

Approche centrée sur la famille : perception par la clientèle et le personnel de deux établissements de réadaptation en déficience physique du Québec

Chantal Camden, pht.
M. Sc.(c)^{1,1}

Nancy Baril, erg. M. Sc.(c)^{1,3}

Sylvie Tétreault, erg. Ph. D.^{1,4}

Mots-clés :
approche centrée
sur la famille (ACF), enfants,
centre de réadaptation,
déficience physique

¹ Université Laval,
Département de réadaptation

² Centre de réadaptation Estrie

³ Centre de réadaptation InterVal

⁴ Chercheuse associée au Centre
interdisciplinaire de recherche
en réadaptation et intégration
sociale

De nombreuses définitions de l'approche centrée sur la famille (ACF) ont été proposées. Elles ont toutes comme point commun un ensemble de croyances, d'attitudes et de pratiques centrées sur la famille qui favorisent l'appropriation de cette dernière, où les parents sont reconnus comme partenaires ayant une expertise (Kolobe, Sparling et Daniels, 2000). Cette approche s'inscrit dans la transition de paradigme favorisant la participation sociale et elle implique une redéfinition des rôles des parents et des intervenants. Les professionnels en réadaptation ne peuvent plus uniquement se contenter d'identifier et de traiter les déficiences et les limitations fonctionnelles; ils doivent aussi travailler en fonction des ressources et des priorités de la famille. Cette dernière devient également un partenaire et un bénéficiaire des services de réadaptation. Le tableau 1 présente les prin-

BÉNÉFICES ET OBSTACLES LIÉS À L'IMPLANTATION D'UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LA FAMILLE

Les interventions à l'intention des membres de la famille sont associées à des résultats significatifs sur le plan du développement moteur et intellectuel de l'enfant, de l'ajustement psychosocial, de la satisfaction des soins reçus et du fonctionnement familial. Les parents auraient accès à plus d'information et participeraient davantage au processus de réadaptation. Quant aux intervenants, bien que plusieurs adhèrent aux principes, l'application de l'ACF comporte plusieurs obstacles, notamment le manque de temps et de ressources (King *et coll.*, 2000). D'autres chercheurs rapportent que le manque d'expérience des intervenants en pédiatrie, les lacunes dans la formation des professionnels, le manque de soutien administratif et le peu de recherche sur les bénéfices de l'ACF sont des obstacles à son application, particulièrement à l'intérieur d'un modèle biomédical (Bruce *et coll.*, 2002).

QUI CONNAÎT L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA FAMILLE?

L'idée de collaborer avec les familles est présente dans les écrits scientifiques depuis 1926, mais la façon de travailler avec elles a bien évolué. À ce propos, les travaux de l'*Institut Can-Child* ont contribué à développer cette approche dans le domaine de la réa-

Les parents auraient accès à plus d'information et participeraient davantage au processus de réadaptation.

cipes de l'ACF énoncés par l'*Association for the Care of Children's Health* (ACCH) en 1987. L'implantation de politiques et des programmes répondant aux besoins du personnel a été ajouté en 1992 (Bruce *et coll.*, 2002).



TABLEAU 1 : ÉLÉMENTS DE L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA FAMILLE
(Traduction libre à partir des travaux de l'*Association for the Care of Children's Health*, 1987)

1. Reconnaître que la famille est la constante dans la vie de l'enfant.
2. Favoriser la collaboration entre les parents et les professionnels sur tous les plans.
3. Reconnaître et rendre hommage à la diversité culturelle, aux forces et à l'individualité de chaque famille.
4. Partager complètement l'information avec la famille, sur une base régulière et de manière compréhensive.
5. Encourager les réseaux de soutien et d'entraide entre parents.
6. Comprendre les besoins développementaux des enfants et de leurs familles, ainsi que leurs besoins en dehors des soins spécialisés.
7. Implanter des programmes qui offrent un soutien émotionnel et financier répondant aux besoins des familles.
8. S'assurer que l'élaboration des services est flexible, accessible, et qu'elle répond aux besoins des familles.

daptation à l'enfance (King *et coll.*, 2000). La majorité des 19 centres de réadaptation de l'Ontario a formellement adopté l'ACF. Bien que plusieurs études québécoises se soient intéressées à la famille et aux principes sous-jacents à l'ACF tels que la communication, l'appropriation et la collaboration (Bouchard et Kalubi, 2003; 1998; Pelchat et Lefebvre, 2003), l'ACF demeure peu connue au Québec. La majorité des centres de réadaptation en déficience physique du Québec (CRDPQ) incluent la famille dans leur énoncé de mission, mais aucun n'a formellement adhéré à l'ACF.

MÉTHODOLOGIE

La présente publication se base sur une étude impliquant des parents, des intervenants et des gestionnaires du Centre de réadaptation Estrie (CRE) et du Centre de réadaptation InterVal (CRI), ainsi que sur une recension des écrits sur l'ACF. Les objectifs de l'étude étaient : 1) décrire la perception des participants concernant les éléments clés de l'ACF; 2) décrire la perception des participants relativement à l'utilisation de ces éléments dans la pratique actuelle en réadaptation; 3) examiner la correspondance entre la perception des éléments importants et la pratique actuelle de réadaptation; 4) formuler des recommandations pour que les pratiques cliniques soient plus centrées sur la famille. Au total, 31 personnes, principalement des femmes, furent interrogées, dont 10 parents de divers milieux socio-économiques. La majorité des familles était biparentale et comptait de 1 à 4 enfants, dont 1 fréquentait le CRE ou le CRI depuis un certain temps variant de quelques mois à plus de 8 ans. Dix-sept intervenants et 4 gestionnaires ont également rempli le questionnaire. Une traduction française des questions du « *Family-Centered Care Questionnaire – Revised* » publié en 1993 a été réalisée avec l'accord de l'auteure, Madame Bruce. La traduction comptait 47 énoncés. Il s'agit d'un instrument qui mesure la perception et la pratique des professionnels de la santé en rapport avec

l'ACF à l'aide d'une échelle de Likert, 1 signifiant que le participant est tout à fait d'accord avec l'énoncé, et 5 signifiant qu'il est tout à fait en désaccord (Bruce *et coll.*, 2002). Le questionnaire se base sur les principes de l'ACF énoncés par l'ACCH (1987). Certaines questions ont été adaptées au contexte québécois de la réadaptation et une question ouverte a été ajoutée à la fin du questionnaire afin de demander aux sujets quels étaient, selon eux, les trois éléments à privilégier dans une ACF.

Résultats

Les différents résultats des questionnaires sont commentés en fonction des éléments de l'ACF.

La famille : au cœur de nos interventions

La famille une constante dans la vie de l'enfant

Dans une large proportion, les participants considèrent que les éléments identifiés dans le questionnaire sont nécessaires à la mise en œuvre de l'ACF, mais ils estiment que l'application de ces concepts pourrait être améliorée. De façon globale, pour chaque élément, l'ensemble des répondants rapportent peu d'écart entre ce qui est important et ce qui est présent. Les intervenants sont les plus critiques au regard de l'application de l'ACF dans la pratique actuelle. Les documents écrits pourraient, entre autres, indiquer plus clairement que la famille est au cœur de la démarche thérapeutique.

Le respect de l'individualité et de la diversité des familles

Les intervenants rapportent que la confidentialité est importante et qu'il faudrait éviter davantage les discussions dans les endroits publics. D'ailleurs, les parents attachent énormément d'importance au respect de la confidentialité, du temps nécessaire pour établir une relation de confiance et du style d'apprentissage parental. Selon eux, ces aspects sont actualisés de façon satisfaisante. Tout comme les

parents, les intervenants jugent qu'il est essentiel d'adapter leurs interventions à une diversité de besoins. Certains intervenants soulignent cependant qu'il n'y a pas de politique claire par rapport à l'implication parentale et que les modalités d'intervention proposées ne conviennent peut-être pas toujours aux familles, principalement celles des milieux plus défavorisés.

La compréhension des besoins en dehors des soins spécialisés

Certains parents croient que les intervenants devraient davantage aider les familles à demeurer en contact avec leurs amis. Pourtant, tous les participants ne sont pas d'accord, bien que ce soit « *bon de l'encourager, pour ne pas perdre le cap de la vie sociale* ». Par ailleurs, les services pour faciliter le quotidien des parents (ex. : transport et garderie) sont également moins prisés des gestionnaires et des intervenants. Or, il s'agit de l'élément dont l'écart entre l'importance et la pratique est le plus grand pour les parents.

La collaboration et le partage de l'information : pierres angulaires de l'ACF

La collaboration entre les parents et les professionnels

La collaboration au processus de réadaptation entre les parents et les intervenants semble essentielle pour tous. Les parents sont satisfaits de l'application de ce principe, entre autres pour déterminer les besoins de l'enfant, ce qui se fait principalement lors des plans d'intervention. Toutefois, ils ne considèrent pas comme essentiel que ce soit la famille qui détermine les objectifs d'intervention, car ils estiment que les intervenants sont plus aptes qu'eux à le faire. Comme le rapportent les familles : « *C'est la famille qui connaît le mieux ses besoins, mais pas les traitements* », « *Chacun son métier!* ». Les gestionnaires et les intervenants croient que les objectifs doivent être déterminés en partenariat avec la famille et ils désirent avoir du temps supplémentaire pour discuter avec les parents.

Le partage de l'information

Les parents considèrent comme essentiel de recevoir le maximum d'information vulgarisée, que ce soit sur le diagnostic et son impact dans le quotidien, sur le rôle des professionnels, sur les ressources financières ou sur les thérapies alternatives. Pour leur part, les intervenants sont tout à fait d'accord sur la nécessité de divulguer l'information propre à leur champ d'expertise, et ils le font adéquatement selon les parents. Toutefois, ces mêmes intervenants sont peu enclins à divulguer de l'information sur les thérapies alternatives. Certains mentionnent que ces renseignements sont fournis aux parents seulement lorsque ceux-ci en font la demande, alors qu'un parent indique qu'« *il est important d'avoir toutes les possibilités dans une situation précise* ». Les intervenants ne prennent pas souvent le temps de vérifier ce que les parents connaissent du centre et des ressources communautaires. Tous ont indiqué que la procédure d'admission et la gestion de la liste d'attente sont des éléments prioritaires à améliorer, afin d'offrir un meilleur service aux familles.

L'implication des parents dans l'organisation des services

L'implication de la famille dans la formation continue du personnel demeure l'élément ayant reçu le moins d'approbation de tous les acteurs et il est actuellement absent de la pratique. En ce qui a trait à la collaboration des pa-

rents dans l'évaluation et la conception des programmes, les gestionnaires se sont montrés plus enclins à trouver essentielle l'implication parentale, alors que les intervenants et les parents trouvaient cela moins pertinent. Actuellement, le processus se fait de façon informelle, notamment par des commentaires lors des plans d'intervention. Quelques parents aimeraient avoir l'opportunité de s'exprimer lors de l'élaboration des politiques, afin de partager leurs attentes et leurs besoins. En ce qui concerne la possibilité de recevoir des thérapies en dehors des heures d'ouverture traditionnelles, la plupart des parents rapportent qu'ils se débrouillent pour assister aux thérapies, mais que cette opportunité pourrait être utile pour d'autres parents, et qu'elle pourrait faciliter la venue du conjoint ou un retour au travail. Selon les participants, cette pratique se fait occasionnellement.

Le soutien : un élément à mettre à l'avant-plan

Les réseaux de soutien et d'entraide pour les parents

Les parents sont presque unanimes sur la nécessité d'accéder à un lieu permettant d'échanger avec d'autres familles sur les différentes étapes du développement de l'enfant, les difficultés et les pistes de solution. Actuellement, ces échanges s'effectuent souvent dans la salle d'attente des établissements, mais les parents souhaiteraient qu'un endroit soit aménagé pour favoriser ces rencontres. C'est d'ailleurs la plus grande lacune notée par les intervenants. Les parents sont également heureux de côtoyer d'autres parents lors des interventions de groupe pour leurs enfants. De plus, l'idée de café-rencontre a été évoquée à plusieurs reprises par les parents et les intervenants. Il a aussi été mentionné qu'il fallait les encourager à profiter du soutien offert par les associations de parents.

Le soutien pour la fratrie et la famille élargie

Pour les gestionnaires et les intervenants, le soutien à la fratrie constitue un des plus grands écarts entre ce qui est essentiel et les services actuels : les frères et sœurs « *sont souvent les grands oubliés* ». Cependant, les parents croient que l'accent doit être mis sur les besoins de l'enfant présentant des incapacités et non sur la fratrie. Plusieurs intervenants et gestionnaires pensent que les frères et sœurs devraient être inclus dans les activités proposées. Certains sont conscients du manque de service à la famille élargie. Ils indiquent le besoin de questionner régulièrement les parents pour savoir si des membres de la famille vivent des situations difficiles, et de les encourager à bénéficier d'un soutien offert par le centre.

Le soutien émotionnel et financier

Afin de bien soutenir les parents sur le plan émotionnel, le partage de l'information est considéré comme essentiel par la majorité des personnes interrogées. Le manque de ressources psychosociales est grandement déploré. Le soutien à la famille et la négociation en cas de désaccord sont des tâches dévolues spontanément aux travailleurs sociaux et aux psychologues. Pour les parents, la stabilité de l'équipe de réadaptation est importante, même s'il y a des situations qui rendent difficile la poursuite des thérapies par la même équipe. En ce qui concerne le soutien financier, les parents semblent désirer une aide accrue des CRDPQ, alors que les professionnels de la réadaptation ne semblaient pas cibler la reconnaissance du fardeau financier comme un élément à améliorer dans leur pratique.

Les besoins des intervenants : un élément à ne pas négliger

Les thérapeutes considèrent presque unanimement que les gestionnaires devraient connaître davantage les problèmes qu'ont les familles et les intervenants, et qu'ils devraient les encourager à améliorer les politiques et les



Les intervenants doivent écouter les parents, les considérer, les soutenir, les encourager, leur permettre de participer à la prise de décisions et de partager leur expérience avec d'autres parents.

procédures en place dans les CRDPQ. De la formation sur les problématiques diverses (ex. : situation familiale socio-économiquement difficile, deuil, etc.) et du temps pour réfléchir sur leur pratique, des discussions sur les histoires de cas et un partage de l'information en équipe sont souhaités par les intervenants. Les gestionnaires semblent d'accord pour soutenir les intervenants au regard de la formation, principalement sur le plan de la connaissance des dynamiques familiales et de la détermination en commun des objectifs avec la famille.

DISCUSSION ET PISTES D'AMÉLIORATION

Diffuser les principes de l'ACF dans le milieu de la réadaptation francophone

Bien que l'ACF ne soit pas connue sous cette appellation au Québec, les résultats indiquent que l'ensemble des parents, des intervenants et des gestionnaires adhère, de façon générale, aux principes proposés par l'ACCH en 1987. Le défi se porte plutôt dans l'application de l'ACF qui serait facilitée par l'adoption de politiques claires de la part des CRDPQ (King *et coll.*, 2000). Comme Tétréault *et coll.* (2000) le mentionnent, il faut soutenir le changement graduel amorcé dans les milieux de réadaptation et orienter ces services vers la famille. Les parents devraient également connaître cette approche et ce qu'elle implique.

Favoriser l'autodétermination et l'appropriation des savoirs

Les attentes des parents se situent principalement sur le plan des services de thérapie directe pour leur enfant, ce qui peut être expliqué par le modèle traditionnel de services. Si les familles

doivent être des partenaires du processus de réadaptation, les services doivent être réorientés pour favoriser leur appropriation, ce qui implique le développement d'un sentiment de compétence personnelle et l'accès aux ressources pour y parvenir (Bouchard et Kalubi, 2003). Pour favoriser l'apprentissage de ce nouveau rôle parental, Pelchat et Lefebvre (2003) rapportent que les intervenants doivent écouter les parents, les considérer, les soutenir, les encourager, leur permettre de participer à la prise de décisions et de partager leur expérience avec d'autres parents.

Soutenir les professionnels dans la transition de paradigme

Les professionnels de la réadaptation rencontrés étaient souvent plus critiques que les parents par rapport à l'application de l'ACF, peut-être notamment parce qu'ils étaient plus sensibilisés aux approches écosystémiques. Cependant, les priorités établies par les intervenants étaient souvent différentes de celles des parents. Le partenariat suppose un dialogue, ce qui demande aux professionnels de la réadaptation de maîtriser des habiletés de négociation, d'être capable de travailler en équipe interdisciplinaire et de remettre en question leurs rôles traditionnels d'experts (Lawlor et Mattingly, 1998). Certains intervenants peuvent ainsi se sentir menacés dans leur crédibilité professionnelle et ne pas se sentir prêts à assumer ces nouveaux rôles. Certains intervenants rencontrés suggéraient d'ailleurs d'accorder plus de temps de réflexion et de formation, ce qui pourrait inclure le processus d'adaptation des familles, l'intervention avec des milieux socio-économiques différents, les attitudes à adopter en-

vers les personnes présentant des incapacités. De plus, l'aspect psychosocial des soins pourrait être approfondi. Par ailleurs, les programmes de formation scolaire devraient être ajustés afin de préparer les futurs intervenants en ce sens (Kolobe, *et coll.*, 2000).

Favoriser un meilleur accès à l'information pour les parents

De façon générale, les données recueillies indiquent que le partage de l'information spécifique à l'enfant est présent dans la pratique actuelle. Toutefois, selon King *et coll.* (2000), c'est plutôt la diffusion de l'information générale qui fait défaut. Les intervenants attendent souvent que les parents posent des questions, alors que ceux-ci souhaiteraient que les intervenants leur parlent spontanément de l'ensemble des services et des options, par exemple les thérapies alternatives. Or, les parents ont besoin d'encadrement pour savoir le type d'aide qu'ils peuvent demander et les sources d'aide qu'ils peuvent consulter. Les intervenants doivent donc partager l'information qu'ils détiennent, incluant les thérapies complémentaires souvent sujettes à controverse. Des comités conjoints parents-intervenants et des centres de ressources peuvent également contribuer à faire circuler l'information, ce qui est nécessaire à l'appropriation et à la prise de décision éclairée. Bien que les deux CRDPQ aient quelques dépliants et annonces dans leur salle d'attente, aucun ne possède de centre de ressources, de librairie, de café ou d'endroit permettant aux parents d'échanger.

Encourager la collaboration des parents à tous les niveaux

Plusieurs parents se sont spontanément dits très satisfaits des services qu'ils reçoivent et de la qualité de la relation qu'ils ont avec les intervenants. Toutefois, sur le plan de l'admission, le processus d'accueil doit être révisé afin de diminuer les conséquences négatives liées aux listes d'attente dues au manque de ressources. Les parents doivent être impliqués dans la recherche de solutions leurs permet-

tant d'avoir accès à de l'information rapidement. Actuellement, les deux centres ont mis sur pied une modalité d'intervention visant à combler cette lacune (évaluation-conseils), ce qui serait à poursuivre avec les bonifications souhaitées par les parents (par exemple, visite des lieux lors d'une première rencontre, remise de documents écrits, etc.). Quant aux services à l'enfant, la collaboration entre les parents et les professionnels doit faire partie du processus de réadaptation pour la détermination des besoins et des objectifs, mais aussi pour tous les autres aspects de l'intervention : la fréquence et les modalités des interventions, les méthodes d'évaluation, la conception de programmes à domicile, etc. (Lawlor et Mattingly, 1998). En ce qui concerne l'implantation et l'évaluation des services, les parents considèrent qu'il est important d'avoir accès à des mécanismes leur permettant de communiquer leurs idées, mais ils sont ambivalents quant à la pertinence de leur implication. Il serait primordial de faire sentir aux parents qu'ils ont leur place dans ce processus et de mettre en oeuvre des mécanismes accessibles favorisant leur participation. Par la création d'un mécanisme de consultation, un nombre accru de familles pourraient exprimer leurs préférences sur les critères d'admission, les heures d'ouverture, l'aménagement des locaux, etc.



les besoins de l'enfant, ce qui explique en partie leurs hésitations par rapport à l'implication de la famille élargie ou de la fratrie dans le processus de réadaptation. Ces résultats suggèrent que cette problématique soit abordée individuellement et dans le respect des désirs de chaque famille. Les professionnels des deux CRDPQ ont identifié les plans d'intervention comme les principaux moments où la participation de la famille était sollicitée pour dresser le bilan du suivi de l'enfant et déterminer les objectifs à poursuivre. Cette opportunité pourrait servir de moment

répondent aux besoins d'information des parents lorsque ceux-ci se rattachent à leur profession, alors que les parents ont des besoins plus globaux. Les intervenants doivent être en mesure de comprendre globalement les besoins des familles, ce qui appelle l'interdisciplinarité et des interventions de plus en plus axées sur la fonction. En ce sens, l'utilisation du modèle du Processus de production du handicap (PPH) dans la majorité des CRDPQ facilite la transition des interventions disciplinaires orientées vers la déficience à des interventions orientées vers les habitudes de vie.

Les intervenants doivent être en mesure de comprendre globalement les besoins des familles, ce qui appelle l'interdisciplinarité et des interventions de plus en plus axées sur la fonction.

Prendre en considération l'ensemble des besoins des familles et favoriser le partenariat avec les ressources communautaires

L'ACF demande aux intervenants d'avoir une vision holistique de l'ensemble des besoins de l'enfant et de sa famille. Les parents sont souvent plus centrés sur

clé pour débiter une pratique centrée sur la famille, dans la mesure où les intervenants réussissent à dépasser leurs responsabilités professionnelles pour écouter les besoins des parents (Bouchard et Kalubi, 2003). Au contraire, notre étude soulève que, pour l'instant, les intervenants sont plus centrés sur leur champ disciplinaire et

Par ailleurs, nos résultats indiquent que les parents veulent un soutien accru afin d'avoir accès aux diverses sources de financement et ressources communautaires. De plus, les parents et certains intervenants ont montré un intérêt marqué pour des services complémentaires comme du transport et un service de garde. Des solutions novatrices en partenariat avec la communauté pourraient être envisagées : étudiants bénévoles, ententes avec des services de garde avoisinants, implication des grands-parents, utilisation du transport scolaire, etc. Cependant, dans les deux CRDPQ, le travail en collaboration avec les res-

sources communautaires n'est pas exploité à son plein potentiel, soit par manque de temps de la part des intervenants ou de connaissance de ces ressources. Puisqu'il est de la responsabilité des intervenants d'informer les familles des ressources dont elles peuvent profiter, il est primordial que les professionnels de la réadaptation connaissent mieux les diverses sources d'aide disponible. La création d'opportunités pour les parents de se rencontrer à l'intérieur même des activités des CRDPQ est également à envisager. Les parents apprécieraient la mise en place de café-rencontres, d'activités de groupe et de soirées d'information préadmission.

CONCLUSION

Les données recueillies indiquent que la majorité des parents, des intervenants et des gestionnaires accorde de l'importance aux différents aspects de l'ACF. Plusieurs pistes de solution sont possibles, particulièrement pour favoriser l'implication parentale dans l'organisation des services, le soutien aux familles, la reconnaissance du fardeau financier et des besoins globaux des familles. L'adoption de politiques institutionnelles claires mettant la famille au cœur du processus de réadaptation et le développement de recherches québécoises doivent être encouragés afin d'améliorer l'implication familiale.

SITES INTÉRESSANTS À CONSULTER

www.familycenteredcare.org
<http://www.beachcenter.org>
<http://www.fhs.mcmaster.ca/canchild/>

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient les familles, les intervenants et les gestionnaires qui ont accepté de collaborer à cette étude. Des remerciements sont également adressés à l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, pour sa contribution financière à la maîtrise de Chantal Camden.

Références

- Bouchard J.-M., & Kalubi J.-C. (2003). « Les difficultés de communication entre les intervenants et les parents d'enfants vivant avec des incapacités » (1), *Éducation et Francophonie* [En ligne], vol. 31, n° 1: 1-17 (<http://www.acef.ca/revue/31-1/articles/08-bouchard.html>).
- Bruce B., Létourneau N., Ritchie J., Larocque S., Dennis C., & Elliott M.R. (2002). A multisite study of health professionals' perceptions and practices of family-centered care, *Journal of Family Nursing*, vol. 8, n° 4, 408-429.
- King S., Law M., King G., Kertoy, Hurley P. & Rosenbaum P. (2000). *Children with disabilities in Ontario: A profile of children's services*, Hamilton, ON: McMaster University, CanChild Centre for Childhood Disability Research.
- Kolobe T.H., Sparling J., & Daniels L.E. (2000). Family-centered intervention, dans Campbell Suzann K., Vander Linden, D.W., Palisano R.J. (2000). *Physical Therapy for Children*, Édition 2000 WB Saunders, États-Unis, chapitre 31: 881-907.
- Lawlor M.C., & Mattingly C.F. (1998). The complexities embedded in family-centered care, *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 52, no 4, 259-267.
- Pelchat D., et Lefebvre H. (2003). « Difficultés de communication dans les relations entre familles et professionnels », *Éducation et francophonie* [En ligne], vol. 31, n° 1 (<http://www.acef.ca/revue/31-1/articles/09-pelchat.html>).
- Rosenbaum P., King S., Law M., King G., & Evans, J. (1998). Family-centred service: A conceptual framework and research review, *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, vol. 18, n° 1, 1-20.
- Tétreault S., Beaulieu J., Martin G., Bédard J., et Laurion, S. (2000). « Utilisation du temps : réalité des parents vivant avec un enfant ayant une déficience motrice », *La Revue canadienne d'ergothérapie*, vol. 67, n° 4, 260-270.