

La surprotection parentale dans le contexte du cancer pédiatrique : Etat de la question.

Parental overprotection in the context of pediatric cancer: State of the art.

Eira Nunes, C.¹, Mouton, B.¹, & Van Petegem, S.^{1,2}

¹*Centre de recherche de Psychologie du Développement, de la Famille et des Systèmes humains (DéFaSy), Faculté des Sciences Psychologiques et de l'Éducation, Université Libre de Bruxelles, Belgique*

² *Chercheur qualifié F.R.S.-FNRS, Belgique*

Notes des auteurs et remerciements. Cette contribution a été soutenue par le Conseil européen de la recherche (European Research Council – numéro de subvention 950289). Nous n'avons aucun conflit d'intérêt à déclarer.

This version may differ from the final version published in the journal. The final version is in press in *Psycho-Oncologie*.

The exact reference is: Eira Nunes, C., Mouton, B., & Van Petegem, S. (in press). La surprotection parentale dans le contexte du cancer pédiatrique : État de la question. *Psycho-Oncologie*. doi: 10.3166/pson-2022-0216

Résumé

Cet article, bien que non-exhaustif, présente un état actuel des connaissances empiriques et théoriques sur la surprotection parentale dans des familles où l'enfant est atteint d'un cancer. Nous abordons les caractéristiques de cette surprotection ainsi que la question de sa fonction adaptative et ses effets potentiellement délétères sur l'enfant dans ce contexte spécifique. Cette revue identifie également certains facteurs familiaux et sociétaux qui peuvent promouvoir la surprotection chez les mères et les pères, soulignant l'importance du contexte familial et sociétal dans l'étude des pratiques parentales en oncologie pédiatrique.

Mots clés : surprotection parentale ; pédiatrie oncologique ; revue ; facteurs contextuels

Abstract

This article, although not systematically, presents a state of the art of the existing theoretical and empirical literature on parental overprotection in families with a child suffering from cancer. We address the characteristics of overprotection as well as the question of whether this parenting behavior can be adaptive or deleterious for the child in this specific situation. This review also identifies some family and societal factors that may promote overprotection in mothers and fathers and highlights the importance of the broader family and societal context when studying parenting in pediatric oncology.

Keywords: parenting overprotection; pediatric oncology; review; contextual factors

1. Introduction

Les parents surprotecteurs, plus communément appelés « parents hélicoptères », font couler beaucoup d'encre aujourd'hui. La surprotection parentale préoccupe les médias qui la présentent souvent comme un phénomène actuel, symptôme de nos sociétés occidentales contemporaines dans lesquelles l'enfant est au centre des préoccupations sous l'impératif d'une implication parentale intensive [1-2]. Cependant, le concept de surprotection parentale n'est pas récent et suscite l'attention des chercheurs et des cliniciens depuis plusieurs décennies déjà. Les premières recherches ont notamment porté sur les dynamiques de la surprotection parentale dans les familles où l'enfant est atteint d'une maladie grave ou chronique, telle que le cancer [par ex., 3]. L'objectif de cet article est de donner un aperçu de la littérature au sujet des pratiques de surprotection parentale dans ces familles en soulignant dans quelle mesure ces pratiques peuvent être signes d'une adaptation familiale ou de risques futurs pour l'enfant, tout en considérant les facteurs qui contribuent à l'émergence et au maintien de cette surprotection.

2. Historique

La surprotection parentale est conceptualisée pour la première fois dans les années 30 par Levy [4], qui étudie la surprotection maternelle auprès d'une population clinique. Son étude menée sur un échantillon de 20 dyades mère-enfant a donné lieu à l'identification de plusieurs comportements propres à la surprotection : (1) un contact physique et social excessif entre la mère et l'enfant ; (2) une infantilisation de l'enfant ; (3) une prévention et une limitation des comportements indépendants de l'enfant ; et (4) un excès ou un manque de contrôle maternel. La conceptualisation proposée par Levy fait dès lors la distinction entre deux variantes de surprotection maternelle, une contrôlante et l'autre plutôt laxiste et indulgente. Depuis cette contribution pionnière, certains auteurs se sont alors penchés sur le phénomène de la surprotection, ses causes et conséquences.

Ainsi, en 1964 Green et Solnit [3] décrivent ces comportements de surprotection chez les parents d'enfants ayant survécu à une maladie pour laquelle un pronostic fatal avait été annoncé. La surprotection est alors décrite au sein d'une dynamique familiale dénommée *le syndrome de l'enfant vulnérable*, caractérisée par un ensemble de comportements du parent et de l'enfant. En effet, les auteurs identifient des parents (et plus particulièrement des mères) qui malgré la guérison de leur enfant, perçoivent ce dernier ou cette dernière comme à risque de mourir prématurément. Ces parents peinent alors à imposer des limites à l'enfant et l'infantilisent, en persistant à le considérer comme plus jeune que son âge et dépendant d'eux comme un tout-petit. Le syndrome de l'enfant vulnérable comprend également des difficultés de séparation de la part de la mère et de l'enfant, des difficultés scolaires, la désobéissance, l'irritabilité, et la non-coopération de l'enfant, et des plaintes hypocondriaques et manifestations somatiques, qui s'accompagnent d'inquiétudes importantes du parent pour la santé de l'enfant. L'ensemble de ces manifestations entretient la perception par les parents de la vulnérabilité de leur enfant qui en retour, renforce les peurs des parents à l'égard de ce dernier, alimentant leurs comportements de surprotection. En d'autres termes, les comportements de surprotection parentale et la vulnérabilité de l'enfant semblent se renforcer mutuellement, créant un cercle vicieux.

Dans une autre ligne de recherche, Parker et ses collègues [5-6] se sont penchés davantage sur les comportements surprotecteurs dans le cadre de troubles chez l'adulte dont l'étiologie était perçue, à l'époque, comme favorisée par certains profils parentaux (par ex., schizophrénie et asthme chez l'enfant devenu adulte). Ils utilisaient une approche quantitative, en proposant une mesure rétrospective (Parental Bonding Instrument) du lien parent-enfant qui mesure, entre autres, le niveau de surprotection versus le soutien à l'autonomie perçu par l'enfant une fois adulte (c.-à-d., en mobilisant le souvenir de ce qu'était la relation parent-enfant dans l'enfance). Par cette démarche, Parker et ses collègues visaient à quantifier et

spécifier la surprotection parentale et sa contribution aux difficultés psychiatriques de l'enfant, devenu adulte, de manière plus systématique et rigoureuse [7-8].

Un cadre théorique plus complet est ensuite présenté par Thomasgard et Metz [9], qui tentent de clarifier le concept de surprotection et ses différentes dimensions. La surprotection parentale est alors définie comme un niveau de protection parentale excessif, c'est-à-dire en inadéquation avec le stade développemental de l'enfant [10]. Dans leur conceptualisation et théorisation, ils soulignent l'importance de la contribution de l'enfant, des caractéristiques des parents et de la dynamique familiale dans l'apparition et le maintien des comportements de surprotection. Ils sont également les premiers à souligner le rôle joué par l'environnement socioculturel qui peut parfois justifier une augmentation des comportements de protection [9]. Leurs travaux ouvrent également de nouvelles perspectives de recherche. En effet, jusqu'alors la recherche était principalement clinique et rétrospective, ciblant principalement une population clinique d'adultes qui doivent alors se souvenir du lien à leurs parents dans le passé [4,6,8], tandis que Thomasgard et Metz [9] préconisent des études longitudinales sur les conséquences de la surprotection dans des populations cliniques, mais aussi tout-venant.

3. La surprotection comme objet de recherche actuel dans le contexte du cancer pédiatrique

Dans les décennies plus récentes, la recherche au sujet de la surprotection parentale s'est développée en recourant à des approches quantitatives et qualitatives auprès des échantillons cliniques et tout-venant. La surprotection ne se cantonne donc plus aujourd'hui à la clinique et est devenue un phénomène social d'actualité qui intéresse et préoccupe les chercheurs de différents domaines de la psychologie et de la sociologie ainsi que les médias et les parents. Dans le cadre de cet article, nous nous concentrerons néanmoins sur la surprotection dans des familles qui sont confrontées à une maladie qui menace la vie de l'enfant malade, telle que le cancer. Les difficultés rencontrées par ces familles sont

probablement spécifiques à la menace de mort de l'enfant et la confrontation dans la réalité à l'angoisse de mort, notamment lors des périodes de soins médicaux intensifs qui nécessitent souvent une ou plusieurs hospitalisations. Cette perception de la menace vitale les distingue de celles d'autres familles où l'enfant ne présente à priori aucun problème de santé spécifique. Dans le cas d'une maladie chronique (par ex., diabète, asthme, etc.), la crainte pour la survie peut elle aussi être présente, mais de manière moins aiguë avec des hospitalisations moins fréquentes. Il reste que le suivi médical d'une maladie chronique, assuré le plus souvent directement par le patient et sa famille, peut aussi être source de stress.

La surprotection parentale, qu'elle concerne une population clinique ou tout-venant, est constituée de plusieurs dimensions et peut prendre plusieurs formes. Tout d'abord, elle est bien souvent caractérisée par un contrôle excessif de la part du parent qui tente de prévenir toutes difficultés que l'enfant pourrait rencontrer et de garantir sa sécurité. Dans le contexte d'un cancer pédiatrique, le parent peut par exemple interdire certaines activités ou la venue d'amis de l'enfant afin de le ou la protéger de potentielles infections, ou encore appliquer une discipline stricte afin d'assurer la compliance au traitement—heure de coucher, choix des activités et contrôle de l'alimentation [11,12]. Cette facette plus contrôlante de la surprotection parentale peut être interprétée comme une tentative de retrouver un sentiment de contrôle face à une situation médicale imprévisible et complexe [13]. La surprotection comprend en effet également une dimension anxieuse. Le parent qui s'inquiète pour le bien-être de son enfant aura plus tendance à surprotéger son enfant, dans une tentative de réguler ses propres inquiétudes [12]. Son inquiétude peut se manifester par de l'infantilisation, du surinvestissement ou par une préoccupation excessive pour le bien-être de l'enfant. Par exemple, le parent peut avoir besoin d'être constamment proche de l'enfant afin de s'assurer qu'il ou elle va bien [par ex., 14]. La surprotection peut également se manifester par de l'indulgence et du laxisme [9]. Lorsque l'enfant est gravement malade, il est argumenté que le

parent qui perçoit son enfant comme plus vulnérable, adoptera plus facilement une attitude laxiste afin de limiter les demandes quotidiennes qui pèsent sur l'enfant et de réduire son stress, mais aussi en réponse à son propre sentiment de culpabilité et de sympathie face à ce qui arrive à l'enfant [9,12, 14]. En d'autres termes, face au diagnostic de cancer, la surprotection parentale peut impliquer à la fois une augmentation excessive du contrôle parental et davantage de laxisme. Dans les deux cas, il s'agit d'une tentative consciente ou non des parents de réguler les émotions et la détresse suscitées par un diagnostic de cancer qui bouleverse la vie familiale et qui peut menacer la vie de l'enfant.

Bien que l'annonce d'un diagnostic de cancer soit plus fréquente chez les jeunes enfants que chez les adolescents [11, 15], le cancer chez l'adolescent soulève des questions spécifiques à cette période où les besoins d'autonomie et d'indépendance émergent ou s'intensifient [11]. Les comportements de surprotection parentale peuvent donc différer à l'adolescence. Ils peuvent inclure par exemple, des comportements de régression chez les parents qui adoptent des comportements du passé (p. ex. : recommencer à imposer et contrôler les heures du coucher) ou de nouveaux comportements surprotecteurs (p. ex. : s'immiscer dans la vie sociale et affective de l'adolescent), non-ajustés au stade développemental de l'adolescent [12]. Néanmoins, en surprotégeant l'adolescent, le parent peut entraver l'autonomie et l'exploration identitaire de l'adolescent, des besoins développementaux qui sont essentiels pendant cette période de vie [16-17]. En même temps, certains adolescents peuvent également voir des bénéfices secondaires d'une telle surprotection, l'adolescent s'autorisant plus facilement à régresser en s'appuyant sur son parent surprotecteur qui le rassure.

La surprotection peut donc se manifester de multiples façons et est toujours à comprendre dans un contexte particulier. Il est essentiel de tenir compte de l'âge de l'enfant, de ses besoins et de son niveau de développement, mais aussi de son environnement familial

et social [9]. De manière analogique, dans le contexte spécifique de la pandémie, certains comportements potentiellement surprotecteurs, tels que la restriction des sorties et des contacts sociaux des jeunes, reflétaient les niveaux d'alerte et de menace engendrés par la situation sanitaire. Au vu des mesures sanitaires et des avis des experts sur la pandémie, ces comportements parentaux pouvaient être perçus comme nécessaires et adaptés et ne peuvent donc pas être appréhendés indépendamment du contexte sociétal plus large [18]. De la même manière, il est essentiel de prendre en compte le contexte d'un diagnostic de cancer pour qualifier si un certain niveau de protection et d'implication est adaptatif ou excessif, comme élaboré dans la section suivante.

4. La surprotection d'enfants atteints de cancer : adaptative ou excessive ?

Dans un contexte de cancer pédiatrique, le niveau d'investissement parental change. En effet, toute la famille est alors bouleversée et exposée directement ou indirectement à de nouveaux défis sociaux et émotionnels [14, 19]. Les attentes vis-à-vis des parents sont également importantes et le succès du traitement de leur enfant repose en partie sur leur coopération avec l'équipe médicale [20]. Certains parents vont être amenés à mettre en place davantage de pratiques de surprotection de l'enfant à la fois pour répondre aux nouveaux besoins de ce dernier mais aussi pour assumer un nouveau rôle parental tenant compte des fonctions de soins qui leur incombent. Une augmentation de la protection parentale peut ainsi être adaptative dès lors que le parent a pour objectif de maintenir la santé de l'enfant, de réguler son stress (le sien et celui de l'enfant) et de gérer son sentiment d'impuissance [13, 15, 21].

Cependant, cette augmentation des comportements protecteurs peut poser problème au sein de la famille. En effet, une tension peut s'installer entre les objectifs parentaux de maintien de la santé et d'adhérence au traitement, et les objectifs de soutien de l'autonomie de l'enfant [13, 22]. A l'adolescence tout particulièrement, le risque de tension est

particulièrement élevé compte tenu des enjeux développementaux de cette période. L'adolescent peut alors réagir plus négativement à l'augmentation du niveau de protection parentale. En effet, l'adolescent qui vit déjà une série de changements physiques et émotionnels propres à l'adolescence, est alors confronté à un chamboulement de la vie familiale et une nouvelle dépendance à ses parents sur qui il/elle doit s'appuyer dans son traitement [11]. Cette nouvelle dépendance peut ainsi venir contrarier son besoin d'autonomie. En effet, les études dans la population générale montrent que la surprotection parentale est associée à plus de frustration du besoin d'autonomie de l'adolescent et du jeune adulte [16, 23, 24], augmentant ainsi le risque pour le jeune de développer des difficultés psychosociales, telles que l'anxiété ou la dépression. De plus, le temps passé en traitement à l'hôpital, loin de l'école et des amis, peut réduire ses contacts sociaux et peut entraîner un sentiment d'isolement à une période où ces mêmes contacts sont primordiaux pour la construction de soi et pour le besoin d'appartenance du jeune [11, 24]. Pour les familles confrontées au cancer de l'un de leur enfant, les études révèlent également que la surprotection est associée à plus de difficultés socio-émotionnelles chez l'enfant [15, 25]. Dans leur étude sur les parents d'enfants ayant un cancer, Fedele et collègues [25] rapportent en effet que plus de surprotection prédit plus de problèmes internalisés et externalisés une à deux années plus tard.

En plus des tensions que peut susciter l'augmentation du niveau de protection parentale, ce sont le maintien de ces comportements et leur rigidification qui peuvent être particulièrement maladaptatifs, entraînant potentiellement une diminution de la qualité de vie de l'enfant [26]. Idéalement, l'augmentation de la protection parentale initiale s'atténue au cours du temps et en fonction des besoins de l'enfant qui changent tout au long du traitement [9, 25]. Fedele et ses collègues [25] montrent en effet que la surprotection rapportée par une vingtaine de mères d'enfant cancéreux (2 à 10 ans) tend à diminuer au cours du temps,

toutefois cette diminution n'était pas statistiquement significative. En outre, des parents questionnés sur leurs pratiques parentales jusqu'à 2-3 ans après la guérison de leur enfant et de leur adolescent continuent à mentionner des comportements de surprotection [12]. Il est dès lors fort probable que la mise en place de comportements de surprotection tende à perdurer et impacte la vie familiale et l'enfant à long terme, bien au-delà de la période du traitement.

Cependant, contrairement à ce que l'on pourrait supposer, la recherche empirique suggère que les parents d'enfants et d'adolescents souffrant d'un cancer ne présentent pas plus de comportements surprotecteurs que les parents dans la population générale. Ce constat est soutenu par des études qui comparent des parents tout-venant à des parents d'enfants et d'adolescents ayant un cancer. Cette absence de différence entre les deux populations est visible tant lorsque la surprotection est rapportée par les parents [19, 27], que lorsqu'elle est perçue par l'adolescent malade lui-même [28-29]. Plus que la maladie ou le type de diagnostic [30], la recherche identifie plutôt le niveau de détresse de l'enfant [p. ex., 29] et la perception des parents de la vulnérabilité de l'enfant comme facteurs les plus à même de susciter de la surprotection [p. ex., 26]. Dans les familles ayant un enfant avec un diagnostic de cancer, la perception de cette vulnérabilité semble également se maintenir bien au-delà de la guérison de l'enfant [3, 31].

Ce dernier constat peut s'expliquer par l'installation de cercles vicieux au sein de la dynamique parent-enfant [9]. En effet, face à la surprotection, l'enfant peut manifester plus de détresse [25], répondre de façon anxieuse lorsque le parent est absent [9] ou de manière défiante, transgressant alors les règles et mettant à mal le contrôle des parents [9, 11]. Ces réactions de l'enfant engendrent alors une validation pour le parent de la nécessité de protéger l'enfant afin de réduire son anxiété ou de le contrôler pour éviter toute transgression future qui le mettrait dans une situation à risque. En d'autres termes, les comportements de l'enfant

renforcent la surprotection parentale qui à son tour engendre plus de difficultés chez l'enfant, et ainsi de suite [10]. La même dynamique peut être soulignée entre la surprotection et la vulnérabilité perçue, où la surprotection est induite et conduit à plus de perception de l'enfant comme vulnérable [26], ainsi créant un cercle vicieux entre la vulnérabilité perçue, la surprotection parentale, l'anxiété de l'enfant et aussi potentiellement celle du parent.

5. L'anxiété parentale et le genre du parent comme déterminants de la surprotection parentale

Or, l'anxiété parentale, tout comme le stress et la dépression, est l'un des facteurs primordiaux à prendre en compte pour mieux comprendre les déterminants de la surprotection parentale dans le contexte de l'oncologie pédiatrique. Parmi les facteurs qui contribuent à la surprotection parentale, nous aborderons également les aspects de genre qui semblent influencer différemment les comportements de surprotection des mères et des pères.

Les facteurs de vulnérabilité parentales (tels que l'anxiété, la dépression et le stress) peuvent intervenir de manière importante dans la surprotection parentale. Dans la littérature chez les parents tout-venant, l'anxiété parentale est un des prédicteurs de surprotection les plus documentés [p. ex., 32]. Or, lorsque la maladie de l'enfant fait irruption dans la vie familiale, le niveau d'inquiétude, de préoccupations et d'émotions négatives tend à augmenter [33]. A l'annonce du diagnostic et tout particulièrement dans la première année qui suit le diagnostic, le parent est alors davantage sujet à de la détresse par rapport à son enfant [34], qui est perçu comme plus fragile physiquement et émotionnellement, voire à risque de mourir [19]. Les inquiétudes du parent au sujet de la vulnérabilité de l'enfant (telles que des inquiétudes constantes sur l'état de santé de l'enfant et sur la nécessité ou non d'appeler le médecin) sont des sources majeures de stress [35, 36] et, comme indiqué précédemment, sont fortement liées aux comportements de surprotection parentale [26]. En plus de la vulnérabilité de l'enfant perçue par le parent, le stress peut aussi être nourri par la difficulté d'assumer son

rôle parental. Ainsi, les mères interrogées par Kim et ses collègues [14] expriment la confusion qu'elles ressentent dans leur rôle parental entre la nécessité d'être ferme et celle d'être conciliante pour encourager la compliance au traitement de l'enfant. Cette tension dans les objectifs éducatifs est décrite comme une source de stress et d'anxiété par ces mères.

Par ailleurs, la dimension genrée joue un rôle important dans l'anxiété et la surprotection parentale des familles en oncologie pédiatrique. D'une part, dans leur méta-analyse sur l'impact d'un cancer pédiatrique sur le fonctionnement familial et parental, Pai et ses collègues [34] révèlent que les mères reportent plus de détresse psychologique que les pères. D'autre part, la littérature sur la surprotection parentale hors du contexte de maladie chronique soutient que les mères sont plus souvent surprotectrices que les pères [p.ex., 17]. Ces différences pourraient être la conséquence d'une vision genrée des rôles parentaux qui soumettrait les mères à une pression particulièrement forte à être activement impliquées dans l'éducation et le soin de leur enfant. Notre société dicterait alors une injonction aux mères de veiller sur le développement optimal de l'enfant, dans son parcours scolaire, ses activités extra-scolaires, sa vie sociale, ses activités sportives, son alimentation, etc. [1]. Cette injonction serait principalement adressée aux mères, selon l'idéologie de *l'intensive mothering*, car elles seraient naturellement prédisposées à l'éducation des enfants [1]. De plus, le rôle de mère serait plus souvent perçu comme un accomplissement personnel dans la vie de la femme qui tendrait à se consacrer entièrement à sa progéniture [37]. Face à l'idéologie de *l'intensive mothering*, les mères sont dès lors plus soumises à la pression sociétale d'être le parent parfait, et ainsi sont plus enclines à adopter des pratiques surprotectrices [2, 38, 39]. De plus, dans le contexte de l'oncologie pédiatrique en particulier, les mères ont le double rôle d'être à la fois soignantes (s'assurant que l'enfant suit bien son traitement) et maternantes (tendres et aimantes), et peuvent ainsi être particulièrement amenées à devenir plus surprotectrices. Dans ce contexte, la recherche montre qu'elles apparaissent en effet plus

présentes dans les procédures de traitement et sont plus souvent en charge des soins quotidiens de l'enfant [34]. Très présentes au chevet de l'enfant, ces mères peuvent dès lors ressentir cette pression sociale qui peut susciter des doutes et souffrances quant à leur capacité à être une bonne mère pour leur enfant malade [14, 34].

Toutefois, dans le contexte de l'oncologie pédiatrique, cette plus grande susceptibilité à la surprotection des mères en comparaison aux pères doit encore être investiguée. En effet, comme bien souvent dans la littérature parentale, les pères sont sous-représentés dans les études. Effectivement, les chercheurs se sont soit intéressés uniquement aux mères [p.ex.15, 25] ou n'ont réussi à inclure qu'une petite proportion de pères dans leur échantillon de parents [26, 28]. Depuis quelques années, plusieurs auteurs soulignent pourtant l'importance d'inclure les pères dans la recherche, mais aussi dans la clinique au travers du suivi de leur enfant malade [40, 41]. Il semble en effet primordial de mieux comprendre le vécu des pères face à la maladie ainsi que l'influence qu'ils peuvent avoir sur l'ajustement de leur enfant [42]. Par exemple, une étude qualitative [43] sur une quarantaine de parents (pères et mères) ayant un enfant avec une maladie cardiaque congénitale, révèle que les pères vivent de façon différente la maladie de leur enfant. En comparaison aux mères, ils semblent plus souvent exprimer du stress lié au fait de ne pas pouvoir protéger leur enfant malade, ne pouvant assurer leur rôle de défenseur de la famille, et de la difficulté à trouver un équilibre entre leur travail et le soutien à leur partenaire et leur enfant [43]. Ce vécu de culpabilité des pères pourrait potentiellement avoir des conséquences spécifiques sur l'enfant. Ainsi, Ernst et ses collègues [36] observaient dans leur étude que des souvenirs de surprotection paternelle, contrairement à ceux de surprotection maternelle, étaient associés à un plus grand risque de diagnostic d'anxiété chez l'enfant survivant d'un cancer dans les 25 ans après le diagnostic. Il est dès lors important de mieux comprendre les différences de vécus entre mères et pères afin que notre compréhension de la surprotection parentale rende compte de la contribution spécifique des pères.

Ces différences de vécu entre les parents et leurs potentielles influences respectives sur l'enfant souffrant d'un cancer, sont à comprendre dans un contexte sociétal spécifique où les mères et les pères ne subissent pas les mêmes pressions et attentes. Ainsi d'un point de vue clinique, les pères sont plus classiquement perçus comme le parent moins impliqué et plus absent dans les soins. La dynamique coparentale qui caractérise la surprotection est ainsi classiquement décrite comme composée d'une mère surprotectrice et d'un père désinvesti qui chercherait à fuir les pressions exercées par la mère, ou encore un père exclu par la mère qui assurerait une fonction de *gatekeeping* maternel (c.-à-d., l'accès à l'enfant et aux tâches parentales du père est contrôlé et restreint par la mère) [9]. En effet, l'implication des pères dans les soins de l'enfant malade s'inscrit dans des dynamiques coparentales et l'existence potentielle d'un *gatekeeping* maternel [41]. Or, la recherche a souligné une association positive entre surprotection et triangulation coparentale où l'enfant est impliqué dans le conflit entre les coparents. Dans la triangulation coparentale, cette implication peut être directe, lorsque l'enfant est utilisé comme allié dans le conflit par les parents (à savoir, alliance entre un parent et l'enfant contre l'autre parent). Elle peut également être indirecte, lorsque l'enfant sert d'échappatoire aux conflits coparentaux, et les parents se détournent alors de leurs tensions de couple en se focalisant sur les problèmes de l'enfant. La surprotection parentale serait alors une manifestation de la triangulation coparentale. En effet, au travers de plus de surprotection les parents se détourneraient des tensions coparentales, projetant ainsi leurs difficultés d'adulte sur l'enfant et le plaçant au centre de la dynamique coparentale [44]. Ainsi, dans le contexte spécifique du cancer pédiatrique, la surprotection ainsi que l'augmentation des inquiétudes concernant la vulnérabilité de l'enfant pourraient permettre de rediriger et diffuser les tensions qui existent entre les parents, au sein de la relation coparentale, dans le système parental. La surprotection est dès lors susceptible d'être sous-tendue par des difficultés dans la dynamique coparentale. En d'autres termes, au-delà de

l'inclusion des pères dans les études et la clinique, une meilleure considération des injonctions sociétales différentielles vis-à-vis des mères et des pères ainsi que des dynamiques entre les parents semble primordiale pour une compréhension fine de l'influence de la surprotection parentale sur l'enfant et sa famille.

6. Discussion

La surprotection parentale correspond à un niveau de contrôle, de préoccupation et, ou d'indulgence de la part du parent qui est considéré comme en inadéquation avec les besoins et le stade développemental de l'enfant [10]. Cette pratique parentale ne peut être envisagée indépendamment du contexte dans lequel elle s'insère [9, 10], c'est-à-dire des caractéristiques de l'enfant, mais aussi du parent, et plus largement, du contexte familial et social. Dans un contexte de cancer de l'enfant, une augmentation du niveau de protection parentale ne s'apparente pas nécessairement à de la *sur*protection. Elle peut en effet être le signe d'une tentative d'ajustement familial face à la crise induite par le diagnostic de la maladie de l'enfant et vient alors répondre à des objectifs de soutien et de soin de l'enfant malade [15,21]. Cette augmentation ne semble devenir surprotection que lorsqu'elle entraîne d'importantes tensions entre les objectifs parentaux de soin de l'enfant et son développement [22], ou alors lorsque ce niveau de protection élevé se rigidifie et se maintient bien au-delà de la première phase de bouleversement pour persister jusqu'à plusieurs années après le diagnostic [12, 25].

La surprotection parentale est alors largement associée aux difficultés chez l'enfant [p.ex., 25], et ce sur le long terme en particulier [36]. Toutefois, contrairement à certains postulats cliniques, les parents en oncologie pédiatrique ne semblent pas plus susceptibles d'adopter ce type de comportements que des parents issus de la population générale [28-29]. Au contraire, la relation parent-enfant dans ce contexte est fréquemment évaluée comme positive et soutenante par les patients [11,36]. Plus que la surprotection, ce sont la détresse de

l'enfant et du parent, ainsi que la vulnérabilité de l'enfant perçue par les parents, qui sont déterminantes dans l'adoption de comportements surprotecteurs par le parent [26,29,31].

Pour mieux comprendre les dynamiques parentales qui différencient les enfants résilients de ceux à risque pour des difficultés futures, il est important de s'intéresser aux dynamiques familiales et aux contextes sociaux plus largement et non seulement au type de maladie dont souffre l'enfant [45]. En effet, l'apparition et le maintien de la surprotection parentale va également dépendre de facteurs sociétaux et culturels. Les attentes de la société vis-à-vis des mères et des pères sont susceptibles de favoriser une implication plus intensive des mères et un retrait voire une exclusion plus fréquente des pères. Les mères se trouveraient ainsi plus souvent prises dans des tensions entre inquiétude, contrôle et soutien à l'autonomie. Le père, quant à lui, vivrait l'annonce du diagnostic et le traitement de son enfant malade différemment n'étant pas toujours directement inclus par la mère et les soignants dans le suivi quotidien [41].

La dimension genrée de la parentalité est donc à prendre en compte dans l'étude et l'accompagnement des familles en oncologie pédiatrique surtout dans notre contexte culturel occidental qui souligne à la fois la pression ressentie par les mères et le manque de reconnaissance du rôle spécifique des pères. Dans d'autres contextes culturels, la surprotection maternelle et paternelle peuvent potentiellement revêtir d'autres formes et révéler d'autres enjeux, comme le montre l'étude réalisée en Corée du Sud par Kim et ses collègues [14]. Ainsi, il est à déplorer que la majorité des études sur la surprotection en contexte d'oncologie pédiatrique, aient été menées sur des populations principalement anglo-saxonnes (notamment aux États-Unis [29] ou en Australie [12, 15, 27]). Enfin, le croisement des perceptions de surprotection par les parents, les enfants ou adolescents et les professionnels de santé est aussi nécessaire pour contribuer à cette compréhension des réalités complexes vécues par les familles en contexte de cancer pédiatrique. Des recherches futures

pourraient ainsi être menées sur les dynamiques systémiques au sein de la famille afin d'explorer le rôle de la coparentalité, des pratiques de *gatekeeping* maternel (restriction par la mère de l'accès du père aux tâches éducatives) ou de la triangulation. En lien avec ces dynamiques, les aspects socioculturels devraient être investigués davantage, tels que les injonctions sociétales adressées aux mères et aux pères ou encore la division genrée des tâches éducatives.

7. Conclusion

En conclusion, cet état de la question souligne les enjeux de la surprotection parentale dans l'étude et l'accompagnement clinique des familles en oncologie pédiatrique compte tenu des potentiels risques qu'elle pose à long terme pour l'enfant et sa famille. Les différentes recherches discutées montrent la nécessité, pour les cliniciens en psycho-oncologie pédiatrique, d'identifier le niveau de stress ressenti par le parent ainsi que la perception de l'enfant comme vulnérable car ces deux éléments se révèlent être de meilleurs prédicteurs de pratiques parentales surprotectrices délétères pour l'enfant que le diagnostic de cancer en soi. Au-delà de ces facteurs intra-individuels du parent et de l'enfant, c'est aussi la dynamique coparentale entre les deux figures parentales, qu'il s'agit de prendre en considération et de discuter avec les parents d'enfants atteints de cancer. Une attention devrait être portée en particulier aux pères, souvent en seconde ligne dans le suivi des soins à l'enfant, et dont le ressenti de culpabilité peut pourtant venir alimenter les pratiques de surprotection. Enfin, il peut être intéressant de rendre saillant la pression sociale à être un parent parfait que peuvent ressentir la mère et le père car elle est un facteur de risque de surprotection parentale.

Bibliographie

1. Hays S. (1996) *The cultural contradictions of motherhood*. Yale University Press.
2. Venard G., Pina Brito V., Eeckout P., et al. (2021) Quand le parent veut trop bien faire: Etat de la littérature sur le phénomène de surprotection parentale. *Psychologie Française*. Advance online publication.
3. Green M., Solnit A. J. (1964) Reactions to the threatened loss of a child: A vulnerable child syndrome. *Pediatrics* 34: 58-66
4. Levy D. M. (1931) Maternal overprotection and rejection. *J Nerv Ment Dis* 25: 886-889
5. Parker G., Tupling H., Brown L. B. (1979) A parental bonding instrument. *Br J Med Psychol* 52: 1-10
6. Parker G. (1983) *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development*. Grune Stratton, New York
7. Parker G. (1990) The parental bonding instrument: A decade of research. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 25: 281-282
8. Parker G., Lipscombe P. (1981) Influences on maternal overprotection. *Br J Psychiatry* 138: 303-311
9. Thomasgard M., Metz W. P. (1993) Parental overprotection revisited. *Child Psychiatry Hum Dev* 24: 67-80
10. Thomasgard M., Metz W. P., Edelbrock C., Shonkoff J. P. (1995) Parent-child relationship disorders: I. Parental overprotection and the development of the Parent Protection Scale. *J Dev Behav Pediatr* 16: 244-250
11. Abrams A. N., Hazen E. P., Penson R. T. (2007) Psychosocial issues in adolescents with cancer. *Cancer Treatment Reviews* 33: 622-630

12. Williams L. K., McCarthy M. C., Eyles D. J., Drew S. (2013) Parenting a child with cancer: Perceptions of adolescents and parents of adolescents and younger children following completion of childhood cancer treatment. *Journal of Family Studies* 19: 80-89
13. Holmbeck G. H., Johnson S. Z., Wills K. E., et al. (2002) Observed and perceived parental overprotection in relation to psychosocial adjustment in preadolescents with a physical disability: The mediational role of behavioral autonomy. *J Consult Clin Psychol* 70: 96-110
14. Kim M. A., Yi J., Wilford A., Kim S. H. (2020) Parenting changes of mothers of a child with cancer. *Journal of Family Issues* 41: 460-482
15. Williams L. K., McCarthy M. C. (2015) Parent perceptions of managing child behavioural side-effects of cancer treatment: A qualitative study. *Child Care Health Dev* 41: 611-619
16. Van Petegem S., Baudat S., Zimmermann G. (2020) Interdit d'interdire ? Vers une meilleure compréhension de l'autonomie et des règles au sein des relations parents-adolescents. *Psychologie Canadienne* 60: 194-202
17. Zimmermann G., Antonietti J. P., Mageau G., et al. (2022) Parents' storm and stress beliefs about adolescence: Relations with parental overprotection and parental burnout. *Swiss Psychology Open* 2: 1-15
18. Venard G., Mouton B., Zimmermann, G., Van Petegem S. (2022) Faire famille en temps de pandémie : Difficultés et opportunités. *Cahiers de Psychologie Clinique* 58: 73-90
19. Long K. A., Keeley L., Reiter-Purtill J., et al. (2014) Child-rearing in the context of childhood cancer: Perspectives of parents and professionals. *Pediatr Blood Cancer* 61: 326-332

20. Flury M., Caflisch U., Ullmann-Bremi A., Spichiger E. (2011) Experiences of parents with caring for their child after a cancer diagnosis. *J Pediatr Oncol Nurs* 28: 143-153
21. Colletti C. J. M., Wolfe-Christensen C., Carpentier M. Y., et al. (2008) The relationship of parental overprotection, perceived vulnerability, and parenting stress to behavioral, emotional, and social adjustment in children with cancer. *Pediatr Blood Cancer* 51: 269-274
22. Anderson B. J., Coyne J. C. (1993) Family context and compliance behavior in chronically ill children. In: Krasnegor N. A., Epstein L. H., Johnson S. B., S. J. Yaffe (eds), *Developmental aspects of health compliance behavior*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., New Jersey, pp 77–89
23. Schiffrin H. H., Erchull M. J., Sendrick E., et al. (2019) The effects of maternal and paternal helicopter parenting on the self-determination and well-being of emerging adults. *Journal of Child and Family Studies* 28: 3346-3359
24. Van Petegem S., Antonietti J. P., Eira Nunes C., et al. (2020) The relationship between maternal overprotection, adolescent internalizing and externalizing problems, and psychological need frustration: A multi-informant study using response surface analysis. *J Youth Adolesc* 49: 162-177
25. Fedele D. A., Mullins L. L., Wolfe-Christensen C., Carpentier M. Y. (2011) Longitudinal assessment of maternal parenting capacity variables and child adjustment outcomes in pediatric cancer. *J Pediatr Hematol Oncol* 33: 199-202
26. Hullmann S. E., Wolfe-Christense C., Meyer W. H., et al. (2010) The relationship between parental overprotection and health-related quality of life in pediatric cancer: The mediating role of perceived child vulnerability. *Qual Life Res* 19: 1373-1380

27. Williams L. K., Lamb K. E., McCarthy M. C. (2014) Behavioral side effects of pediatric acute lymphoblastic leukemia treatment: The role of parenting strategies. *Pediatr Blood Cancer*, 61: 2065-2070
28. Schepers S. A., Long A. M., Russell K., Phipps S. (2018) Youth and parent perceptions of parenting in childhood cancer survivors and healthy peers. *Support Care Cancer* 26: 4143-4149
29. Tillery R., Long A., Phipps S. (2014) Child perceptions of parental care and overprotection in children with cancer and healthy children. *J Clin Psychol Med Settings* 21: 165-172
30. Hullmann S. E., Wolfe-Christensen C., Ryan J. L., et al. (2010) Parental overprotection, perceived child vulnerability, and parenting stress: A cross-illness comparison. *J Clin Psychol Med Settings* 17: 357-365
31. Staba Hogan M-J., Ross W. L., Balsamo L., et al. (2018) Parental perception of child vulnerability in childhood cancer survivors. *Pediatr Blood Cancer* 65: 1-7
32. Coplan R. J., Reichel M., Rowan K. (2009) Exploring the associations between maternal personality, child temperament, and parenting: A focus on emotions. *Pers Individ Dif* 46: 241-246
33. Sharma A., Loades M., Baker L., et al. (2021) Parental experiences of adolescent cancer-related distress: A qualitative study. *Eur J Cancer Care* 30: 1-7
34. Pai A. L. H., Greenley R. N., Lewandowski A., et al. (2007) A meta-analytic review of the influence of pediatric cancer on parent and family functioning. *J Fam Psychol* 21: 407-415
35. Bakula D. M., Sharkey C. M., Perez M. N., et al. (2020) The relationship between parent distress and child quality of life in pediatric cancer: A meta-analysis. *J Pediatr Nur* 50: 14-19

36. Ernst M., Brähler E., Klein E. M., et al. (2020) What's past is prologue: Recalled parenting styles are associated with childhood cancer survivors' mental health outcomes more than 25 years after diagnosis. *Soc Sci Med* 252: 1-8
37. Walls J. K., Helms H. M., Grzywacz J. G. (2016) Intensive mothering beliefs among full-time employed mothers of infants. *Journal of Family Issues* 37: 245-269 <https://doi.org/10.1177/0192513X13519254>
38. Venard G., Zimmermann G., Antonietti J-P., et al. (2022) Parenting under pressure: Exploring gendered differences and associations with parental responsiveness, overprotection, and overvaluation. [Manuscript submitted for publication].
39. Janssens K. A. M., Oldehinkel A. J., Rosmalen J. G. M. (2009) Parental overprotection predicts the development of functional somatic symptoms in young adolescents. *J Pediatr* 154: 918-923
40. Phares V., Lopez E., Fields S., et al. (2005) Are fathers involved in pediatric psychology research and treatment?. *J Pediatr Psychol* 30: 631-643
41. Yogman M., Garfield C. F. (2016) Fathers' roles in the care and development of their children: The role of pediatricians. *Pediatrics* 138: 1-15
42. Ryan J.L., Ramsey R. R., Fedele D. A., et al. (2011) The relationship of father parenting capacity variables to perceived uncertainty in youth with chronic illness. *Children's Health Care*, 40: 297-310
43. Sood E., Karpyn A., Demianczyk A. C., et al. (2018) Mothers and fathers experience stress of congenital heart disease differently: Recommendations for pediatric critical care. *Pediatr Crit Care Med* 19: 626-634
44. Van Petegem S., Albert Sznitman G., Darwiche J., Zimmermann G. (2021) Putting parental overprotection into a family systems context: Relations of overprotective

parenting with perceived coparenting and adolescent anxiety. *Fam Process* 61: 792-807

45. Okado Y., Rowley C., Schepers S. A., et al. (2018) Profiles of adjustment in pediatric cancer survivors and their prediction by earlier psychosocial factors. *J Pediatr Psychol* 43: 1047-1058