élaborer un outil de diffusion en lien avec l'idée élaborée par les enfants à la rencontre #4.

1. Accueil des personnes participantes
2. Activité brise-glace
Chacun enfant devra répondre à la question suivante : si j'étais un personnage ou personnage fictif ou imaginaire, je serais... et pourquoi?
3. Rappel des règles de fonctionnement et de confidentialité
**Rappel de la possibilité qu'ils ou qu'elles peuvent décider de ne pas répondre aux questions ou de se retirer en tout temps
4. Présentation de ma préanalyse / discussion sur le sujet / validation
La préanalyse sera présentée au groupe d'enfants. Nous en discuterons ensemble et celle-ci sera validée par les enfants (si nécessaire, des choses seront ajoutées, modifiées ou mises plus en évidence ou moins en évidence).
5. PAUSE
6. Réalisation de l'outil de diffusion
Le matériel nécessaire sera apporté à cette rencontre pour réaliser l'outil de diffusion, qui aura été pensé par les enfants.
7. Bilan de la rencontre, explication du prochain atelier, rappel de la date
8. Évaluation et recommandations

## Rencontre 6: Fête et célébration

But de l'atelier : Célébrer, remercier et honorer les enfants pour leur participation à la recherche

1. Accueil des participants
2. Activité brise-glace
Activité sous le thème de je parle dans ton dos. Chaque enfant aura un papier collé dans le dos. Nous serons toute et tous amenés à écrire dans le dos, une chose ou des choses que nous aimons de cette personne (qualité, forces, moments spéciaux que nous avons vécu avec elle, etc.)
3. Repas/collation festive – remise des certificats
Autour d'un repas festif, chaque enfant recevra un certificat d'apprenti chercheur ou d'apprenti chercheuse.
4. Évaluation globale du projet de recherche
Évaluation globale, remerciement et clôture.

## RÉFÉRENCES

Albert, M. (2013). La définition des critères de scientifcité : un débat philosophique et sociologique. *Recherches qualitatives*, (15), 55-59.

Alexander, C. E. (2013). Mutuality and reciprocity in relation-ships: Generalist social workers considerations and strategies for managing their relationship with clients. [Thèse de doctorat, Université de Calgary]. <http://doi.org/10.11575/PRISM/27045>

Auger, E. et Emperador, F. (2023). Les travailleurs sociaux confrontés à l'accélération du temps. *Sciences et actions sociales*, 19(1), 127-138.

Avenir, M. J., et Gavard-Perret, M. L. (2018). Incrire son projet dans un cadre épistémologique. Dans M. L. Gavard-Perret, D. Gotteland, C. Haon, et Jolibert, A. (dir.). *Méthodologie de la recherche en sciences de la gestion : Réussir son mémoire ou sa thèse* (p. 7-50). Pearson.

Bachelart, M. (2012). L'alliance thérapeutique. Dans A. Bioy (dir.), *L'aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin : En 58 notions* (p. 161-168). Dunod.

Baillargeon, P., et Puskas, D. (2013). L'alliance thérapeutique: conception, pratique. *Défi jeunesse*, 19(3), 4-9.

Baudrit, A. (1994). L'entretien collectif avec des enfants. *Revue de recherches en éducation*, 13(1), 219-229.

Baylis, P. J., Collins, D., et Coleman, H. (2011). Child alliance process theory: A qualitative study of a child centred therapeutic alliance. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28(2), 79-95.

Becquet, V. (2012). Les « jeunes vulnérables » : essai de définition. *Agora débats/jeunesses*, 62(3), 51-64.

Bellot, C., et Loncle, P. (2013). Présentation : l'accompagnement des jeunes en difficulté. *Lien social et Politiques*, (70), 3-9.

Bioy, A., et Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique: historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives psy*, 49(4), 317-326.

Bonavitta, M. (2023). L'adultocentrisme comme système de domination des personnes ayant une déficience intellectuelle : une observation ethnographique à l'intérieur d'un

centre de jour. Cahiers franco-latino-américains d'études sur le handicap, (1). <https://cfla-discapacidad.bergola-publications.fr/index.php?id=95>

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-259.

Bourassa-Dansereau, C., G.-Langlois, M., et Robert, F. P. (2020). L'intervention psychosociale artistique : les arts pour intervenir avec les individus et les groupes. *Nouvelles pratiques sociales*, 31(1), 157-176.

Bourbonnais, M., et Parazelli, M. (2018). L'empowerment en travail social et les significations de la solidarité. *Reflets*, 24(2), 38-73.

Bradbury-Jones, C., et Taylor, J. (2015). Engaging with children as co-researchers: challenges, counter-challenges and solutions. *International Journal of Social Research Methodology*, 18(2), 161-173.

Braizaz, M. (2020). Proposer un photoreportage à des préadolescentes : « Montre-moi ce que tu manges ». Dans I. Côté, K. Lavoie et R-P. Trottier-Cyr. (dir.), *La recherche centrée sur l'enfant. Défis éthiques et innovations méthodologiques* (p. 413-440). Presses de l'Université de Laval.

Brillon, M. (2011). L'alliance thérapeutique : Un défi constant pour le thérapeute. *Psychologie Québec*, 28(2), 20-23.

Brodiez-Dolino, A. (2016). *Le concept de vulnérabilité*. [https://laviedesidees.fr/IMG/pdf/20160211\\_vulnerable-2.pdf](https://laviedesidees.fr/IMG/pdf/20160211_vulnerable-2.pdf)

Caldairou-Bessette, P., Johnson-Lafleur, J., Nadeau, L., Vachon, M., et Rousseau, C. (2017). Écouter les enfants dans la recherche en santé mentale jeunesse (SMJ) : une créativité éthique inspirée de la clinique. *Approches inductives : travail intellectuel et construction des connaissances*, 4(2), 79-108.

Campbell, A. F., et Simmonds, J. G. (2011). Therapist perspectives on the therapeutic alliance with children and adolescents. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(3), 195-209.

Camponovo, S. R., Moody, Z., Darbellay, F., Berchtold-Sedooka, A., et Jaffé, P. (2020). Une approche transdisciplinaire du chemin de l'école: Les enfants comme co-chercheuses et co-chercheurs. Dans I. Côté, K. Lavoie et R-P. Trottier-Cyr. (dir.), *La recherche centrée sur l'enfant. Défis éthiques et innovations méthodologiques* (p. 413-440). Presses de l'Université de Laval.

Chamberland, C., Lacharité, C., Clément, M. È., et Lessard, D. (2015). Predictors of development of vulnerable children receiving child welfare services. *Journal of Child and Family Studies*, 24(10), 2975-2988.

Chapuis, C. (2020). *Alliance thérapeutique et soins conjoints en psychiatrie périnatale, le cas particulier des familles en situation de vulnérabilité: impact sur le développement de l'enfant*. [thèse de doctorat, Université de Marseille]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02971181>

Chenard, J. (2012). Concilier des logiques pour une pratique de sens : exigence de solidarité. *Revue Intervention*, (136), 18-29.

Clément, M. È., et Milani, P. (2018). Familles en contextes de vulnérabilités psychosociales: réalités des enfants, des parents et des services. *La revue internationale de l'éducation familiale*, (1), 11-21.

Clément, M. È., Bérubé, A., et Moreau, J. (2016). Le modèle de la pédiatrie sociale en communauté et ses retombées sur le bien-être des familles: une étude pilote. *Revue internationale de l'éducation familiale*, (1), 81-106.

Colle-Plamondon, M. (2014). *Le lien intervenant-jeune en unité de réadaptation: de la relation d'aide à l'alliance thérapeutique dans un contexte d'autorité* [mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10662>

Côté, D. (2011). L'alliance thérapeutique avec les enfants. *Dossier de psychologie Québec*, 28(2) 29-31.

Côté, I., Trottier Cyr, R.-P., Lavoie, K., et Pagé, G. (2018). « Veux-tu participer à ma recherche? »: principes, enjeux et stratégies concernant l'assentiment des enfants dans le processus de recherche. *Les Éditions de l'Université de Sherbrooke (ÉDUS)*, 127-145.

Côté, I., Lavoie, K., et Trottier-Cyr., R.-P. (2020). *La recherche centrée sur l'enfant. Défis éthiques et innovations méthodologiques*. Les presses de l'Université Laval.

Cournede, A. (2015). *L'alliance thérapeutique: concept théorique et stratégies de mise en pratique en psychothérapie d'enfants-adolescents* [thèse de doctorat, Université Toulouse III-Paul Sabatier]. <http://thesesante.ups-tlse.fr/971/1/2015TOU31557.pdf>

Dajon, M., Dumas, C., Busson, L., Devault, A., Mennesson, C., et Zaouche-Gaudron, C. (2024). Méditation de pleine conscience destinée aux enfants en situation de vulnérabilité: de la pratique à l'appropriation. *Pratiques psychologiques*, 30(2), 87-101.

Deslauriers, J.-P. et Turcotte, D. (2017). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle* (2<sup>e</sup> éd.). Les Presses de l'Université Laval.

Demoustier, S. (2021). Le pouvoir d'agir des personnes en situation de vulnérabilité: un nouveau paradigme à partir duquel le travail social peut se réinventer? *Sciences et actions sociales*, (15), 1-21.

DiGiuseppe, R., Linscott, J., et Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5(2), 85-100.

Draghici, C. C., et Garnier, P. (2020). Pratiques de la recherche avec les jeunes enfants : enjeux politiques et épistémologiques. *Recherches en éducation*, (39), 17-29.

Drolet, M., Dubois, M., et Nugent, B. (2017). L'exécution de l'action en intervention sociale personnelle. Dans D. Turcotte et J. P. Deslauriers (dir.). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle* (2<sup>e</sup> éd., p. 107-141). Les Presses de l'Université de Laval.

Duval, S., et Bouchard, C. (2013). *Soutenir la préparation à l'école et à la vie des enfants issus de milieux défavorisés et des enfants en difficulté*. <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/preparation-ecole.pdf>

Ellyson, A. (2017). *La représentation de la construction de l'alliance thérapeutique et de la réparation des ruptures d'alliance chez les thérapeutes novices* [Thèse de doctorat, Université de Montréal]. <https://archipel.uqam.ca/10831/1/D3280.pdf>

Fontaine, A., et Turcotte, P. (2017). La prise de contact. Dans D. Turcotte et J. P. Deslauriers (dir.). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle* (2<sup>e</sup> éd., p.39-60). Les Presses de l'Université de Laval.

Fortin, M. F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3<sup>e</sup> éd.). Chenelière éducation.

Gouvernement du Québec. (2019). *L'intervention auprès des élèves en contexte de vulnérabilité*. [https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/dpse/adaptation\\_serv\\_compl/Vulnerabilite-feuillet-intervention\\_FR.pdf](https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/Vulnerabilite-feuillet-intervention_FR.pdf)

Gouvernement du Québec. (2021, avril). *Rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et sur la protection de la jeunesse*. [https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Rapport\\_final\\_3\\_mai\\_2021/2021\\_CSDEPJ\\_Rapport\\_version\\_finale\\_numerique.pdf](https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport_final_3_mai_2021/2021_CSDEPJ_Rapport_version_finale_numerique.pdf)

Gouvernement du Québec. (2023). *Le plan stratégique 2023-2027 – ministère de la Famille*. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdncontenu/adm/min/famille/publications-adm/plan-strategique/plan-strategique-2023-2027.pdf>

Graham, A., Powell, M., Taylor, N., Anderson, D., et Fitzgerald, R. (2013). *Recherche éthique impliquant des enfants*. Centre de recherche de l'UNICEF. [https://childethics.com/wp-content/uploads/2022/04/ERIC-compendium-FR\\_LR.pdf](https://childethics.com/wp-content/uploads/2022/04/ERIC-compendium-FR_LR.pdf)

Guba E. G., et Lincoln Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Sage.

Guba E. G., et Lincoln Y. S. (1998). Competing paradigms in qualitative research. Dans Denzin N.K. et Lincoln Y.S. (dir.), *The landscape of qualitative research* (p. 195-220). Sage.

Horgan, D. (2016). Child participatory research methods: Attempts to go ‘deeper’. *Childhood*, 24(2), 245-259.

Institut de pédiatrie sociale. (2025). Qu'est-ce que la pédiatrie sociale en communauté? <https://institutpediatricsociale.com/>

Instituts de recherche en santé du Canada. (2020). *Les répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur la santé mentale des enfants de 5-12 ans et les défis particuliers vécus par les enfants ayant des enjeux neurodéveloppementaux : une synthèse des recommandations.* [https://labo-grandir.com/wp-content/uploads/2020/11/Camden\\_Rapport\\_IRSC\\_COVID.pdf](https://labo-grandir.com/wp-content/uploads/2020/11/Camden_Rapport_IRSC_COVID.pdf)

Institut nationale de santé publique du Québec. (2021a, juillet). *Covid-19 : impacts de la pandémie sur le développement des enfants 2-12 ans.* <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3157-impacts-pandemie-developpement-enfants-2-12-ans.pdf>

Institut nationale de santé publique du Québec. (2021b). *Environnement social et culturel.* <https://www.inspq.qc.ca/saine-alimentation-mode-vie-actif/environnements-favorables-sante/environnement-social-culturel>

Institut nationale de santé publique du Québec. (2023, mars). *L'usage du concept de vulnérabilité en santé publique.* [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3310-outil-reflexion-ethique-usage-concept-vulnerabilite\\_vf.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3310-outil-reflexion-ethique-usage-concept-vulnerabilite_vf.pdf)

Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., et Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical psychology review*, 26(1), 50-65.

Kramer-Roy, D. (2015). Using participatory and creative methods to facilitate emancipatory research with people facing multiple disadvantage: a role for health and care professionals. *Disability & Society*, 30(8), 1207-1224.

Lab-École. (2024). *Aménager les espaces scolaires : un guide pratique pour penser l'aménagement et le mobilier des écoles de demain.* [https://static1.squarespace.com/static/64d381bb16be375843dc8175/t/67504e0a676dad6c863b232d/1733316119456/Ame%CC%81nager+les+espaces+scolaires\\_Lab-E%CC%81cole.pdf](https://static1.squarespace.com/static/64d381bb16be375843dc8175/t/67504e0a676dad6c863b232d/1733316119456/Ame%CC%81nager+les+espaces+scolaires_Lab-E%CC%81cole.pdf)

Labrie, M.-P. (2020). Revendiquer le droit à la ville à travers la création artistique. *Nouvelles pratiques sociales*, 31(1), 111-128.

Lacharité, C. (2021, avril). *Partage des responsabilités au sein des familles en situation de vulnérabilité* [Communication orale]. Webinaire réalisé en collaboration avec COSMOSS Rimouski-Neigette, Rimouski, Qc, Canada.

Lafontaine, J. (2020). *L'importance du plaisir dans la pratique en EPS pour engager les élèves dans l'apprentissage : une entrée dans l'activité par une pratique ludique*. [Mémoire de maîtrise, Université de Grenoble]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03156611/document>

Larousse. (2025a). *Attitude*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attitude/6295>

Larousse. (2025b). *Caractéristique*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/-francais/caract%C3%A9ristique/13065>

La Ruelle d'Hochelaga. (2021). Qui sommes-nous? <https://laruelledhochelaga.org/qui-nous-sommes/>

Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M. S., et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.

Leroy, G. (2020). Les sociologies de l'enfance face à la parole enfantine. *Recherches en éducation*, (39).

Levrard, S. (2020). Prendre en compte la parole des enfants de six à onze ans et révéler leur statut d'informateurs particuliers: l'apport des méthodes visuelles. *Recherches en éducation*, (39), 30-41.

Magnusson, M., Ernberg, E., Landström, S., et Akehurst, L. (2020). *Forensic interviewers' experiences of interviewing children of different ages*. *Psychology, Crime & Law*, 26(10), 967-989.

Marteau, F., Vilette, B., et Rusinek, S. (2013). Alliance thérapeutique et divergences de représentations en psychothérapie de l'Enfant. *Revue québécoise de psychologie*, 34(1), 129-150.

McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 603-616.

Ministère de la Justice (2019). *L'article 12 de la Convention relative aux droits de l'enfant et des droits de participation des enfants au Canada*. <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/article12/p2.html>

Morissette, J. (2013). Recherche-action et recherche collaborative: quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs? *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 35-49.

Mukamurera, J., Lacourse, F., et Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138.

Nadeau, F. (2017). De l'alliance thérapeutique à la rupture de liens: les paradoxes du passage vers l'autonomie. *Droit, santé et société*, (3), 5-12.

Office québécois de la langue française. (2007). *Habileté*. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8350043/habilite>

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2025). *Mandat, mission, vision et valeurs*. <https://www.otstcfq.org/l-ordre/qui-sommes-nous/mandat-mission-vision-et-valeurs/>

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2023, mai). *Mémoire de l'ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec portant sur le projet de loi n°15 – Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*. [https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2023/05/Memoire\\_PL15.pdf](https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2023/05/Memoire_PL15.pdf)

Organisation mondiale de la santé. (2009). *Commission des déterminants sociaux de la santé*. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_9-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-fr.pdf)

Pagnotta, J., Blumberg, F. C., Ponterotto, J. G., et Alvord, M. K. (2018). Adolescents perceptions of their therapists social media competency and the therapeutic alliance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(5-6), 336-344.

Paillé, P., et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5<sup>e</sup> éd.). Armand Colin.

Parazelli, M., et Bourbonnais, M. (2017). L'empowerment en travail social : Perspectives, enseignements et limites. *Sciences & actions sociales*, 1(6), 23-52.

Pouliot, E., Maltais, D., Côté, G., et Lansard, A. L. (2020). Donner une voix aux jeunes à la suite d'une catastrophe : enjeux et stratégies concernant l'utilisation de l'entrevue de groupe comme technique de collecte des données. Dans I. Côté, K. Lavoie et R-P. Trottier-Cyr. (dir.), *La recherche centrée sur l'enfant. Défis éthiques et innovations méthodologiques* (p. 413-440). Presses de l'Université de Laval.

Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53-70.

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148.

Rouyer, V., Constans, S., Ponce, C., et Lucenet, J. (2020). Étudier le point de vue des enfants: Questions épistémologiques, méthodologiques et éthiques en psychologie du développement. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 146(1), 124-144.

Roy, V. et Lindsay, J. (2024). La méthode de l'intervention de groupe en travail social. D., Turcotte, J.-P., Deslauriers et J.-M. Deslauriers. (dir.), *Introduction au travail social* (4<sup>e</sup> éd., p. 159-214). Presses de l'Université Laval.

Saint-Jean, G., et Dufour, S. (2018). Alliance thérapeutique et intervention contrainte: recension critique des pratiques recommandées auprès d'adolescents de minorités ethnoculturelles. *Revue québécoise de psychologie*, 39(1), 35-63.

Saint-Jean, G., et Dufour, S. (2020). Alliance thérapeutique et services de protection de la jeunesse : points de vue et expériences de jeunes issus de minorités ethnoculturelles et de leurs intervenants. *Canadian Social Work Review*, 37(1), 81-102.

Sasseville, M., et Hawken, J. (2020). *Abécédaire de la philosophie pour enfants*. Presses de l'Université Laval.

Savoie-Zajc, L. (2000). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans Th. Karsenti et L. Savoie-Zajc. (dir.), *Introduction à la recherche en éducation* (p.171-198). Éditions du CRP.

Savoie-Zajc, L. (2004). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans Th. Karsenti et L. Savoie-Zajc. (dir.), *La recherche en éducation : étapes et approches* (p. 123-150). Éditions du CRP.

Sigouin, J. (2023). Créativité et alliance thérapeutique : des pratiques à mettre en lumière pour mieux saisir l'accompagnement social en itinérance dans le milieu institutionnel. *Revue du CREMIS*, 14(1), 18-25.

Stoecklin, D. (2015). Vulnérabilité et capacité de l'enfant. Dans N., Fatimata et B., Frédéric. (dir.), *Promotion et défense des droits de l'enfant: Enjeux théoriques, pratiques et philosophiques*. (p. 33-43). Université de Genève: Global Studies Institute.

Sturm, G., Bonnet, S., Gouzvinsk, F., Pinquier, A., Guerraoui, Z., et Raynaud, J. P. (2016). Améliorer l'alliance thérapeutique avec enfants et familles en situation interculturelle. *L'Autre*, 17(2), 223-233.

Suissa, A. J. (2024). Intervention auprès des familles et des proches : repères psychosociaux. Dans D., Turcotte, J.-P., Deslauriers et J.-M. Deslauriers. (dir.), *Introduction au travail social* (4<sup>e</sup> éd., p.113-158). Presses de l'Université Laval.

Teixeira, M. (2019). La prise de parole de jeunes adultes québécois à partir de séances de dessin libre dans une approche dialogique. *Éducation et francophonie*, 47(1), 73-93.

Thibault, S. (2017). Nature et fondement de l'intervention sociale personnelle. Dans D. Turcotte et J.-P. Deslauriers (dir.), *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*. (2<sup>e</sup> éd., p.11-30). Les Presses de l'Université de Laval.

Tilley, S., et Taylor, L. (2018). Qualitative methods and respectful praxis: Researching with youth. *The Qualitative Report*, 23(9), 2184-2204.

Turcotte, D., et Deslauriers, J. P. (2017). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle* (2<sup>e</sup> éd.). Les Presses de l'Université de Laval.

Université du Québec. (2021). *Guide de communication inclusive : pour des communications qui mobilisent, transforment et ont du style!* <https://reseau.uquebec.ca/system/files/documents/guide-communication-inclusiveuniversite-du-quebec-2023.pdf>

Varadan, S. (2019). Le principe de l'évolution des capacités dans le cadre de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. *Revue internationale des droits de l'enfant*, 27(2), 306-338.

Winnicott, D. W. (2002). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Folio essais



