

CENTRE D'ÉTUDES ET
DE RECHERCHE EN
INTERVENTION
FAMILIALE



CHAIRE DE RECHERCHE
DU CANADA SUR
LA SANTÉ PSYCHOSOCIALE
DES FAMILLES

ÉQUIPE PATERNITÉ, FAMILLE ET SOCIÉTÉ (FQRSC)

ACTES DU COLLOQUE
FAMILLES D'ICI ET D'AILLEURS

TENU LE 27 MAI 2019 DANS LE CADRE
DU 87^e CONGRÈS DE L'ACFAS

CAHIER DE RECHERCHE N^o 11

Francine de Montigny

Caroline René

Sabrina Zeghiche

Pascale de Montigny Gauthier

Avril 2020

UQO

cerif.uqo.ca



Coordination de la conception des cahiers

Francine de Montigny, Ph. D., professeure en sciences infirmières, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles, Université du Québec en Outaouais

Soutien financier

Ces cahiers sont rendus possibles grâce au soutien financier

- de la Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles de l'Université du Québec en Outaouais,
- du Centre d'études et de recherche en intervention familiale (CERIF), un centre de recherche soutenu par l'Université du Québec en Outaouais.



Il est possible d'obtenir des copies de ce document (en format PDF) en s'adressant à :

Francine de Montigny
Université du Québec en Outaouais
283, boul. Taché, C.P. 1250, succ. Hull
Gatineau (Québec) Canada J8X3X7
Francine.demontigny@uqo.ca
Cerif.uqo.ca

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à la condition de mentionner la source de la manière suivante :

deMontigny, F., René, C., Zeghiche, S., deMontigny Gauthier, P. (2020). *Familles d'ici et d'ailleurs*. Actes du colloque Familles d'ici et d'ailleurs de l'Équipe Paternité, famille et société et du Centre d'études et de recherche en intervention familiale tenu le 27 mai 2019, dans le cadre du 87^e Congrès de l'ACFAS. Cahier de recherche no 11. Gatineau, Canada : CERIF, Université du Québec en Outaouais.

Infographie

Ghyslaine Lévesque, graphiste conceptrice
ghyslaine.levesque@gmail.com

ACTES DU COLLOQUE FAMILLES D'ICI ET D'AILLEURS

Table des matières

Mot de la directrice.....	3
Mot du comité organisateur.....	5
Comprendre l'expérience des parents lors de la naissance et les effets des pratiques et des discours dominants.....	6
La construction du lien coparental dans les familles multiculturelles : une étude empirique.....	10
L'expérience de l'espoir dans les familles d'enfants et d'adolescents vivant avec une maladie chronique: une méta-synthèse.....	13
À qui appartient ma grossesse? Clarification du concept d'appropriation de la grossesse à l'adolescence.....	15
Conciliation Famille-Travail-Bien-être... Que vivent les mères et les pères d'aujourd'hui?.....	20
Besoins des parents vivant une fausse couche aux services d'urgence : résultats d'une étude qualitative auprès de parents et d'infirmières.....	24
Deuil et famille, expériences et défis d'intervenants œuvrant en première ligne : réflexions et constats pour améliorer les interventions familiales ...	28
Comprendre la spiritualité des parents après la mortinaissance : méta-synthèse qualitative.....	31
Les pères et leur rapport avec la justice et la DPJ : le divorce des cultures?.....	33
Les comportements de l'enfant après un séjour hospitalier : quelles sont les répercussions du contexte de soin sur la relation parents-enfant?.....	36
Comprendre les éléments structurant la relation fraternelle pour arriver à mieux soutenir les fonctions de la fratrie.....	41

ACTES DU COLLOQUE FAMILLES D'ICI ET D'AILLEURS

Mot de la directrice

Francine de Montigny

Professeure en sciences infirmières

Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles

Équipe Paternité, famille et société (FQRSC)

Centre d'études et de recherches en intervention familiale (CÉRIF), Université du Québec en Outaouais

Chers étudiants, enseignants, chercheurs
et futurs chercheurs,

L'Équipe Paternité, famille et société (FQRSC) de l'Université du Québec en Outaouais, que je chapeaute depuis 2017, a comme mission de mieux comprendre l'expérience de transitions vécues par les familles telles la naissance ou le décès d'un enfant, de même que de développer des modèles d'interventions afin d'améliorer les soins et les services à leur égard. L'Équipe, en partenariat avec le Centre d'études et de recherches en intervention familiale (CÉRIF), regroupe une équipe dynamique qui comprend une vingtaine de chercheurs et collaborateurs ayant des expertises diversifiées et provenant de différentes universités québécoises et internationales.

Les travaux de l'Équipe s'organisent autour de deux axes de recherche principaux :

1. Développer et valider des modèles explicatifs de la santé psychosociale des pères et leur famille (conjointe, enfant, membres du réseau) et des facteurs associés à des trajectoires de développement saines;
2. Construire, implanter et évaluer des modèles d'interventions novateurs en termes de prévention et promotion de la santé psychosociale des pères et leur famille.

La Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles a aussi été partenaire de ce colloque. Sous ma direction, la Chaire vise à mieux comprendre la santé psychosociale des parents en période périnatale et leurs déterminants (facteurs de risque et de protection) et à mieux intervenir par des pratiques professionnelles exemplaires à l'égard des pères et des mères ayant de jeunes enfants. La Chaire et le CÉRIF ont également pour mission de contribuer à la formation de la relève étudiante.

Je suis très fière que ce colloque ait rejoint un si grand nombre de participants attendus. Des chercheurs juniors, séniors et étudiants issus de douze universités, et représentant quatre pays, soit le Brésil, la France, la Suisse, le Canada dont trois provinces, Québec, Nouveau Brunswick et Ontario, ont participé, partageant leur passion pour la santé et le bien-être des familles. Ces conférenciers nous ont entretenus à propos des besoins des familles, des contextes particuliers dans lesquels elles évoluent, et des services à leur égard.

Résolument interdisciplinaire, cette édition a rassemblé six disciplines (psychologie, travail social, sciences infirmières, sciences humaines appliquées,



sociologie, psychoéducation), illustrant que la famille est au cœur de nos préoccupations. Bien que plusieurs chercheurs aient participé à cette activité, nous sommes heureux d'avoir aussi permis aux étudiants de deuxième et troisième cycle de présenter le fruit de leurs travaux.

Cette journée fut aussi l'occasion de donner la parole aux enfants et aux parents d'ici et d'ailleurs. En début de journée, la magnifique vidéo *Récits d'enfants sur leur constellation familiale – Résultats d'une étude basée sur l'approche centrée sur l'enfant* a été présentée et en après-midi ce fut la vidéo *Parole aux enfants – Mon papa et moi*. Une table ronde de parents et grands-parents ayant de part et d'autre un vécu particulier a conclu la journée.

En tant que directrice de l'Équipe Paternité, famille et société et du CÉRIF, je suis extrêmement fière de ce colloque, qui a contribué à mettre de l'avant la diversité, le multiculturalisme et les trajectoires de vie des familles d'ici et d'ailleurs. Les évaluations de la journée mettent en évidence la qualité des présentations, et le dynamisme des conférenciers. Un immense merci aux chercheurs et aux étudiants ayant partagé avec brio leurs travaux. Ces actes de colloque sont le fruit de cette journée de réflexion et de partage à la rencontre des familles. L'événement ayant été couronné de succès, nous renouvelerons certainement l'expérience!



Mot du comité organisateur

Francine de Montigny

Professeure au Département des sciences infirmières, UQO

Diane Dubeau

Professeure au Département de psychoéducation et psychologique, UQO

Chantal Verdon

Professeure au Département des sciences infirmières, UQO

Sabrina Zeghiche

Professionnelle de recherche, CÉRIF

Caroline René

Professionnelle de recherche, CÉRIF

L'Équipe Paternité, famille et société et le Centre d'études et de recherche en intervention familiale (CÉRIF) ont tenu le 27 mai 2019 un colloque sous le thème « Familles d'ici et d'ailleurs » à l'Université du Québec en Outaouais, en marge du 87^e congrès de l'ACFAS.

Pour cette occasion, nous souhaitons réunir les contributions de chercheurs établis, mais également de chercheurs juniors et d'étudiants afin de favoriser un dialogue interdisciplinaire sur les réalités familiales et l'intervention auprès des familles. Cette activité a permis de mettre en lumière des travaux de recherche théoriques, empiriques ou des pratiques d'actions sociales et d'intervention portant sur les familles. Objectif atteint, comme en témoigne l'engouement dans la foulée du lancement de notre appel à participation.

Dans la continuité de l'édition précédente, le comité a privilégié un appel à communications permettant à un grand nombre d'étudiants et de chercheurs de présenter leur projet de recherche, et ce peu importe l'état d'avancement. Des dizaines de personnes ont soumis leur communication.

Pour la postérité, nous vous proposons des actes de colloque, sous forme de courts textes

qui résumant l'état des connaissances dans un domaine d'intérêt ou présentent des résultats de recherches empiriques sur les familles.

La première séance comportait les communications sur le devenir et être parent. La seconde séance portait sur le deuil périnatal, du côté des familles et des intervenants dans le milieu de la santé. La troisième séance portait sur les enjeux contemporain de la reproduction, notamment la procréation **médicalement assistée**, l'adoption et la naissance d'un enfant porteur d'un handicap. La dernière séance a donné la voix aux recherches entourant la paternité. La journée s'est conclue par une table ronde animée sur la parentalité d'ici et d'ailleurs.

Le colloque et la publication ces actes pourront faire émerger un leadership québécois, national et international sur la paternité, la famille et la société, au plan de la recherche, de la formation et de l'intervention.

Nous profitons de l'occasion pour remercier toutes les personnes ayant participé au colloque. Nous espérons une affluence semblable l'an prochain.

Bonne lecture!



Comprendre l'expérience des parents lors de la naissance et les effets des pratiques et des discours dominants

Marguerite Soulière

École de service social, Université d'Ottawa

Courriel : msoulier@uottawa.ca

Ce texte rend compte d'une démarche de recherche collaborative, internationale, interdisciplinaire en cours¹ : *La naissance comme processus bio-psycho-social*. La naissance est ici comprise comme la période qui entoure l'arrivée d'un enfant : du désir d'enfant jusqu'à la fin de sa première année de vie. La collaboration est née de la mise en commun de résultats de recherche dans le champ de la périnatalité et de l'intervention sociale de trois chercheur(e)s – brésilienne, canadienne et français².

Dans un champ où les savoirs d'experts en gynécologie-obstétrique, en psychologie développementale, et neurosciences se posent en savoirs d'autorité, souvent hégémoniques (Nadesan, 2002; Le Ray et al., 2009; Faircloth, 2010; Lupton 2012; Rossignol et al., 2014), par exemple lorsqu'une femme refuse de poursuivre les investigations de dépistage de trisomie 21 ou encore si elle demande de repousser la césarienne mise à l'horaire dès le lendemain de la date prévue de l'accouchement, elle ébranle les principes fondateurs des pratiques contemporaines : les normes standardisées fondées sur le calcul des risques d'un déroulement anormal de la grossesse et de l'accouchement. Si ces pratiques protègent effectivement les mères et les bébés de complications majeures, cela se fait au prix d'une vision souvent réductrice de la naissance qui ne

tient pas toujours compte ou tend à marginaliser les éléments personnels et contextuels, humains, culturels et sociaux qui ensemble constituent l'événement de la naissance (Saint-Amant, 2013; Lemay, 2006). Comment contribuer à la production des connaissances scientifiques dans ce champ pour comprendre la naissance comme une expérience singulière et multiple, inscrite et vécue dans différents contextes spécifiques pour chaque nouvel enfant? Comment mettre en lumière les effets des pratiques et des discours dominants sur le devenir parents?

Le souci de la recherche « avec » signifie d'abord l'inclusion et la reconnaissance (Honneth, 2000) des personnes concernées par l'objet de la recherche, mais aussi de la diversité des approches disciplinaires et des référents théoriques de chacun. Le projet s'est donc élaboré à partir de trois ancrages. Le premier réfère à une anthropologie de la santé critique et interprétative (Kleinman, 1988, 1995; Lupton, 2012) qui interrelie trois niveaux d'analyse – individuel, social et politique (Lock & Scheper-Hughes, 1987) - l'expérience subjective, les discours, pratiques et représentations, et l'exercice du pouvoir par un ensemble de technologies de régulation et de normalisation (Rose & Miller, 2010). Le deuxième ancrage, la santé

1 Nous remercions l'Institut du Savoir Montfort, les Universités de Cergy Pontoise et de São Paulo pour le financement et le soutien à la recherche.

2 Collaboration au sein du réseau Recherche avec – créé à Ottawa en 2014 – regroupant des chercheurs, praticiens-chercheurs, doctorants du Brésil, du Canada, de France et du Mexique.

collective (L'abatte et al., 2013; Silveira et al., 2014) est un mouvement politique et théorique issu de la résistance brésilienne à la dictature militaire. Ce mouvement qui allie la production des connaissances et la pratique concrète de lutte contre les inégalités sociales considère la santé comme une responsabilité collective nécessitant la complémentarité des savoirs disciplinaires en économie, anthropologie, environnement, etc. et en sciences médicales. Le troisième est la socio-clinique institutionnelle (Lapassade & Loureau, 1970; Loureau, 1971; Monceau, 2018) étroitement liée à la recherche-intervention avec des groupes. Elle laisse aux acteurs leur autonomie de réflexion et de position et prend en compte les implications affectives, organisationnelles et idéologiques de chacun. Le travail réflexif sur des enjeux localisés, identifiés et précisés avec les acteurs en cours de recherche-intervention, génère en soi des transformations dans les attitudes et les pratiques tout en mettant en lumière des contextes sociaux, culturels, économiques et politiques plus larges qui traversent les questions posées localement. Dans sa mise en œuvre, le projet s'est adjoint des collaborateurs-trices, étudiantes, praticiennes et chercheuses dans le domaine de la santé et de l'intervention auprès des familles. Parmi ceux-ci, des démographes nous ont proposé un cadre de référence (Calvez & Marcoux, 2004) pour développer une dimension populationnelle à notre démarche qualitative.

La méthodologie a consisté à mettre en réflexivité des groupes de parents et des groupes de professionnels. Nous avons constitué quatre groupes au sein de chaque pays, deux groupes de parents de milieux socio-économiques et socio-culturels diversifiés et deux groupes de professionnels de la santé (un premier qui pratique en milieu hospitalier et un second qui définit sa pratique comme une alternative au modèle biomédical dominant dans chaque pays (par exemple au Canada, le groupe fut constitué de sages-femmes et d'accompagnantes).

La stratégie d'animation des échanges au sein des groupes a consisté à la préparation d'un questionnaire biographique rétrospectif (Vivier, 2006) visant à documenter en profondeur l'expérience des parents. Nous avons procédé en quatre grandes étapes, ayant en vue deux visées épistémologiques : 1- Croiser les résultats entre les différents groupes à l'intérieur de chaque pays et croiser les résultats entre les pays. Cela visait à susciter des échanges entre les chercheurs et les participants et entre les chercheurs pour alimenter le travail réflexif et questionner les allants de soi, les états de fait naturalisés dans chacun des pays. Les formes de connaissances ainsi produites amènent les chercheurs et les participants à transformer leurs propres visions de la naissance et son accompagnement. 2- Obtenir à la fin du processus un questionnaire visant à fournir des résultats quantitatifs sur l'expérience de la naissance. Cela visait à la fois à produire de nouvelles données scientifiques et à fournir des résultats selon un format auquel les praticiens de la santé étaient plus familiers.

Trois rencontres ont été réalisées avec chacun des groupes et une « restitution suspensive » (Bergier, 2001) des résultats tirés des analyses de contenu de ces rencontres a été réalisée auprès de ces mêmes groupes dont les participants ont été la plupart du temps les mêmes avec quelques variantes dans chaque pays. À l'issue de chacun des groupes de discussion (initial puis de restitution), l'équipe s'est réunie (physiquement ou virtuellement) pour partager les résultats et préparer la phase suivante.

Phase n° 1 : les déclencheurs thématiques et 1^{er} groupe de discussion

Sur la base de la littérature existante et de l'expérience de recherche des différents membres de l'équipe, des thèmes ont été identifiés en vue d'initier les discussions. En positionnant la naissance comme événement significatif dans un parcours

de vie, l'exploration s'est faite autour des normes contemporaines de la parentalité dans différents contextes et autour de l'importance différenciée accordée aux discours dominants (risque, protection, sécurité) suivant l'entourage formel et informel des parents. C'est sur cette base que, dans chacun des pays, les quatre premiers groupes de discussion ont été menés.

Phase n° 2 : 1^{ère} synthèse et 1^{ère} restitution

À l'issue de l'analyse préliminaire de ces premiers groupes de discussion, un certain nombre de thèmes récurrents dans les propos de chacun des groupes ont été identifiés; une 1^{ère} restitution auprès de chaque groupe dans chacun des pays a été menée afin 1) de valider ces thèmes; 2) de les compléter, voire de les nuancer ou les modifier.

Phase n° 3 : 1^{ère} ébauche du questionnaire et 2^e restitution

Suite à cette première restitution, et forts des réactions de chacun des groupes, nous avons procédé à une ébauche du questionnaire; la structure du questionnaire (rubriques, modules) suit les différentes étapes de la conception à la naissance jusqu'aux premiers mois de vie et au plein exercice de la parentalité. Les questions insérées reposent entièrement sur l'analyse de contenu des groupes de discussion menés préalablement. Une deuxième restitution auprès des mêmes groupes a permis à nouveau de valider la version préliminaire du questionnaire et d'ajuster le contenu (questions à ajouter, à supprimer, à modifier).

Suite à cette dernière rétroaction, l'équipe a structuré le questionnaire sous une forme de biographie rétrospective afin de pouvoir poser les mêmes questions aux mères (ou personnes qui accouchent) pour chaque naissance.

L'approche inductive de la construction de ce questionnaire a permis d'identifier avec les personnes

concernées (parents et intervenants en périnatalité) huit éléments significatifs (personnels, socio-anthropologiques, contextuels et institutionnels) traduits en variables qu'il sera possible de croiser dans les analyses des données populationnelles. En voici les descriptions : 1- Les dimensions personnelles (physique, psychologique, émotionnelle, etc.); 2- Les parcours de vie familiale, conjugale, géographique (ou de résidence), professionnelle; 3- Les conditions de vie durant chaque grossesse; 4- Le rôle de la famille et de l'entourage incluant l'autre parent, les parents et autres membres ainsi que des amis ou personnes jugées significatives dans cet entourage; 5- Les références multiples entourant la naissance l'enfant et la parentalité (pratiques, symboliques, sociales, culturelles); 6- Les contextes institutionnels (lieu de naissance, culture d'intervention, accès aux services au moment de la grossesse, accouchement, post-natal); 7- Les relations thérapeutiques (en tenant compte des rapports de pouvoir entre les professionnels et les mères, les pères et les parents); 8- Les circonstances personnelles et institutionnelles au moment de l'accouchement. Après avoir été testé dans les trois pays, le questionnaire est en phase de finalisation et servira d'appui à l'élaboration d'un programme de recherche international portant sur la naissance.

Cette première étape de notre projet collaboratif, international et interdisciplinaire nous fournit un ensemble d'éléments clés pour comprendre la naissance comme une expérience significative dans un parcours de vie, comme un événement personnel, familial et social dont la médicalisation ne constitue qu'une partie. Cela ouvre déjà sur un horizon plus large que l'approche très médicale et standardisée de la grossesse et l'accouchement et qui se poursuit dans les suivis durant la première année de vie.

Références

- Bergier, B. (2001). *Repères pour une restitution des résultats de recherche en sciences sociales*. Paris, L'Harmattan.
- Calvès, A.-E. & Marcoux R. (2004). Réponses des populations à la crise en Afrique francophone : l'éclairage des enquêtes biographiques récentes. *Cahiers québécois de démographie*, 33(2), 161-165.
- Faircloth, C. (2010). 'What Science Says is Best': Parenting Practices, Scientific Authority and Maternal Identity. *Sociological Research Online*, 15(4). doi: 10.5153/sro.2175
- Honneth, Axel (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Cerf.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives : Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the Margin : Discourse Between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.
- L'Abbate S., Cardoso Mourão L. & Pezzato L. M. (Éds) (2013). *Análise institucional e saúde coletiva no Brasil*. Sao Paulo (Brésil) : Hucitec.
- Lapassade, G. & Loureau R. (1970). *Clefs pour la sociologie*. Paris, France : ÉPI.
- Lemay, C. (2006). Le risque de naître. *Les Dossiers de l'obstétrique*, 349, 5-13.
- Le Ray, C. (2009). Influence des caractéristiques de la structure de soin sur la prise en charge périnatale chez les femmes à bas risque en France. *Gynecology and Obstetrics*. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI. Tiré de: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00814219/document>
- Loureau, R. (1971). *L'analyse institutionnelle*. Paris : Minuit.
- Lupton, D. (2012). 'Precious cargo': foetal subjects, risk and reproductive citizenship. *Critical Public Health*, 22(3), 329-340.
- Monceau, G. (2018). Le changement objet et effet de la socio-clinique institutionnelle. Le cas d'une recherche intervention dans le champ de la parentalité. Dans D. Broussal., K. Bonnaud, J.-F. Marcel & P. Sahuc (Éds.), *Recherche(s) et changement(s) : dialogues et relations* (pp. 153-169), Toulouse : Cépadvès.
- Nadesan, M.H. (2002). Engineering the entrepreneurial infant: Brain science, infant development toys, and governmentality. *Cultural Studies*, 16(3), 401-432.
- Rose, N. & Miller, P. (2010). Political Power Beyond the State: Problematics of Government. *British Journal of Sociology*, 61(1), 271-303.
- Rossignol, M., Chaillet, N., Boughrassa, F. & Moutquin, J.M. (2014). Interrelations between four antepartum obstetric interventions and caesarean delivery in women at low risk: a systematic review and modeling of the cascade of interventions. [Review]. *Birth*, 41(1), 70-78.
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M.. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1), 6-41. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>.
- Silveira F., Matumoto, S., Fortuna, C. M., Bistafa, M.-J., Bregagnolo, J. C., Carvalho Watanabe, M. G. (2014). The interaction of several fields of knowledge for the articulation of collective oral health actions: the mapping of a family health team. *Ciência & Saúde Coletiva* 19 (12), Rio de Janeiro <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.20012013>
- St-Amant, S. (2013). *Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*. Thèse. Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, Doctorat en sémiologie.
- Soulière, M. (2007). Passages à risque. Regard anthropologique sur la notion de risque dans les cycles de vie. Dans Henri Dorvil (éd.) *Traité des problèmes sociaux. Théories et méthodes*. (pp. 73-96). Montréal, Presses de l'Université du Québec.
- Soulière, M. & Moreau, D. (2015). Gouvernamentalité de la "bonne" mère contemporaine : expérience et réappropriation dans la classe moyenne supérieure, *Aporia*, 7 (3) 17-28.
- Valentim, S. & Monceau, G. (2013). Parents, professionnels et institutions sur un même territoire. *DIRE*, 4. Repéré à : <http://epublications.unilim.fr/revues/dire/344>
- Vivier, G. (2006). « Comment collecter des biographies ? De la fiche Ageven aux grilles biographiques, principes de collecte et innovations récentes », *Population et travail. Dynamiques démographiques et activités*, Actes du colloque de l'AIDELF à Aveiro, AIDELF, pp. 119-131, <http://retro.erudit.org/livre/aidelf/2006/index.htm>



La construction du lien coparental dans les familles multiculturelles : une étude empirique

Francesca Suardi, PhD

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Section de Psychologie, Université de Genève

Courriel : Francesca.Suardi@gmail.com

Cette étude se propose de mieux comprendre la naissance du lien coparental au sein des couples multiculturels durant la transition à la parentalité.

Cadre théorique

La transition à la parentalité représente un moment critique dans la vie du couple. Durant cette phase de vie, une nouvelle relation se constitue entre les partenaires du couple : la relation coparentale. Cette relation définit les partenaires en tant qu'adultes responsables de l'enfant et de son développement (Talbot & McHale, 2004; McHale & Fivaz-Depeursinge, 1999). Le concept de coparentage a été défini comme étant universel, puisque dans toute société il existe une structure coparentale adaptée à des configurations familiales différentes selon les contextes culturels (McHale & Kurrien, 2013). De manière générale, les études qui ont investigué la transition à la parentalité ont mis en évidence une continuité entre les dynamiques familiales prénatales et postnatales. Cependant, dans les études empiriques sur l'étude de la famille et de la transition à la parentalité, l'origine culturelle des partenaires du couple n'est pas prise en considération. Bien que l'intérêt pour les aspects culturels soit grandissant dans les sociétés contemporaines occidentales, on ne dispose pas de données spécifiques concernant les dynamiques familiales à l'œuvre durant la transition à la parentalité. Pourtant il a déjà été mis en évidence que la parentalité peut amplifier les différences entre les partenaires d'origine culturelle différente (Crippen & Brew, 2007). Pour cette raison, il nous a semblé important d'étudier la transition à

la parentalité chez les couples dont les partenaires ont des origines culturelles différentes.

Le terme le plus souvent utilisé pour décrire les couples composés de partenaires d'origine culturelle différente est celui de « couple mixte ». La notion de mixité se réfère à des paramètres très variés : les différences de nationalité entre les partenaires, de langue maternelle, de continent d'origine des partenaires, d'origine ethnique ou de religion.

Dans l'étude que nous avons menée, la première étape a visé à saisir les différences de « mixité » et à les définir de manière opérationnelle pour ensuite étudier les dynamiques coparentales (prénatales et postnatales).

Un objectif ultérieur de l'étude a été celui de déterminer dans quelle mesure les couples peuvent négocier, déjà lors de la grossesse, des thèmes concernant l'arrivée de l'enfant ainsi que son identité et appartenance culturelle.

Présentation de l'étude

Les couples volontaires pour la participation à l'étude ont été rencontrés à deux reprises : durant le dernier trimestre de grossesse et lors du deuxième trimestre après la naissance de l'enfant. Les rencontres ont eu lieu au laboratoire de l'Université.

Tout d'abord, en lien avec le premier objectif de l'étude, afin de saisir l'hétérogénéité culturelle du couple, un indice de multiculturalité a été créé. La multiculturalité familiale a été mesurée par l'« indice d'hétérogénéité culturelle » (IHC). Cet indice tient compte de différents paramètres pour

refléter la multiculturalité familiale (Suardi, 2016). Cette mesure permet de prendre en compte différents paramètres de manière simultanée et d'opérationnaliser la dimension culturelle des partenaires selon six paramètres : le continent de naissance, le pays de naissance, le pays de scolarité obligatoire, la nationalité, la langue maternelle, la religion/confession.

La relation coparentale a été étudiée par l'analyse de vidéos des interactions coparentales prénatales et postnatales « Lausanne Trilogue Play », (LTP; Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999) ainsi que par l'analyse de vidéos dans laquelle il était proposé aux partenaires une discussion coparentale de résolution de conflit d'une durée de 5 minutes (discussion-task).

Résumé des principaux résultats

La création de l'indice d'hétérogénéité culturelle a permis de saisir la multiculturalité au sein du couple et d'opérationnaliser les différences existantes selon les paramètres considérés composant la mesure de l'Indice d'Hétérogénéité Culturelle (IHC). Cette mesure de multiculturalité du couple a ensuite permis d'effectuer les analyses quantitatives entre la multiculturalité familiale et la mesure de coparentage prénatal et postnatal.

Les résultats des analyses quantitatives n'ont montré aucun lien statistiquement significatif entre la multiculturalité familiale et la qualité de la relation coparentale, ni au prénatal ni au postnatal. En revanche, pour tous les couples, la qualité d'alliance coparentale prénatale était en lien avec l'expression de l'affection entre les partenaires au postnatal.

Les analyses qualitatives de la discussion coparentale prénatale ont mis en évidence que les thèmes de l'appartenance groupale et de la transmission culturelle de l'enfant à naître sont des thèmes

qui peuvent questionner tous les couples qui attendent un enfant. La spécificité des couples multiculturels consiste dans la construction de l'identité familiale multiculturelle et dans le souhait de transmission, plurielle ou non, de marqueurs identitaires à l'enfant.

Discussion et conclusion

Cette étude a permis de mieux connaître la transition à la parentalité au sein des familles multiculturelles.

Il est intéressant de relever que les résultats quantitatifs de l'étude ont montré l'importance des dynamiques coparentales prénatales pour tous les couples, indépendamment de leur degré de multiculturalité, pour l'évolution du lien coparental au postnatal. Ces résultats, montrant une continuité entre le prénatal et le postnatal, sont concordants avec ceux des études déjà existantes sur la transition à la parentalité (Favez et al., 2005). La présente étude contribue à la réflexion en faveur de l'universalité des processus de coparentalité, déjà évoquée dans la littérature (McHale & Kurrien, 2013).

Les résultats qualitatifs de l'étude ayant montré que le choix quant à la transmission d'éléments culturels à l'enfant peut interroger tous les couples, indépendamment de leur degré de multiculturalité, renvoie aux changements en cours dans les dynamiques de transmission culturelle au sein de toute société.

Un dernier point d'intérêt à soulever concerne la mesure de multiculturalité du couple qui a été utilisée. Cette mesure représente une nouveauté importante dans le domaine d'étude des couples fréquemment appelés « couples mixtes ». Il serait à notre avis souhaitable d'utiliser cette mesure dans des recherches futures afin de tester sa validité dans d'autres échantillons.

Références

- Crippen, C., & Brew, L. (2007). Intercultural parenting and the transcultural family: A literature review. *The Family Journal*, 15(2), 107-115.
- Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (1999). *The primary triangle: A developmental systems view of fathers, mothers, and infants*. New York, NY: Basic Books.
- McHale, J. P., & Kurrien, R. (2013). Le coparentage comme construit universel caractérisant diverses formes familiales : avancées et perspectives. Dans N. Favez, F. Frascarolo-Moutinot, & H. Tissot, H. (Eds). *Naître et grandir au sein de la triade: Le développement de l'alliance familiale* (pp.251-268). Bruxelles, Belgique: De Boeck Supérieur.
- McHale, J.P., & Fivaz-Depeursinge, E. (1999). Understanding triadic and family group interactions during infancy and toddlerhood. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 107-127.
- Suardi, F. (2016). La transition à la parentalité chez les couples multiculturels. (Thèse de doctorat non publiée). Université de Genève, Suisse.
- Talbot, J.A. & McHale, J.P. (2004). Individual parental adjustment moderates the relationship between marital and coparenting quality. *Journal of Adult Development*, 11(3), 195-205.



L'expérience de l'espoir dans les familles d'enfants et d'adolescents vivant avec une maladie chronique : une méta-synthèse

Ana Carolina Andrade Biaggi Leite

Département of Maternal-Infant and Public Health Nursing, Université de São Paulo à Ribeirão Preto

Courriel: ana.andrade.leite@usp.br

Résumé

L'espoir est l'une des ressources psychologiques utilisées par les familles pour faire face aux maladies chroniques et à l'expérience de la prise en charge des malades (Hamilton & Thomas, 2016). Cependant, l'identification des facteurs qui influencent l'espoir est un défi pour les professionnels de la santé car ces facteurs sont liés au contexte et à la culture (Herth, 2000). Afin de développer des interventions plus efficaces pour l'adaptation psychosociale des familles, il est nécessaire pour les infirmières d'une meilleure compréhension du rôle et des caractéristiques de l'espoir. Cette méta-synthèse qualitative (Sandelowski & Barroso, 2007) visait à synthétiser les études qualitatives sur l'expérience d'espoir dans les familles d'enfants et d'adolescents atteints d'une maladie chronique. Une recherche dans les bases de données (PubMed, CINAHL, LILACS, PsycINFO, Scopus et Web of Science) a été réalisée et les mots-clés a utilisés : « pediatrics », « family », « chronic disease », « hope », « experience » et « qualitative studies ». Opérateurs booléens « AND » et « OR ». Articles publiés en anglais, portugais, espagnol et français ont été inclus et l'outil CASP-Critical Appraisal Skills Programme a été utilisé pour évaluer la qualité des études. L'approche de synthèse thématique (QDA Miner Lite software) (Thomas & Harden, 2008). Total de 31 études de 15 pays, publiées entre 1981 et 2018, ont été incluses. Une synthèse thématique a été

réalisée pour présenter les résultats : une catégorie centrale « L'espoir de la famille : maintenir l'équilibre au jour le jour », ce qui est expliqué dans les sous-catégories : Incertitude; Soutien; Information; Entre les « pensées noires » et les pensées positives; et dans l'espoir de revenir à la normalité. L'espoir familial est dynamique, lié à l'unité familiale et renforcé dans le contexte de la chronicité. La dynamique de l'espoir familial correspond au mouvement mobile (Figure 1), en raison de la recherche constante d'un équilibre, malgré les hauts et les bas, et qui est influencé par les expériences vécues et le temps (passé, présent et futur) avec la maladie chronique. Cette méta-synthèse souligne la dimension familiale de l'espoir et l'influence des relations entre la famille et les enfants et adolescents atteints de maladie chronique dans la balance de l'espoir. Il est recommandé aux professionnels de la santé d'adopter une approche centrée sur la famille et considérer les éléments qui influencent l'espoir pour aider ces familles à une adaptation positive à l'expérience de la chronicité. Nous suggérons le développement de recherches qualitatives longitudinales pour explorer la singularité de l'espoir en fonction de la trajectoire à laquelle les familles sont confrontées.

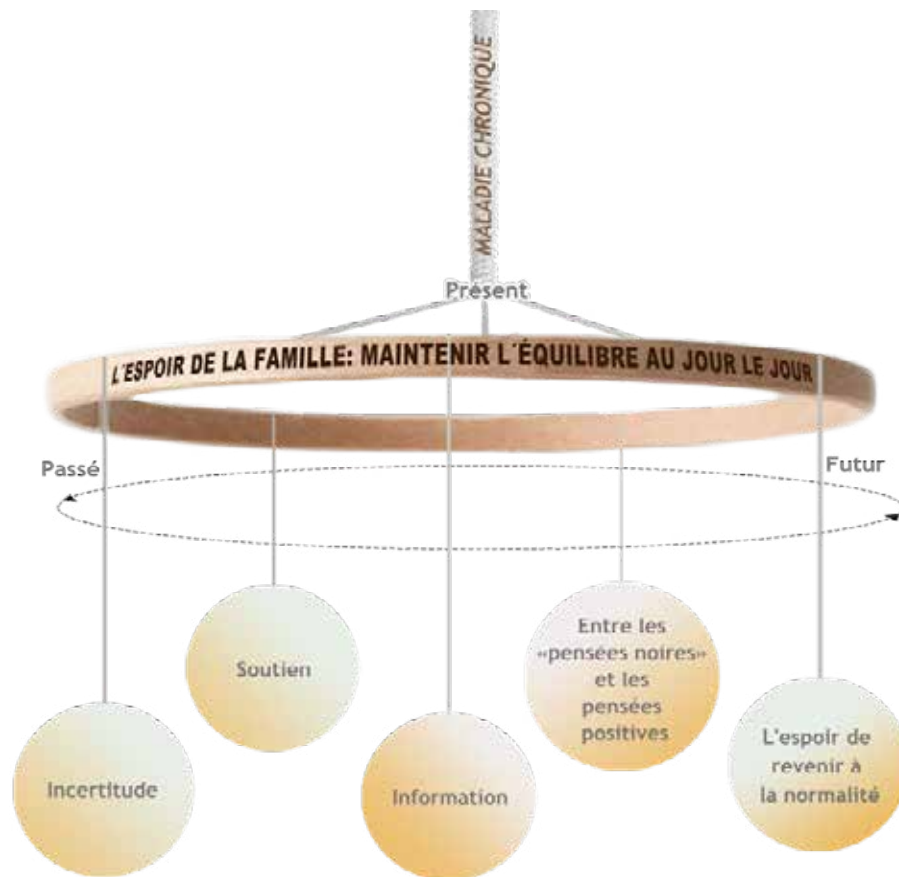


Figure 1. L'expérience de l'espoir dans les familles (Andrade Biaggi Leite, Garcia-Vivar, Neris, de Andrade Alvarenga, & Nascimento, 2019)

Références

- Andrade Biaggi Leite, A. C., Garcia-Vivar, C., Neris, R. R., de Andrade Alvarenga, W., & Nascimento, L. C. (2019). The experience of hope in families of children and adolescents living with chronic illness: a thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.14129>
- Hamilton, R., & Thomas, R. (2016). Renegotiating hope while living with lymphoedema after cancer: a qualitative study. *European Journal of Cancer Care*, 25(5), 822–831. <https://doi.org/10.1111/ecc.12382>
- Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1431–1441. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01619.x>
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2007). *Handbook for synthesizing qualitative research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>



À qui appartient ma grossesse? Clarification du concept d'appropriation de la grossesse à l'adolescence

Bonilla, Sandra, M. Sc. Inf. (c)

Sciences infirmières; Université de Québec en Outaouais.

Introduction

La grossesse à l'adolescence est un phénomène fréquent notamment dans les contextes socio-économiques défavorisés et dans les pays où les politiques en santé ne garantissent pas l'accessibilité et la disponibilité des moyens de contraception ou par la présence de lois restrictives à l'avortement. Des attitudes sociétales de normalisation ou de stigmatisation envers la grossesse à l'adolescence influencent la façon dont les jeunes vont s'approprier leur grossesse (Brahmbhatt et al., 2014; Rowlands, 2010). La plupart des revues scientifiques rapportent l'importance de promouvoir et de maintenir l'autonomie des adolescentes dans la prise en charge de situations de santé qui les concernent. Toutefois, pour que les jeunes filles enceintes puissent être autonomes, elles doivent sentir ou percevoir la grossesse comme étant la leur (Ni, Chao & Xue, 2016; Viklund, Örtqvist & Wikblad, 2007; Viklund et al., 2009; Yeh, Ma, Huang, Hsueh & Chiang, 2016). Pour mieux accompagner l'adolescente enceinte dans l'appropriation de sa grossesse surtout quand le contrôle et la surveillance parentale peuvent être encore présents, des interventions éducatives visant l'appropriation et l'autonomisation doivent être mise en place. Étant donné que le concept d'appropriation n'a jamais été utilisé dans un contexte de santé, une recension des écrits a été effectuée afin de faire son analyse et d'en dégager son sens.

Méthodologie

L'analyse de concept a été réalisée selon le modèle proposé par Walker et Avant (2011). Une recherche documentaire à partir des bases de données CINAHL, Medline, Psyc articles et PubMed sur une période de 10 ans a été faite. Les mots-clés principaux étaient : appropriation, grossesse et adolescence. Afin d'élargir les résultats de la recherche documentaire, les mots clés suivants ont été ajoutés : perception, expérience, représentation de la grossesse, capacité décisionnelle, adaptation à la maternité, coping, responsabilité maternelle, engagement maternel/parental, rôle maternel/parental. Ce choix de mots découle de la définition étymologique du concept d'appropriation qui réfère à la capacité d'adaptation, de décision et du pouvoir d'agir face à une situation donnée et à la perception ou à la représentation mentale et aux responsabilités envers une telle situation. Les mots clés ont été recherchés en français et en anglais. Après la recherche documentaire initiale, 183 articles ont été repérés. Les documents composés uniquement de résumés (n = 50), les doublons (n= 13) et les documents non pertinents pour le sujet traité (n = 80) ont été exclus (n=40). Des articles de type qualitatif seulement ont été sélectionnés. Après une évaluation des articles par le questionnaire QualSyst développé par AHFMR (Kmet, Cook & Lee, 2004) cinq articles ont été exclus. Au total, 35 des articles ont été retenus et lus. Les thèmes recensés sont les représentations ou perceptions personnelles de la grossesse (n=6), le rôle parental ou la capacité d'engagement parental (n=6),

les stratégies d'adaptation ou de coping utilisées durant la grossesse (n=6), l'autonomie des adolescents en matière de santé (n=9) et finalement l'appropriation (n=8).

Le Concept d'appropriation de la grossesse

La méthode d'analyse de concept proposée par Walker et Avant (2011) comporte huit étapes. Parmi celles-ci, l'étape de l'identification des attributs permet de définir les caractéristiques associées au concept à l'étude afin d'en saisir le sens. Les étapes d'identification des antécédents et des

conséquences permettent de préciser les éléments précurseurs du concept et les éléments résultants de sa présence. Finalement, l'étape des référents empiriques permet de déterminer l'opérationnalisation du concept, soit la possibilité de mesurer les caractéristiques du concept (Walker & Avant, 2011).

Attributs du concept. Aucune des études consultées ne donne de définition précise de l'appropriation de la grossesse. Toutefois, il a été possible de déceler certaines caractéristiques permettant de distinguer le concept.

Attribut du concept	Auteurs
Le degré d'implication	Morissette, Bourque & Roux, 2011; Small et al., 2014; Waller et al., 2016; Widarsson, Engström, Tydén, Lundberg & Hammar, 2015.
La responsabilité parentale	Deslauriers, 2010.
L'expérience d'engagement	Deslauriers, 2010; Downe, Finlayson, Oladapo, Bonet & Gülmezoglu, 2018.
L'autoperception/autoefficacité maternelle ou parentale	De Montigny & Lacharite, 2005; Zheng, Morrell & Watts, 2018.
Les stratégies d'adaptation au rôle parental	Azhari, Sarani, Mazlom & Sherbaf, 2015; Goletzke et al., 2017; Kotzé, Visser, Makin, Sikkema & Forsyth, 2013; Razurel, Kaiser, Sellenet & Epiney, 2013.
Le processus d'ajustement au rôle parental	Barnes et al., 2008; Hanley & Long, 2006; Kanotra et al., 2007; Legault, 2014; Negron, Martin, Almog, Balbierz & Howell, 2012; Wilkins, 2006.
Le sentiment de compétence maternelle ou parentale	Razurel, Bruchon, Dupanloup, Irion & Epiney, 2011.

Les antécédents et les conséquences du concept d'appropriation de la grossesse. Pour les antécédents, deux dimensions ont été identifiées. *La dimension interpersonnelle* implique la représentation mentale de la grossesse (grossesse intentionnelle/involontaire, planifiée/non planifiée, désirée/non désirée) et les caractéristiques personnelles de la mère (expériences antérieures de relations affectives et des liens d'engagement et

les sentiments d'autoperception et d'autoefficacité maternelles) (Dufort, Saint-Laurent, Guilbert & Boucher, 2006; Duchoud & Lambert, 2010; Deslauriers, 2010; De Montigny & Lacharité, 2005; Legault, 2014). *La dimension extrapersonnelle* correspond aux attitudes sociétales et culturelles envers la grossesse (la reconnaissance sociale du rôle de mère ou les attitudes sociétales de stigmatisation envers les grossesses précoces) et au

soutien social. (Brahmbhatt et al., 2014; Razurel et al., 2011; Razurel et al., 2013; Rowlands, 2010; Zheng et al., 2018). Les conséquences de l'appropriation de la grossesse sont reflétées dans ce que les mères vivent aux plans physique, mental et comportemental. *Sur le plan physique*, l'appropriation de la grossesse serait associée aux habitudes de vie favorables durant la grossesse et à une mineure présence des problèmes médicaux et psychosociaux chez la dyade mère-enfant (Brahmbhatt et al., 2014; Beyrami et al., 2013; Morissette et al., 2011; Small et al., 2014; Rowlands, 2010; Zheng et al., 2018). *Sur le plan psychoaffectif*, les mères qui s'approprient leur grossesse auraient des sentiments positifs d'autoefficacité maternelle et d'estime de soi, de meilleures stratégies d'adaptation dans la transition vers la maternité et un lien d'attachement mère-enfant plus fort (De Montigny & Lacharité, 2005; Khavari et al., 2018; Kotzé et al., 2013; Razurel et al., 2011; Waller et al., 2016). *Sur le plan comportemental*, l'appropriation de la grossesse favorise l'implication et la mise en application des comportements favorisant la santé de la mère et de son nouveau-né (Azhari et al., 2015; Barnes et al., 2008; Kanotra et al., 2007; Khavari et al., 2018; Negron et al., 2012; Razurel et al., 2013).

Les référents empiriques

Aucun outil n'a été identifié pour mesurer le concept d'appropriation de la grossesse. Par contre, des outils utilisés pour mesurer certains des attributs du concept ont été répertoriés. Le *Questionnaire COPE abrégé* mesure les stratégies d'adaptation ou de coping (Carver, 1997; Goletzke et al., 2017). L'inventaire révisé des *structures d'adaptation prénatale*, l'enquête sur les opinions personnelles de Kobasa (Beyrami et al., 2013; Sarani et al., 2015) et l'échelle *d'auto-efficacité maternelle dans les soins du nourrisson* (Prasopkittikun & Tilokskulchai, 2010; Zheng et al., 2018) sont des instruments utilisés pour mesurer l'engagement, l'autoperception et l'autoefficacité parentale. Par

ailleurs, l'appropriation de la grossesse étant un concept subjectif et interprétatif, l'utilisation d'instruments qualitatifs serait plus pertinente.

Discussion

À partir des écrits recensés, il a été possible de déduire le concept d'appropriation de la grossesse par le fait d'éprouver ou de vivre une *expérience d'engagement* dans la grossesse comme telle et dans les soins qui s'y rattachent (Morissette et al., 2011; Small et al., 2014; Zheng et al., 2018). L'appropriation de la grossesse à l'adolescence se manifeste comme un *processus d'ajustement* aux nouveaux rôles et aux nouvelles responsabilités de la vie parentale. Elle se réfère au sentiment *d'autoperception* ou *d'autoefficacité maternelle/parentale* perçu par l'adolescente (ASPC, 2009; Beyrami et al., 2013; Waller et al., 2016; Zheng et al., 2018) et au *sentiment d'optimisme perçu* quant aux responsabilités parentales (Azhari et al., 2015). Elle implique toutes les *stratégies d'adaptation* ou de *coping* mobilisées pour organiser et exécuter un ensemble de tâches liées à la parentalité d'un enfant. Ces stratégies ont une dimension *interne* (l'acceptation de la grossesse) et une dimension *externe* (la recherche d'information et de soutien) (Goletzke et al., 2017; Khavari et al., 2018; Kotzé et al., 2013). Finalement, l'appropriation peut être mesurée par le *degré d'implication et de responsabilité* perçu dans la prise de décision concernant les soins lors de la période périnatale (Morissette et al., 2011; Widarsson et al., 2015; Zheng et al., 2018). Suite à l'analyse de concept, la définition retenue du concept d'appropriation de la grossesse s'énonce comme suit : *sens donné par la mère ou père de son degré d'appartenance envers la grossesse, au rôle parental et aux responsabilités qui en découlent*. Ce sens se traduit par une *adaptation psychologique (acceptation) et comportementale (implication/engagement) vis-à-vis la grossesse*.

Conclusion

Le concept d'appropriation de la grossesse fait appel ou se réfère à un jugement rationnel ou émotionnel de la part de la mère, lequel peut être influencé par le contexte culturel. Les perceptions positives ou négatives de l'adolescente lors de sa grossesse vont modeler son comportement et déterminer son degré d'autonomisation quant à la prise en charge de celle-ci. Les attributs du concept d'appropriation de la grossesse renforcent

l'importance de bien délimiter ce concept afin de l'intégrer dans les interventions visant l'accompagnement des adolescentes lors de l'adoption ou du maintien des comportements favorables à la santé durant la période périnatale. L'expérience de l'appropriation de la grossesse n'implique pas seulement la mère, mais se réfère également à l'implication, l'engagement et la responsabilité du père dans le processus.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Azhari, S., Sarani, A., Mazlom, S. R., & Aghamohammadian Sherbaf, H. M. (2015). The relationship between optimism with prenatal coping strategies. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 3(1), 70-8.
- Barnes, M., Pratt, J., Finlayson, K., Courtney, M., Pitt, B., & Knight, C. (2008). Learning about baby: what new mothers would like to know? *Journal of Perinatal Education*, 17(3), 33-41.
- Brahmbhatt, H., Kâgesten, A., Emerson, M., Decker, M. R., Olumide, A. O., Ojengbede, O.... Delany-Moretlwe, S. (2014). Prevalence and Determinants of Adolescent Pregnancy in Urban Disadvantaged Settings Across Five Cities. *Journal of Adolescent Health*, 55(6), 48-57. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.07.023>.
- Beyrami, M., Zahmatyar, H., & Khosroshahi, J. B. (2013). Prediction Strategies for coping with stress during pregnancy on components of hardiness and social support in nulliparous pregnant women. *Iranian Journal of Nursing Research*, 7(27), 1-9.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too ong: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- De Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: Concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 49(4), 387-396.
- Deslauriers, J. (2010). L'expérience des futurs jeunes pères durant la période prénatale. *Reflets*, 16(1), 63-100. <https://doi.org/10.7202/044443ar>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLoS one*, 13(4), e0194906.
- Dufort, F., Saint-Laurent, L., Guilbert, É., & Boucher, K. (2006). La grossesse à l'adolescence : les prises de position d'adolescents et de praticiens travaillant en prévention. *Journal International sur les Représentations Sociales*, 3, 1-9.
- Duchoud, S., & Lambert, S. (2010). *Quelles sont les interventions infirmières probantes favorisant l'intégration des parents et le processus d'attachement entre les parents et leur enfant dans un service de soins intensifs de néonatalogie?* (thèse de doctorat inédite). Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne, Suisse.
- Goletzke, J., Kocalevent, R. D., Hansen, G., Rose, M., Becher, H., Hecher, K.,... & Diemert, A. (2017). Prenatal stress perception and coping strategies: Insights from a longitudinal prospective pregnancy cohort. *Journal of psychosomatic research*, 102, 8-14.
- Kanotra, S., D'Angelo, D., Phares, T. M., Morrow, B., Barfield, W. D., & Lansky, A. (2007). Challenges faced by new mothers in the early postpartum period: an analysis of comment data from the 2000 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) survey. *Maternal and Child Health Journal*, 11, 549-558.
- Kmet, L. M., Cook, L. S., & Lee, R. C. (2004). *Standard quality assessment An criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields*. Repéré à <https://www.ihe.ca/publications/standard-quality-assessment-criteria-for-evaluating-primary-research-papers-from-a-variety-of-fields>
- Khavari, F., Golmakani, N., Saki, A., & Aghamohammadian Serbaf, H. (2018). The Relationship between Prenatal Coping Strategies and Irrational Beliefs in Pregnant Woman. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 6(2), 1215-1222.
- Kotzé, M., Visser, M., Makin, J., Sikkema, K., & Forsyth, B. (2013). The coping strategies used over a two-year period by HIV-positive women who had been diagnosed during pregnancy. *AIDS care*, 25(6), 695-701.
- Legault, A. (2014). *Processus décisionnel de la femme enceinte immigrante : étude exploratoire chez des primigestes et secondigestes*. (Thèse de doctorat inédite). Montréal, QC.
- Morissette, P., Bourque, S., & Roux, M. È. (2011). Trajectoire d'engagement paternel dans un contexte de consommation paternelle excessive de substances psychoactives. *Intervention*, 135(1), 61-72.

- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2012). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal-Child Nursing Journal*, 17(4), 616-623.
- Ni, Z., Chao, Y., & Xue, X. (2016). Empowerment health education program for children undergoing surgery for congenital heart diseases. *Journal of Child Health Care*, 20(3), 354-364.
- Prasopkittikun, T., & Tilokskulchai, F. (2010). Self-efficacy in Infant Care Scale: Revision and further psychometric testing. *Nursing & health sciences*, 12(4), 450-455.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27, 237-242. doi : 10.1016/j.midw.2009.06.005
- Razurel, C., Kaiser, B., Sellenet, C., & Epiney, M. (2013). Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being: a review of the literature. *Women & health*, 53(1), 74-99.
- Rowlands, S. (2010). Social predictors of repeat adolescent pregnancy and focussed strategies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 24(5), 605-616. doi : <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2010.02.016>.
- Sarani, A., Azhari, S., Mazlom, S. R., & Aghamohammadian Sherbaf, H. (2015). The relationship between psychological hardiness and coping strategies during pregnancy. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3(3), 408-417.
- Small, R., Roth, C., Raval, M., Shafiei, T., Korfker, D., Heaman, M... & Gagnon, A. (2014). Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 152
- Viklund, G., Örtqvist, E., & Wikblad, K. (2007). Assessment of an empowerment education programme. A randomized study in teenagers with diabetes. *Diabetic Medicine*, 24(5), 550-556.
- Viklund, G., & Wikblad, K. (2009). Teenagers' perceptions of factors affecting decision-making competence in the management of type 1 diabetes. *Journal of clinical nursing*, 18(23), 3262-3270.
- Waller, A., Bryant, J., Cameron, E., Galal, M., Quay, J., & Sanson-Fisher, R. (2016). Women's perceptions of antenatal care: are we following guideline recommended care? *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 191.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). Strategies for theory construction in nursing 5th edition. *Clinical Nurse Specialist*, 20(6), 308.
- Widarsson, M., Engström, G., Tydén, T., Lundberg, P., & Hammar, L. M. (2015). 'Paddling upstream': Fathers' involvement during pregnancy as described by expectant fathers and mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7-8), 1059-1068.
- Yeh, H. Y., Ma, W. F., Huang, J. L., Hsueh, K. C., & Chiang, L. C. (2016). Evaluating the effectiveness of a family empowerment program on family function and pulmonary function of children with asthma: a randomized control trial. *International journal of nursing studies*, 60, 133-144.
- Zheng, X., Morrell, J., & Watts, K. (2018). A quantitative longitudinal study to explore factors which influence maternal self-efficacy among Chinese primiparous women during the initial postpartum period. *Midwifery*, 59, 39-4.



Conciliation Famille-Travail-Bien-être...

Que vivent les mères et les pères d'aujourd'hui?

Karine Sauvé, PhD(c)

Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Courriel : karine.sauve@uqo.ca

Contexte

Concilier Famille-Travail-Bien-être, est-ce possible pour les parents d'aujourd'hui? Comment parvenir à jongler au quotidien avec les demandes multiples et non coordonnées des contextes de vie sans risquer l'épuisement? Dans un monde marqué par le culte de l'urgence, de la performance et de la multiplication des attentes de réussite, comment les pères et les mères de nos jours perçoivent-ils cette conciliation? Ces questions se posent avec insistance (Aubert, 2003). De surcroît, la documentation scientifique semble indiquer que la façon dont est vécue la conciliation famille-travail (CFT) pourrait avoir d'importantes répercussions sur le quotidien des parents et celui des enfants, engendrant ainsi des conséquences notables sur la santé physique et mentale de tous les membres de la famille (Bigras et al., 2009; St-Amour, Laverdure, Devault & Manseau, 2005).

À la suite des changements observés dans la société, notamment l'entrée massive des femmes sur le marché du travail, l'augmentation et la valorisation de l'engagement paternel, la diversification des modèles familiaux et des types d'emploi, la CFT est devenue un sujet d'actualité au cœur des préoccupations sociales (Dubeau et al., 2014); Beeman, Desjardins, Goulet & Rose, 2006). Les répercussions soulevées précédemment concernant la santé physique et mentale de tous les membres de la famille incluent le manque de temps, le stress, l'irritabilité, l'anxiété, la frustration, les tensions, les conflits entre conjoints ou collègues, les problèmes de santé physique, etc.

(Bigras et al., 2009; St-Amour, Laverdure, Devault & Manseau, 2005). Cela témoigne aussi de la tâche laborieuse que cette CFT peut représenter pour certains parents et ces éléments sont autant de manifestations que de réalités pouvant être vécues à la suite de ces difficultés.

L'état d'avancement de la recherche concernant la CFT

Tel que mentionné, la CFT est un enjeu majeur auquel sont mesurées les familles d'aujourd'hui. Les stratégies disponibles permettant une meilleure CFT ainsi que les impacts importants de celle-ci sur la santé physique et mentale des familles sont aussi abondamment analysés dans la documentation scientifique, mais bien souvent sous l'angle du travail. Effectivement, il est possible d'observer que « l'expérience famille » est quant à elle peu abordée. Pronovost (2003) souligne d'ailleurs que, bien que le sujet de la conciliation famille-travail fasse partie du discours public, il n'en demeure pas moins que l'articulation des rôles de ces deux mondes se réalise essentiellement dans l'espace privé, reposant encore énormément sur l'adaptation des individus aux exigences du travail.

En complémentarité à cela, l'atteinte d'un équilibre entre les différentes sphères de la vie est une condition essentielle à la santé des individus et de leur famille. Malgré cela, il est signalé que la moitié (50 %) des parents salariés (pères et mères) ont *souvent* ou *toujours* l'impression de courir toute la journée pour faire ce qu'ils ont à faire (Lavoie, 2016) et ce, en dépit des mesures de CFT disponibles

en milieu de travail. Finalement, Schneewind et Kupsch (2006) souligneront que les recherches en psychologie sont majoritairement centrées sur les déficits de la CFT (manque de temps, stress, etc.), alors que les bienfaits associés à un juste équilibre ont, quant à eux, été peu recensés.

Les objectifs et la méthodologie

En tenant compte des études recensées et des limites de celles-ci sur l'état des connaissances actuelles, il apparaît clairement que c'est un sujet de société. Toutefois, il y a lieu de revoir la CFT sous l'angle famille et ainsi étoffer l'analyse de la problématique. Puisque le vécu des parents ne semble pas avoir été considérée dans les recherches concernant la CFT, ce projet permettra de mieux concevoir leur expérience et de ce fait, d'identifier les enjeux et les défis pour ces derniers, en fonction de leurs perceptions. Cette posture de recherche qui s'insère dans une démarche réflexive permettra de mieux comprendre comment les familles d'aujourd'hui se sentent de devoir conjuguer les sphères famille-travail et des effets que cela a sur leur bien-être. Considérant aussi que plusieurs recherches rapportent que le fait d'avoir des enfants en bas âge est un défi de plus qui s'insère dans une CFT (Bigras et al., 2009; Lavigneur, Coutu & Dubeau, 2008; Lavoie, 2016; Pronovost, 2007; Roy, 2010; Tremblay, Najem & Paquet, 2006), il s'avère pertinent d'échanger avec les parents d'enfants d'âge préscolaire afin d'en apprendre davantage sur leur expérience.

En gardant en trame de fond les différents systèmes écologiques conçus par Bronfenbrenner en 1979, il y a lieu de permettre aux parents de prendre un temps pour réfléchir entre autres aux moyens disponibles autour d'eux, spécifiquement en regard de leurs réalités vécues (Bronfenbrenner, 2005). Inévitablement, l'ensemble des facteurs (personnels, familiaux, économiques, culturels, géographiques, politiques, etc.) sont susceptibles d'influencer le développement et l'adaptation

d'un parent travailleur (Bronfenbrenner, 2005) et cela met en relief toute l'influence qu'apporte l'interaction entre ce dernier et son propre environnement, en fonction du contexte déterminé où il évolue (Larose, Terrisse, Lenoir & Bédard, 2005; Cloutier et al., 2005; Parent et al., 2008). Les capacités d'adaptation sont ainsi issues de l'équilibre entre les forces et les faiblesses de l'individu, et les occasions et les risques rencontrés avec son environnement (St-Onge, Deschênes & Renaud, 2010; Larose et al., 2005; Bronfenbrenner, 2005). Puisque cette recherche qualitative a pour but d'élargir les connaissances théoriques et expérientielles sur les notions de CFT en se centrant plus précisément sur la sphère privée du vécu des mères et des pères de jeunes enfants, la méthode prônée a été l'entrevue semi-structurée. En accordant de l'importance à une démarche qui se veut réflexive, on visera à connaître la perception qu'a le sujet de sa propre expérience en matière de CFT (Savoie-Zajc, 2009).

La question de recherche du présent projet est donc « Comment les parents (mères et pères) ayant au moins un enfant âgé entre un et cinq ans perçoivent-ils leur réalité en matière de CFT? ». Plus spécifiquement, les objectifs sont : 1) décrire comment les parents se représentent leur CFT; 2) décrire comment ils l'actualisent; et 3) décrire le regard qu'ils posent sur les stratégies qu'ils ont adoptées. Ainsi pour cette recherche, 16 parents (huit couples hétérosexuels, donc huit pères et huit mères), ayant au moins un enfant âgé entre un et cinq ans et vivant dans les régions de l'Outaouais et de Montréal, ont été rencontrés individuellement. Plus spécifiquement, les principaux thèmes abordés dans le cadre de ces entrevues semi-structurées concernent le vécu des parents en regard des défis de la CFT, des valeurs et croyances qu'ils ont envers ces thèmes, des moyens et des ressources autour d'eux qui influencent la conciliation, incluant la coparentalité, de même que leur regard réflexif sur leur vécu personnel concernant leur CFT.

Résultats préliminaires

Bien que le processus d'analyse ne soit pas complété, nous pouvons quand même dégager quelques éléments qui ressortent comme plus importants jusqu'à présent. Tout d'abord, lorsqu'on demande aux parents de décrire comment les parents se représentent leur CFT, il appert clairement que la notion d'équilibre entre les deux grandes sphères est importante, mais aussi avec tous les chapeaux (rôles) sous-jacents. Cela est au cœur de leur conception. Malgré qu'elle puisse être utopique à éteindre dans une vision de « parfait équilibre », on se doit de reconnaître la fragilité de cet équilibre homéostatique puisqu'un ensemble de facteurs viennent influencer cet équilibre et qu'il faut un système de (auto)régulation vigoureux pour arriver à maintenir le cap au quotidien. L'adaptation est dynamique et elle est à distinguer du seul maintien des équilibres initiaux.

Appelés à décrire comment ils actualisent leur CFT, les parents consultés seront en mesure de nommer plusieurs stratégies qui sont utilisées en fonction des réalités du travail, mais aussi en fonction de leur personnalité. C'est aussi à ce moment qu'ils pourront rallier leur actualisation à la présence, ou non, d'un réseau informel pouvant palier et venir en aide. Dans le discours des parents, on peut aussi ressentir une gestion de l'imprévisible, une impression qu'il y a un haut niveau d'hypervigilance en pensant d'emblée aux possibles situations pouvant survenir (ex; fermeture de garderie, virus saisonnier, etc.). La coparentalité, soit le partage des droits et des responsabilités du père et de la mère auprès des enfants (Favez, 2017), et cette notion d'entraide sont alors essentielles pour vivre le quotidien de CFT. C'est d'ailleurs dans cette coparentalité que se jouera la négociation du temps et de l'espace pour prendre soin de soi et du couple.

Ensuite, en décrivant le regard qu'ils posent sur les stratégies qu'ils ont adoptées, l'importance de l'arrimage entre leurs valeurs personnelles,

les valeurs familiales en lien avec les différents systèmes qui les entourent ressortent comme une composante incontournable de leur récit. Résilients, ils rapportent que leur vie apporte son lot de défis et qu'il y a par moment de sérieuses tensions entre les différents rôles qu'ils assument. Plusieurs nommeront l'importance du stress qu'ils ressentent. Suite à cette démarche réflexive, il sera nommé qu'il n'y a pas de recette unique, y compris dans un même milieu de travail. La notion de se connecter aux valeurs personnelles, familiales et même de l'employeur par le biais des valeurs de l'équipe de travail et des gestionnaires, et l'importance de prendre du temps pour aller à rencontre de soi, d'apprendre à se connaître, et ce, à différents moments de sa vie, deviennent alors des principes importants.

En terminant, ajoutons que les résultats préliminaires font aussi ressortir certaines distinctions entre les mères et les pères qui témoignent néanmoins que la charge mentale pour ces parents est notable, que les discours publics dictant les attentes sont fortement intégrés par ceux-ci, qu'il est ardu d'arriver à un équilibre sain et qu'il est difficile de prendre soin de soi, du couple et de la famille en même temps. Il va sans dire qu'un sentiment de culpabilité est nommé et que le stress ressenti a un effet de débordement significatif sur les enfants notamment en termes de disponibilité mentale, de plus grande impatience envers les comportements dérangeants, etc. De plus, les entrevues démontrent que l'aspect réflexif a bel et bien eu un effet et que ce moment passé à discuter de la CFT les a aidés à observer une réalité avec laquelle ils vivent eux-mêmes tous les jours, mais sans s'y arrêter afin de prendre conscience de son impact sur leur vie. Finalement, bien que nous voulions obtenir des données qui amèneront ultérieurement des retombées significatives au niveau de la connaissance, il est aussi souhaité que cela puisse étayer une réflexion collective sur ce sujet qui est plus que d'actualité, c'est un enjeu social.

Références

- Aubert, N. (2003). *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*. Paris : Éditions Champs Flammarion.
- Beeman, J., Desjardins, L., Goulet, N. et Rose, R. (2006). Personne ne doit choisir entre la famille et le travail! Un regard féministe sur la conciliation famille emploi-études, *Comité Conciliation famille-emploi-études*, Conseil d'intervention pour l'accès des femmes au travail, Condition féminine Canada.
- Bigras, N., Blanchard, D., Bouchard, C., Lemay, L., Tremblay, M., Cantin, G... Guay, M-C. (2009). Stress parental, soutien social, comportements de l'enfant et fréquentation des services de garde. *Enfances, Familles, Générations*. 10, 1-30.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.
- Cloutier, R., Gosselin, P., et Tap, P. (2005). *Psychologie de l'enfant*, 2e édition. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Dubeau, D., Pilon, F., & Théorêt, J. (2014). *Inscrire les pères à l'agenda des politiques publiques. Un levier important pour l'égalité entre les femmes et les hommes*. Montréal: Regroupement pour la valorisation de la paternité.
- Favez, N. (2017). *Psychologie de la coparentalité. Concepts, modèles et outils d'évaluation*. Malakoff : Dunod
- Fortin, M.-F. & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives (3e éd.)*. Montréal : Chenelière éducation.
- Larose, F., Terrisse, B. Lenoir, Y. et Bédard, J. (2005). Approche écosystémique et fondements de l'intervention éducative précoce en milieux socioéconomiques faibles. Les conditions de la résilience scolaire. *Brock Éducation*, 13, 2, pp.56-80.
- Lavigueur, S., Coutu, S., et Dubeau, D. (2008). *Rapport de recherche : Les compétences des parents et les ressources qui les aident*. Université du Québec en Outaouais. Groupe de recherche QEMVIE-UQO.
- Lavoie, A. (2016). *Les défis de la conciliation travail-famille chez les parents salariés. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*. Québec : Institut de la statistique du Québec. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/conciliation-travail/conciliation-travail-famille.pdf>
- Parent, C., Drapeau, S., Brousseau, M., et Pouliot, E. (2008). *Visages multiples de la parentalité*. Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Pronovost, G. (2003). Famille et travail : deux mondes à réconcilier. *Bulletin de liaison du Conseil de développement de la recherche sur la famille du Québec*. 4 (1).
- Pronovost, G. (2007). Le temps dans tous ses états : temps de travail, temps de loisir et temps pour la famille à l'aube du XXIe siècle. *Enjeux publics. IRPP Vol. 8, 1*. Repéré à <http://bel.uqtr.ca/653/1/6-19-1843-20070207-1.pdf>
- Roy, M. (2010). Paroles d'acteurs : Garde des enfants, congés parentaux et services aux personnes : Alternatives ou complémentarité des mesures. *Revue Interventions économiques*, 41. 10p.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (5e éd., pp. 337-360). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Schneewind, K. A. et Kupsch, M. (2006). Perspectives psychologiques de la recherche sur les liens entre vie familiale et vie professionnelle, *La revue internationale de l'éducation familiale*. 1-19. pp. 9-30. DOI 10.3917/rief.019.0009
- St-Amour, N., Laverdure, J., Devault, A. et Manseau, S. (2005). *La difficulté de concilier travail-famille : ses impacts sur la santé physique et mentale des familles québécoises*. Québec : Institut national de la santé publique du Québec.
- St-Onge, S., Deschênes, S. et Renaud, S. (2010). Analyse de la relation entre les dispositions personnelles et le conflit travail-famille. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 65-4, pp. 609-631.
- Tremblay, D.-G., Najem, E. et Paquet, R. (2006). Articulation emploi-famille et temps de travail : De quelles mesures disposent les travailleurs canadiens et à quoi aspirent-ils ? *Enfance, Famille et générations*, 4, 52-71.



Besoins des parents vivant une fausse couche aux services d'urgence : résultats d'une étude qualitative auprès de parents et d'infirmières

Tina Emond

Candidate au doctorat, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec

Courriel : tina.emond@umoncton.ca

Problématique

La fausse couche signifie l'arrêt d'une grossesse en raison d'une cause naturelle avant 20 semaines de gestation (Statistics Canada, 2007) et constitue la complication de la grossesse la plus fréquente (Kersting & Wagner, 2012). Plusieurs études rapportent qu'environ 20% des grossesses se terminent par une fausse couche (Engel & Rempel, 2016; National Institute for Health and Care Excellence, 2012).

L'expérience de la fausse couche crée une transition susceptible de causer un état de déséquilibre pour les parents par l'ébranlement des objectifs de vie qui étaient envisagés (Meleis & Trangenstein, 1994; Murphy & Merrell, 2009). La fausse couche peut entraîner des conséquences importantes sur la santé mentale des femmes et des partenaires, quoique les études s'intéressant à ces derniers sont limitées (Cholette, 2012). Les manifestations psychologiques les plus souvent rapportées sont les symptômes de dépression, d'anxiété et de deuil et concerneraient entre 10 et 50% des femmes (de Montigny, Verdon, Meunier & Dubeau, 2017; Lok & Neugebauer, 2007).

Dans plusieurs pays, les parents vivant une fausse couche se présentent aux services d'urgence (SU) pour y être pris en charge (MacWilliams, Hughes, Aston, Field & Moffat, 2016; Warner, Saxton, Indig, Fahy & Horvat, 2012). La visite aux SU constitue souvent la seule opportunité pour ces parents de bénéficier d'un soutien informatif et émotionnel.

Malgré ceci, des recherches rapportent que les parents se déclarent souvent insatisfaits des services reçus aux SU lors de la fausse couche critiquant notamment des soins qui sont centrés uniquement sur l'aspect biomédical (Covington & Rickabaugh, 2006; Wong, Crawford, Gask & Grinyer, 2003). Dans ce contexte, il importe de bien comprendre l'expérience des parents lorsqu'ils consultent les SU lors d'une fausse couche et les interventions qu'il serait requis d'offrir à cette clientèle. Cette étude vise donc à dresser un portrait des besoins des parents se présentant aux SU lors d'une fausse couche.

Méthode

Une étude qualitative descriptive exploratoire a été conduite dans un hôpital de la province du Nouveau-Brunswick, au Canada, auprès de parents (N = 17), d'infirmières (N = 7) et d'infirmières gestionnaires (N = 2). Des entretiens semi-dirigés auprès de parents ont permis de comprendre en profondeur l'expérience vécue lors de leur visite aux SU et ceux effectués auprès des infirmières ont permis de comprendre leurs perceptions de l'expérience des parents ainsi que le contexte de soins qui y est associé.

Deux cadres conceptuels ont été utilisés pour développer les canevas d'entretien et pour analyser et interpréter les données. D'abord, le modèle logique d'approche théorique de Kellogg Foundation (2004) pour le développement d'interventions a

été utilisé étant donné que la présente étude faisait partie d'une recherche plus étendue qui vise ultimement le développement d'une intervention pour améliorer l'expérience des parents aux SU. La présente étude cible la deuxième étape du modèle logique, soit l'évaluation des besoins de la population ciblée. Ensuite, la théorie de la transition de Meleis (2015) a été utilisée pour conceptualiser l'expérience de la fausse couche. Étant donné que l'expérience de transition lors d'une fausse couche dépasse le contexte de la visite aux SU, les concepts de la théorie qui ont eu le plus d'utilité pour la présente étude sont ceux de conditions de changements, de modes de réponses et d'interventions infirmières.

Résultats

L'analyse des entrevues des participants a permis d'identifier huit principaux besoins des parents lors de leur séjour aux SU à partir des conditions de changements qui influençaient le plus les réponses des parents. Ces besoins ont pu être regroupés en trois catégories soit : les besoins physiques, cognitifs et émotionnels.

Besoins physiques

Besoin de passer rapidement des examens diagnostiques sur la viabilité de la grossesse. Lorsque les femmes ont consulté les SU, elles s'attendaient à passer les examens diagnostiques nécessaires permettant de confirmer la viabilité de la grossesse. Plusieurs parents ont indiqué avoir passé tous les examens nécessaires lors de leur visite et ont indiqué qu'il s'agissait de l'élément qu'ils ont le plus apprécié de leur séjour aux SU puisque cela leur a permis d'avoir une idée précise de la viabilité de la grossesse. Cependant, certains couples ont rapporté ne pas avoir passé ces tests. Ils ont quitté les SU inquiets sans savoir s'ils avaient perdu ou non le bébé et ont exprimé leur insatisfaction quant aux soins reçus pour cette raison. Pour ceux ayant passé les examens, certains ont

mentionné que le long délai avant de passer les examens et d'en recevoir les résultats avait négativement influencé leur expérience.

Besoin de planifier un rendez-vous de suivi avec un professionnel de la santé. Au moment du départ des parents des SU, un suivi avec un professionnel de la santé n'est pas systématiquement planifié. En fait, seules les femmes ayant reçu un traitement chirurgical à la suite de la fausse couche se sont vu offrir un suivi post-opératoire. La majorité des parents ont discuté du besoin d'avoir un suivi avec un professionnel de la santé afin d'apaiser leurs inquiétudes en lien avec leur santé physique et émotionnelle.

Besoins cognitifs

Besoin de recevoir des explications détaillées au moment de l'annonce du diagnostic par le médecin. Plusieurs parents auraient souhaité recevoir davantage d'explications lors de l'annonce de la fausse couche, que ce soit en lien avec les causes, la fréquence des fausses-couches et les différents résultats des examens diagnostiques. Plusieurs infirmières ont précisé que c'est la responsabilité du médecin d'annoncer le diagnostic et d'offrir l'information nécessaire aux parents à ce sujet. Elles ont également indiqué qu'elles n'avaient pas souvent l'occasion de fournir de l'information complémentaire aux parents car ils quittent souvent les SU suite à l'annonce de la fausse couche par le médecin.

Besoin de recevoir l'information nécessaire au rétablissement suite à la fausse couche. Les parents et les infirmières ont fait état des multiples questionnements qu'amène la fausse couche et ont tous relevé le besoin d'information des parents lors de leur séjour aux SU en vue de faciliter leur rétablissement et de réduire leurs inquiétudes. Les parents ont exprimé un manque d'information global au sujet de l'expérience de la fausse couche. Certaines infirmières ont indiqué ne pas connaître

les informations importantes qui devraient être transmises aux parents et ont souligné le manque d'uniformité dans l'information transmise en raison de l'absence de lignes directrices.

Besoin de recevoir de l'information écrite sur l'expérience de la fausse couche et sur les services de consultation disponibles. Les parents et les infirmières ont relevé l'importance de mettre à la disposition des parents de l'information écrite au sujet de la fausse couche et des services de consultation disponibles. Plusieurs raisons ont été invoquées dont le fait que les parents n'aient retenu que partiellement l'information transmise oralement aux SU étant donné l'état émotionnel dans lequel ils se trouvaient.

Besoins émotionnels

Besoin de recevoir des soins axés sur la santé émotionnelle. Les parents ont souligné l'écart entre l'intensité des émotions ressenties aux SU lors de la fausse couche et les soins reçus. Les parents ont rapporté avoir vécu des émotions intenses aux SU telles que de la tristesse, de la détresse, de la culpabilité, de l'inquiétude, un état de choc et des sentiments d'impuissance, de solitude et d'abandon. Malgré ceci, les parents ont rapporté que les soins qui leur étaient offerts étaient uniquement centrés sur la dimension physique.

Besoin de la mère d'être accompagnée du partenaire. Les parents, comme les infirmières, ont souligné que l'expérience de la fausse couche est un événement qui touche les deux parents et qu'il est préférable qu'ils soient ensemble aux SU.

Besoin d'intimité lors du séjour aux SU. Le besoin des parents d'être placés dans un environnement privé, calme et intime a été relevé tant par les parents que les infirmières. Pour certains parents, l'élément marquant de leur séjour aux SU fut le

manque d'intimité étant donné qu'ils ont dû attendre dans la salle d'attente malgré la douleur intense, les saignements et l'état émotionnel dans lequel ils se trouvaient. Bien que certaines infirmières aient reconnu le besoin d'intimité des parents, elles ont indiqué qu'il n'était pas toujours possible de combler ce besoin en raison du manque de locaux disponibles.

Discussion

Pour tous les parents, la fausse couche a été un événement marquant qui a eu un impact significatif dans leur vie. Malheureusement, les infirmières n'ont pas joué un rôle de premier plan pour faciliter le processus de transition des parents et ce, principalement en raison de contraintes organisationnelles aux SU. Ces contraintes ont généré trois écarts entre les soins requis et les soins qui ont été fournis. D'abord, un écart important a été relevé entre l'intensité des émotions des parents et les soins reçus qui étaient centrés uniquement sur la dimension physique. Deuxièmement, un manque d'information orale et écrite a contribué à une insatisfaction dans les soins reçus. Finalement, l'absence de lignes directrices pour les infirmières et les autres professionnels de la santé ont contribué à des lacunes multiples dans les soins.

Conclusion

Plusieurs parents qui ont consulté les SU lors d'une fausse couche étaient insatisfaits des soins reçus en raison de besoins non comblés. Différentes contraintes organisationnelles ont nui à l'offre de soins optimaux. Il s'avère entre autres important de développer et d'adopter des lignes directrices pour les soins offerts lors de la fausse couche aux SU pour améliorer la qualité des soins et la satisfaction des parents.

Références

- Cholette, M.E. (2012). Through the eyes of a father: A perinatal loss. *International Journal of Childbirth Education*, 27 (2), 33-38.
- Covington, D., & Rickabaugh, B. (2006). Caring for the patient with a spontaneous abortion. *Journal of Emergency Nursing*, 32, 513-515. doi: 10.1016/j.jen.2006.07.011
- De Montigny, F., Verdon, C., Meunier, S., & Dubeau, D. (2017). Women's persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: The role of childlessness and satisfaction with healthcare services. *Archives of Women's Mental Health*, 20, 655-662. doi: 10.1007/s00737-017-0742-9
- Engel, J., & Rempel, L. (2016). Health professionals' practices and attitudes about miscarriage. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41, 51-57. doi: 10.1097/NMC.0000000000000207
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clinics Neuroscience*, 14, 187-194.
- Lok, I. H., & Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21, 229-247. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.11.007
- MacWilliams, K., Hughes, J, Aston, M., Field, S., & Moffat, F.W. (2016). Understanding the experience of miscarriage in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 42, 504-512. doi: 10.1016/j.jen.2016.05.011
- Meleis, A.I. (2015). Transitions Theory. In M.C. Smith & M.E. Parker (Eds.), *Nursing theories and nursing practice* (4th ed., pp. 361-380). Philadelphia, PA: FA Davis Company.
- Meleis, A.I., & Trangenstein, P.A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42, 255-259.
- Murphy, F., & Merrell, J. (2009). Negotiating the transition: Caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1583-1591. doi : 10.1111/j.1365-2702.2008.02701.x
- National Institute for Health and Care Excellence. (2012). *Ectopic pregnancy and miscarriage: Diagnosis and initial management*. Retrieved from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg154>
- Statistics Canada. (2007). *Pregnancy outcomes 2004*. Retrieved from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-224-x/2004000/4069616-eng.htm>
- Warner, A., Saxton, A., Indig, D., Fahy, K., & Horvat, L. (2012). Women's experience of early pregnancy care in the emergency department: A qualitative study. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15, 86-92. doi: 10.1016/j.aenj.2012.02.002
- Wong, M.K.Y., Crawford, T.J., Gask, L., & Grinyer, A. (2003). A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *British Journal of General Practice*, 53, 697-702. doi: 10.3399/bjgp09X407045
- W.K. Kellogg Foundation (2004). *Logic Model Development Guide*. Michigan: W.K. Kellogg Foundation. Retrieved from: [file:///C:/Users/usager/Downloads/LogicModel%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usager/Downloads/LogicModel%20(1).pdf)



Deuil et famille, expériences et défis d'intervenants œuvrant en première ligne : réflexions et constats pour améliorer les interventions familiales

Chantal Verdon

Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

Courriel : chantal.verdon@uqo.ca

Contexte

Les intervenantes qui œuvrent à titre de praticienne en première ligne rencontrent des familles qui vivent toutes sortes de situations complexes, dont le deuil. Ce type de deuil implique des suivis spécialisés auprès de la famille considérant les répercussions importantes de cette transition sur l'ensemble des membres de la famille. Les connaissances sur le vécu familial lors d'un deuil portent surtout sur les mères. Or, plus récemment, une étude a mis en lumière le vécu des pères vivant le décès d'un bébé durant la grossesse ou dans les jours suivant sa naissance (deMontigny et al., 2017). Ainsi, nous savons que ces pères ont tendance à peu utiliser les ressources, jouent un rôle de soutien important auprès des membres de leur famille et utilisent bien souvent des stratégies d'évitement, voire de fuite au moment du décès et dans les mois qui suivent. On constate que les services et les soins ne sont pas offerts d'emblée, surtout si les personnes expriment peu et ne reconnaissent pas leurs propres besoins. Aussi, des données récentes (deMontigny & al., 2017) démontrent que par exemple les pères sont à risque de vivre des répercussions importantes sur leur propre santé mentale. Un malaise est entre autres palpable chez les infirmières à la fois pour intervenir dans un contexte de deuil (Hill et al., 2014) et dans un second temps, à intervenir auprès des hommes. Ces deux malaises sont peu documentés dans un contexte de deuil familial.

But et questions recherche

Cette étude vise à documenter les perceptions et les croyances des intervenants qui œuvrent dans les secteurs de première ligne, un secteur d'activité où ils sont susceptibles de rencontrer des familles dont des hommes endeuillés. Le but du projet est de documenter ce qu'ils pensent et croient sous l'angle de leurs perceptions des personnes en deuil, de leurs pratiques qu'ils mettent en place dans un tel contexte de soins et de leur sentiment de compétence à cet égard. Plus spécifiquement, ce projet veut répondre aux questions suivantes : Comment les intervenants se sentent face à ce type de soutien à court, moyen et plus long terme. Comment évaluent-ils les besoins des familles? Comment agissent-ils auprès des familles endeuillées? Comment font-ils face à leurs propres malaises et réactions à travers leurs interventions?

Méthode, échantillon et analyse

La méthode de recherche est qualitative de type descriptive et les participants ont été rencontrés dans le cadre d'une entrevue individuelle via *face-time*. Ces entrevues ont duré entre 30 à 45 minutes chacune. L'*échantillon* est composé de 15 intervenantes, dont 13 infirmières qui exercent en première ligne et deux (2) intervenantes qui exercent en santé psychosociale (une travailleuse sociale et une psychoéducatrice); certaines infirmières (N7) ont un titre de praticienne avancée, d'autres sont en voie de le devenir (N 4); deux détiennent un

diplôme collégial. Les expériences en pratiques cliniques des participants sont multiples : soins palliatifs, urgence, santé mentale, santé communautaire. Neuf participantes ont des contacts réguliers avec des familles endeuillées (dont une exerce essentiellement avec cette clientèle) et deux ont de rares contacts avec cette clientèle. L'analyse des données s'est déroulée en quatre étapes : 1) lecture des verbatim des entrevues, 2) identification et sélection des passages-clés, 3) regroupement en catégories et 4) détermination de thèmes qui constituent les résultats.

Résultats

Les résultats menés auprès de 15 intervenantes en première ligne révèlent des aspects intéressants. D'abord, un instrument mesurant le sentiment de compétence en 12 questions a été utilisé. Les données révèlent que l'âge et le nombre d'années d'expérience auprès de la clientèle endeuillée n'influencent pas le sentiment de compétence. De plus, être souvent ou régulièrement en contact avec cette clientèle n'entraîne pas un meilleur sentiment de compétence. Les entrevues individuelles mettent en perspective deux types de savoir, qui teintent les expériences, les perceptions et les croyances des intervenants rencontrés. Ces savoirs semblent nettement influencer les interventions mises en place envers des familles endeuillées. Il s'agit du savoir théorique (ce que connaît l'intervenant quant à ses connaissances scientifiques); et le savoir pratique (ce qu'a appris l'intervenant par son expérience professionnelle et expérience personnelle). Ces deux types de savoir (Adler, 1978) s'articulent autour de trois thèmes : 1) Les réactions de deuil normales; 2) La conception du deuil au masculin et 3) Le legs des expériences personnelles.

Les réactions de deuil normales. Les intervenantes sont influencées par des connaissances scientifiques apprises dans leur formation. Toutefois, celles-ci peuvent être remises en question à travers

leurs propres conceptions du deuil, puisqu'elles émettent des croyances qui parlent aussi d'un bagage plus personnel. INT14. « *Après 4 semaines, je suis inquiète si je ne vois pas de changement. Je crois que si la personne était malade depuis longtemps le processus du deuil est entamé, avant un peu ...on s'attend à réagir un peu moins. (...). Bien je sais qu'il y a les phases du deuil que j'ai déjà apprises, mais je ne le sais plus.* ». INT08. « *À partir du moment où ça m'inquiète, c'est vraiment si je considère que la personne elle a peut-être des émotions disproportionnées.* ». INT09. « *Ça ne finit jamais, je pense que c'est pour la vie.* ».

La conception du deuil au masculin. Le deuil chez les hommes rapporté par les participantes illustre bien l'amalgame du savoir théorique et pratique, les deux à la fois. On comprend à la lumière de leurs réflexions que l'expérience personnelle vient remettre en question leurs connaissances scientifiques. Elle se questionnent beaucoup à travers leur conception du deuil chez les hommes. INT03. « *... peut-être parce que tu sais les femmes on parle plus, je ne sais pas s'il y a des données scientifiques là-dessus?* ». INT02. « *Je ne pense pas qu'il y a une différence (...) entre les hommes et les femmes (...). Mon chum est sensible, il peut venir l'œil dans l'eau facilement et il va en parler... qu'il trouve ça difficile, mais il va passer rapidement à autre chose, il n'en parlera pas pendant 100 ans.* ». INT04. « *Euh en théorie on ne devrait pas en voir des différences, mais, tu sais oui souvent les hommes, c'est un peu moins, c'est aussi un peu moins connu...* ».

Le legs des expériences personnelles. Ce troisième thème illustre comment le savoir pratique peut devenir à lui seul, parfois, une norme au savoir théorique pour l'intervenante. Son expérience personnelle remet en question son savoir théorique. INT 10. « *(...) j'ai vécu deux deuils très importants dans ma vie ...j'avais accompagné plusieurs personnes dans le deuil avant cet événement ...ça a tout chamboulé, je savais plus en quoi je croyais, je*

ne savais plus...ce que je pensais croire avant... Donc ça a beaucoup changé ma façon de voir le deuil, je pense que ça a teinté mes futures interventions... ». INT 11. « J'ai perdu une amie il y a 4 ans, du même âge que moi ...ça je l'ai vécu plus difficilement puis j'y repense beaucoup, assez souvent...mais je ne suis jamais restée dans un deuil pathologique...». Et finalement, les intervenants qui n'ont pas ce savoir pratique semblent trouver difficile d'intervenir avec pour seule assise, le savoir théorique. INT14. « Tu sais moi je n'ai jamais vécu de deuil personnellement. Je pense que c'est pour ça que je ne sais vraiment pas quoi dire, comment réagir. ».

Retombées

Cette étude pilote décrit des défis que vivent les intervenants face au suivi de la clientèle endeuillée. Orienter les familles à travers des interventions familiales thérapeutiques implique de comprendre d'où viennent nos propres perceptions et croyances à titre d'intervenants face au processus de deuil normal. Cette étude met en perspective que le savoir théorique peut être contradictoire au savoir pratique et expérientiel. Or, l'expérience plus personnelle du deuil est une situation unique à chacun. Avoir vécu cette expérience peut représenter

un atout pour mieux accompagner une famille endeuillée. Toutefois, une expérience personnelle peut aussi représenter un inconvénient, si elle est contradictoire avec le vécu de la famille ou si elle amène l'intervenant à se fermer à d'autres possibilités (Wright et Leahey, 2014). Le savoir pratique de l'intervenant, s'il devient la norme, peut donc influencer la qualité de l'accompagnement, son ouverture à explorer les réactions de deuil des familles et le vécu des hommes endeuillés. Aussi, ce type de savoir influence le savoir-être qui peut nettement agir sur les réactions de deuil des familles à court, moyen et long terme, une situation déjà observée récemment avec une clientèle immigrante endeuillée (Verdon et al., 2018). Par conséquent, le savoir théorique doit offrir des connaissances qui remettront le savoir pratique en question. Il doit miser sur le développement d'une approche plus personnalisée auprès de la famille endeuillée, tout en remettant en question les perceptions, les croyances et les expériences personnelles des intervenants. Ce savoir théorique, en décrivant les malaises et les limites des intervenants, renouvelle un savoir plus près de ce qu'est la science dans un contexte d'accompagnement au deuil et à la mort, une science qui se doit d'être plus souple dans sa façon de décrire la normalité des réactions de deuil.

Références

- Adler, M. J. (1978). *Aristotle for Everybody*. New York: MacMillan.
- deMontigny, F., Verdon, C. & Gervais, C. (2017). *Assisting fathers in mourning following the death of an unborn child*. Movember Foundation Final Project Report, Mental Health Suicide Prevention, Gatineau, Qc : UQO.
- deMontigny, F., Verdon, C., Lord-Gauthier, J. & Gervais, C. (2017). *Décès périnatal, le deuil des pères*. Montréal : Éditions CHU Sainte-Justine.
- Hill, J. E., White, S., Hopkins Hutti, M., Polivka, B., Clark, P. R., Cooke, C., . . . Clemens, S. (2014). The Meaning, Experiences, and Behaviors of Nurses Caring for Women With a Perinatal Loss. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(Supp 1), S76-77. doi:10.1111/1552-6909.12444
- Verdon, C, deMontigny, F., Séguin, M., Gervais, C., & Meunier, S. (2018). Santé familiale en première ligne : représentations du vécu et des pratiques professionnelles des intervenants de la santé et des services sociaux en contexte de décès et de deuil.
- Verdon, C., Zeghiche, S., deMontigny, F., Gervais, C., & Côté, I. (2018). Immigration et deuil périnatal : Expérience des femmes et soutien social. CRSH. Rapport de recherche final. St-Jérôme. UQO.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2014). *L'infirmière et la famille : Guide d'évaluation et d'intervention* (4^e ed.). Montréal : Éditions du Nouveau Pédagogique Inc.



Comprendre la spiritualité des parents après la mortinaissance : méta-synthèse qualitative

Willyane de Andrade Alvarenga

Doctorat en sciences infirmières

Université du Québec en Outaouais

Courriel: willyalvarenga@hotmail.com

Introduction

Il est connu que l'expérience d'une mortinaissance est un défi pour les parents, cependant, il est nécessaire pour les infirmières de mieux comprendre les enjeux au plan spirituel, afin de mieux accompagner la souffrance. La spiritualité est un aspect dynamique et intrinsèque de l'humanité à travers lequel on cherche le sens ultime, le but, la transcendance et l'expérience des relations avec soi-même, la famille et les autres, y compris la communauté, la société, la nature et le significatif ou sacré (Puchalski, Vitillo, Hull, & Reller, 2014). Il se compose de trois composantes principales: la connectivité, la transcendance et la signification de la vie (Weathers, McCarthy, & Coffey, 2016), ainsi que de multiples dimensions distinctes comme les croyances spirituelles ou religieuses, les rituels et les pratiques, l'adaptation, la détresse, la relation avec le transcendant, le sens du sens et le but de la vie (Steinhauser et al., 2017). Bien que le phénomène de la spiritualité soit inhérent à l'expérience de l'accouchement (Crowther & Hall, 2015) et au deuil (Steffen & Coyle, 2011), aucune étude n'a examiné la spiritualité des parents endeuillés après un mortinaissance pour bien la comprendre et explorer son influence sur le processus du deuil des parents. Ainsi, cette méta-synthèse s'ajoutera à l'ensemble des connaissances existantes, car on en sait peu sur la spiritualité des parents à la suite d'un mortinaissance.

Objectif

L'objectif est de synthétiser les données qualitatives d'études primaires afin de mieux comprendre l'expérience de la spiritualité des parents et son lien avec l'adaptation après la mortinaissance.

Méthode

Cette recension est une méta-synthèse qualitative (Sandelowski & Barroso, 2007) qui a suivi les lignes directrices ENTREQ- Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative Research (Tong, Flemming, McInnes, Oliver, & Craig, 2012) et l'outil CASP-Critical Appraisal Skills Programme pour évaluer la qualité des études. Cinq bases de données (PUBMED, CINAHL, PsycINFO, LILACS et SCOPUS) ont été utilisées et les mots-clés utilisés: «family», «perinatal death», «spirituality», «religion», et «qualitative studies». Opérateurs booléens: «AND» et «OR». Un total de 21 études qualitatives a été identifiées. Une synthèse thématique a été réalisée pour synthétiser les résultats (Thomas & Harden, 2008).

Résultats

Les études incluses dans cette méta-synthèse ont impliqué 570 parents (91% de femmes et 9% d'hommes) de 13 pays : Suède (n=4), Taïwan (n=4), Israël (n=2), Iran (n=1), Iran (n=1), Afrique du Sud (n=1), Royaume-Uni (n=1), Australie (n=1), Irlande du Nord (n=1), Irlande (n=1), Somaliland (n=1), Brésil (n=1), Malaisie (n=1) et Japon (n=1).

Ceux-ci ont ensuite été intégrés dans deux thèmes analytiques (Figure 1), englobant: (i) **La souffrance spirituelle des parents après la mortinaissance**, qui ont quatre thèmes descriptifs: expressions contradictoires d'espoir et de manque d'espoir; profonds questionnements et manque de sens; expériences de crise spirituelle; et sentiment de déconnexion par rapport à soi et au monde extérieur, et (ii) **Les aspects de la spiritualité qui facilitent le processus d'adaptation**, qui ont quatre thèmes descriptifs: recréer le lien avec le bébé décédé; assurer la destination idéale de l'âme du bébé décédé; adopter des croyances facilitantes; et trouver de la force en soi, les autres et la nature. Des stratégies peuvent être utilisées pour intégrer la spiritualité dans les soins du deuil des parents telles que: (a) soins compatissants: reconnaître et valider leur deuil; leur donner le temps de s'adapter; offrir des informations et un soutien pour les aider à prendre des décisions concernant le déroulement

de la naissance; (b) mobiliser des ressources spirituelles pour aider les parents à trouver un sens, de l'espoir et de la force dans le processus de deuil: faciliter l'expression de l'amour, de bons souvenirs et les liens avec le bébé; promouvoir le soutien social; respecter les croyances religieuses et les coutumes folkloriques; et permettre la pratique des rituels ou des cérémonies qui leur sont utiles; (c) Discuter des besoins spirituels, du soutien professionnel et des services d'aumônerie pour les parents qui le souhaitent.

Conclusion

Les résultats mettent en lumière une approche des soins de santé plus sensible sur le plan culturel et spirituel, qui tient compte des croyances des parents, des coutumes folkloriques, de la religion, des valeurs et des besoins spirituels, facilitant le processus de deuil périnatal.

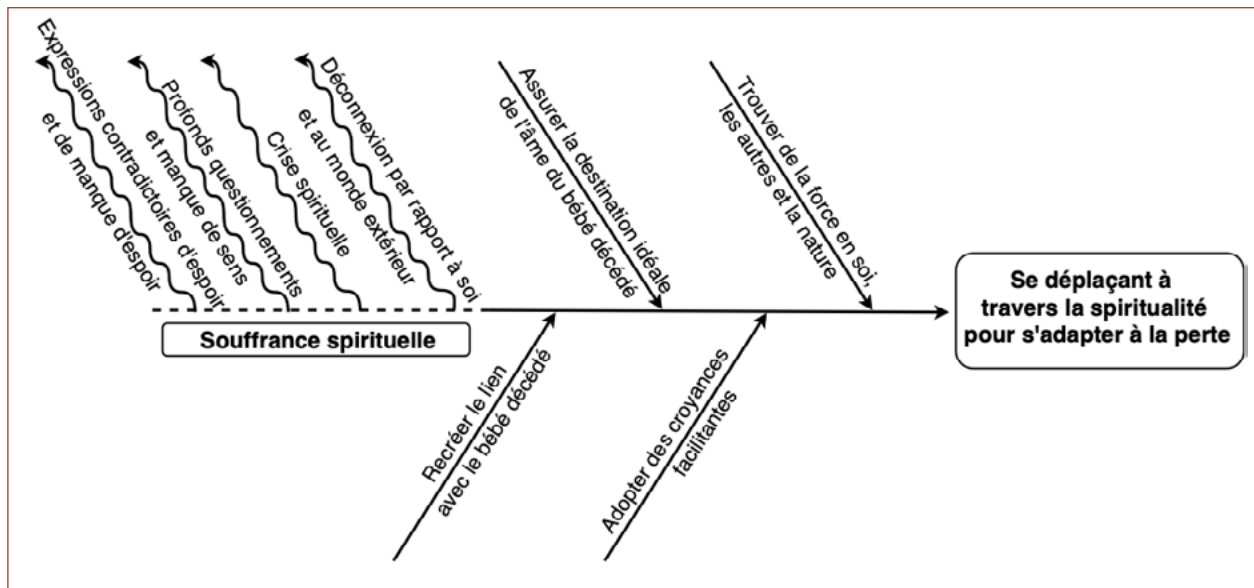


Figure 1. La spiritualité et sa relation avec l'adaptation parentale après la mortinaissance (Alvarenga et al., 2019).

Références

- Alvarenga, W. de A., de Montigny, F., Zeghiche, S., Polita, N. B., Verdon, C., & Nascimento, L. C. (2019). Understanding the Spirituality of Parents Following Stillbirth: A Qualitative Meta-synthesis. *Death Studies*, [in press].
- Crowther, S., & Hall, J. (2015). Spirituality and spiritual care in and around childbirth. *Women and Birth*, 28(2), 173–178. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.001>
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2007). *Handbook for Synthesizing Qualitative Research* (1st ed.). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Steffen, E., & Coyle, A. (2011). Sense of Presence Experiences and Meaning-Making in Bereavement: A Qualitative Analysis. *Death Studies*, 35(7), 579–609. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.584758>
- Steinhauser, K. E., Fitchett, G., Handzo, G. F., Johnson, K. S., Koenig, H. G., Pargament, K. I., ... Balboni, T. A. (2017). State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(3), 428–440. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.028>
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Tong, A., Flemming, K., McInnes, E., Oliver, S., & Craig, J. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12(1), 181. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181>
- Weathers, E., Mccarthy, G., & Coffey, A. (2016). Concept Analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach. *Nursing Forum*, 51(2), 79–96. <https://doi.org/10.1111/nuf.12128>



Les pères et leur rapport avec la justice et la DPJ : le divorce des cultures?

Jacques Roy, sociologue

Professeur associé à l'UQAR

Chercheur au Pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes

Courriel : roy-jacques@bell.net

Problématique

Le soliloque entre les pères et le milieu de la justice, incluant la DPJ, constitue un phénomène observé dans le champ des pratiques et documenté dans les écrits. Tant le système de justice que les pères sont régulièrement exposés à un conflit de cultures où les points de référence de chacun ne sont pas les mêmes pour comprendre le point de vue de l'autre. Parallèlement, l'accessibilité à la justice constitue un enjeu important depuis une décennie dans le milieu juridique. Une volonté du système judiciaire d'être moins complexe et de se rapprocher des citoyens est manifeste dans bon nombre d'écrits sur la question.

Pour notre part, au centre de ressources pour hommes AutonHommie, nous avons réalisé un projet de recherche-action sur un an, soit de janvier à décembre 2017, auprès de pères dans le contexte de leur rapport avec la justice et la DPJ. Pour l'essentiel, le projet a consisté en un accompagnement professionnel auprès d'un échantillon de 63 hommes clients d'AutonHommie dans leurs démarches auprès de la justice et de la DPJ. Les hommes avaient 18 ans et plus et ils demeuraient dans la région de la Capitale-Nationale.

La moitié des interventions (50%) ont eu lieu aux bureaux d'AutonHommie, le quart (26%) à la DPJ, 14% dans des cabinets d'avocats et 10% devant les tribunaux (Tribunal de la Jeunesse, Chambre

criminelle et pénale et Cour supérieure). Des analyses de dossiers et d'entrevues ont été réalisées.

Pour les fins du projet, l'accompagnement professionnel a consisté à préparer avec le client sa rencontre avec l'intervenant du milieu de la justice ou de la DPJ, à l'accompagner lors de la rencontre et à faire le bilan avec lui après celle-ci. Précisons que l'accompagnement professionnel implique une sensibilisation du client aux us et coutumes du milieu de la justice. Il sert à mieux identifier et à mieux communiquer les besoins du client en lien avec la justice. Enfin, il concourt à favoriser une relation optimale avec les intervenants du milieu de la justice.

L'objectif de la communication consiste à identifier et à partager une lecture des aspects de cultures en présence qui contribuent à la distance entre les pères et les intervenants. Cette réflexion est basée sur l'expérience d'un an vécue dans le cadre de la recherche-action.

Des constats du divorce des cultures

Tout rapport entre une personne et un intervenant au sein d'une organisation est un rapport de cultures. Les façons de penser, de voir et de sentir peuvent être différentes. Des valeurs s'entrechoquent et les mots n'ont pas toujours la même signification.

L'expérience de l'accompagnement professionnel a mis en évidence quatre dimensions se référant à des questions de cultures différenciées :

L'opposition entre le contrôle social des institutions et la quête d'autonomie des hommes

C'est peut-être la dimension la plus évidente d'une collision culturelle annoncée. Le système de justice et la DPJ sont des institutions qui exercent sur une base volontaire ou non un contrôle social, parfois sur des aspects de la vie intime des individus. Or, s'il est un phénomène bien documenté dans la littérature scientifique, c'est bien la volonté d'autarcie des hommes. Une indication : dans un sondage réalisé en 2014 auprès de 2,084 hommes québécois, 92% des répondants soulignent « ne pas aimer se sentir contrôlés par les autres », 85% rapportent que « quand j'ai un problème, j'essaie de le résoudre tout seul »; 75% confient que « j'aime mieux régler mes problèmes par moi-même » et la moitié des répondants (52%) considèrent que leur vie privée est importante et ne souhaitent pas qu'une autre personne soit au courant de leur problème (Tremblay et al. , 2015). Et comme pères, ce dernier aspect prend un relief particulier.

C'est ainsi que, dans le cadre de l'expérience d'accompagnement professionnel, il a été observé qu'un sentiment d'injustice et de ne pas être écoutés, étaient, au point de départ, des obstacles chez les hommes rencontrés, tout particulièrement sur le plan des relations entre les pères et la DPJ. Également, avec des intervenants/tes de la DPJ, la méfiance et la frustration de sentir que leur vie privée était « contrôlée » ont été des attitudes rencontrées régulièrement chez les hommes participants. Aussi, la perception que leur expérience comptait pour peu dans les plans de services, les décisions à prendre et les méthodes éducatives parentales utilisées, donc une absence d'autonomie ressentie dans leur rôle de père. Enfin, le pouvoir de l'institution, tel que compris par les hommes en matière de justice et de protection de la jeunesse, pouvait avoir pour effet chez eux

de créer une sorte d'inhibition dans l'expression de leur vision des choses et de leurs besoins. C'est ce que des hommes nous ont rapporté. La table était mise pour un rendez-vous manqué.

La complexité du droit et des procédés administratifs

Les institutions du milieu de la justice incluant la DPJ ont une culture propre qui s'inscrit parfois à distance de celle des hommes en raison du langage technique et de la complexité du système de justice ou de protection de la jeunesse. Ainsi, combien de fois, des pères ont raconté avoir dit à leur avocat qu'ils avaient bien compris leur dossier et les recours nécessaires alors qu'il n'en était rien. Et c'était davantage vrai pour la clientèle peu scolarisée. Le problème également, c'est que ces pères n'arrivaient pas toujours à pouvoir dire ce qu'ils recherchaient pour eux et pour leurs enfants. Du côté de la DPJ, même scénario avec, par exemple, des plans de services qui leur apparaissent étrangers à leur réalité, mais qu'ils signent volontiers. L'engagement formel ainsi obtenu au plan de services ne sera donc pas nécessairement perçu de la même façon entre le père et les intervenants ou l'organisation.

Le syndrome de la parole aliénée

Au départ de l'intervention, il n'était pas rare que certains hommes aient confié se sentir totalement incompris par les intervenants. De guerre lasse, ils ne parlaient plus, se réfugiaient dans un mutisme ou devinaient ce qu'il fallait dire ou ne pas dire. Sans compter parfois l'injonction fatale : « communiquez- nous vos émotions Monsieur, on vous écoute! » Ils se sentaient parfois démunis en raison de leur déficit de parole devant des intervenants instruits, maniant avec aisance un savoir professionnel. Surtout, ils n'avaient pas toujours une confiance suffisante en eux pour donner leur point de vue, apporter les nuances utiles, bref, s'inscrire dans un dialogue véritable où il y aurait une inter-pénétration culturelle favorisant ce dialogue.

La verticalité des services par rapport à l'horizontalité recherchée par les hommes

Dernier trait de culture inscrivant la distance entre les hommes et les services : les institutions de justice sont de nature « verticale », c'est-à-dire qu'il y a un rapport d'autorité alors que les hommes recherchent un rapport « horizontal », c'est-à-dire plus égalitaire entre eux et les intervenants. C'est précisément ce type de rapport, soit un rapport horizontal, qui, selon la littérature scientifique, donnerait les meilleurs résultats auprès des pères sur le plan de l'intervention (Roy et al., 2014).

Dans le cadre du projet, le travail d'accompagnement professionnel a permis de réduire en partie cette distance culturelle en opérant une sorte de médiation entre les hommes et les institutions favorisant ainsi une plus grande compréhension mutuelle. Cette médiation a pris différentes formes allant d'interventions de base (par exemple, encourager les hommes à entrer en contact avec la DPJ ou avec la justice quand celles-ci s'adressent à eux, faire voir les avantages de collaborer avec elles et les inconvénients majeurs de s'y soustraire) à d'autres interventions plus approfondies (échanges avec des intervenants de ces milieux afin de partager une lecture des réalités des hommes et d'ajuster les perceptions et les stratégies en conséquence, rapprocher les clients et les intervenants pour favoriser la réalisation de plans de services correctionnels ou de plans d'interventions de la protection de la jeunesse).

Une autre partie du travail a consisté à agir comme intermédiaire auprès des avocats afin que les points de vue et les besoins des clients soient bien compris et, qu'à l'inverse, les clients aient une bonne compréhension des options proposées par leur avocat. Cette dimension a revêtu une importance accrue auprès d'hommes moins scolarisés.

C'est dans cette perspective que s'est posé le rôle d'accompagnateur exerçant une médiation entre

deux cultures, celle des hommes, celle des organisations de services dans le secteur de la justice.

Notre expérience accrédite l'importance d'accorder une place privilégiée au cadre culturel pour mieux comprendre et interpréter le foyer d'interactions existants entre les clients et les intervenants, entre les hommes et les institutions.

Conclusion

L'expérience de l'accompagnement professionnel à AutonHommie auprès d'hommes s'est avérée concluante sur certaines dimensions-clés de l'accessibilité à la justice chez les pères, tout particulièrement sous l'angle des cultures en présence. Elle a notamment mis en évidence les effets positifs de l'accompagnement professionnel sur un rapprochement père et intervenant, sur une meilleure compréhension mutuelle des réalités de chacun, sur la persévérance des pères dans leurs démarches ainsi que sur le fait, qu'à leur avis, ils ont gagné en confiance à travers les étapes du processus judiciaire ou de protection de la jeunesse. Bref, l'accompagnement professionnel a permis une médiation culturelle entre les pères et la justice ainsi qu'avec la DPJ pour le bien-être des pères et de leur famille.

Références

- Étienne, J., Bloess, F., Noreck, J.-P. et Roux, J.-P. (2004). Culture. *Dictionnaire de sociologie*. Paris : Hatier, p. 120.
- Roy, J., Tremblay, G., Guilmette, D., Bizot, D., & Dupéré, S. (2014). Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que leur rapport aux services: Méta-synthèse. *Masculinités et Société*.
- Roy, J. (2018). Accompagnement professionnel d'hommes vulnérables auprès d'institutions et de professionnels du domaine de la justice. Une perspective socio-juridique d'accès à la Justice. *Rapport final*. Québec : Centre de ressources pour hommes l'AutonHommie.
- Tremblay, G., Roy, J., Séguin, M., Villeneuve, P., Roy, B., Guilmette, D., ... Émond, D. (2015). Où en sont les hommes québécois en 2014? Sondage sur les valeurs, les rôles sociaux et le rapport des hommes québécois avec les services. *Masculinités et Société*.



Les comportements de l'enfant après un séjour hospitalier : quelles sont les répercussions du contexte de soin sur la relation parents-enfant?

Sonia Dubé, Ph.D

Département des sciences infirmières

Université du Québec à Rimouski.

Courriel : Sonia_dube@uqar.ca

Problématique

Depuis longtemps, les effets de l'hospitalisation des soins pédiatriques sur l'enfant et ses parents sont documentés (Colville, 2008; Colville et al., 2009; Rennick & Rashotte, 2009; Shields, 2001). Les enfants hospitalisés peuvent développer des symptômes qui s'apparentent aux manifestations de stress post-traumatique, aux séquelles psychologiques et aux comportements internalisés et externalisés, comme des troubles du sommeil, de la somatisation, de l'anxiété ou de l'agressivité (Karling & Hägglöf, 2007; Rennick, Johnston, Dougherty, Platt, & Ritchie, 2002; Vessey, 2003). Les parents sont aussi exposés aux stressors liés aux soins comme la perturbation de leur rôle, les difficultés de communication avec le personnel soignant, le bruit des alarmes des moniteurs de surveillance et les réactions de l'enfant aux soins (Carter & Miles, 1989). Une étude canadienne récente a démontré que les parents peuvent présenter des manifestations de stress post-traumatique, de l'anxiété, des troubles de sommeil et de l'épuisement après un séjour hospitalier de leur enfant (Stremler, Haddad, Pullenayegum, & Parshuram, 2017). En psychologie, il est connu qu'un parent stressé, peut adopter des cognitions et conduites parentales moins adaptées pour l'enfant, qui risque alors de présenter des difficultés de comportement (Boivin, Pérusse, Saisset, Tremblay, & Tremblay, 2000). Toutefois, la majorité des études expliquent ces comportements par la perception que l'enfant entretient à

l'égard des procédures médicales invasives, sans apporter un regard sur le contexte social à l'intérieur duquel se passent des transactions relationnelles (Rennick et al., 2002; Small & Melnyk, 2006). Cela dit, l'instauration des services ambulatoires il y a plusieurs années et l'adoption dans les milieux cliniques d'une philosophie des soins centrés sur les familles (Hutchfield, 1999) étaient censés amoindrir ces effets sur l'enfant.

Malgré les bienfaits d'une telle approche (Foster, Whitehead, & Maybee, 2016), plusieurs enjeux se posent quant à la difficulté d'implanter efficacement une approche centrée sur la famille dans les milieux de soins pédiatriques (Dubé, Lacharité, & Lacombe, 2018; Shields, 2015), car les parents ressentent aussi les effets négatifs de l'hospitalisation. Néanmoins, ces réactions émotionnelles et comportementales de l'enfant sont le reflet que quelque chose, dans la relation avec l'environnement social hospitalier, a affecté sa trajectoire de développement. L'objectif de cette étude vise à comprendre, selon la perspective des parents, les processus transactionnels entre les comportements de l'enfant, les cognitions et conduites parentales et les stressors liés aux soins deux mois après un séjour hospitalier.

Cadre théorique

Le cadre de référence préconisé se rattache à deux modèles théoriques : le modèle écologique

et le modèle transactionnel du développement de l'enfant. Selon ces perspectives théoriques, les comportements des enfants seraient le produit des interactions entre ses caractéristiques et le contexte social dans lequel il s'inscrit (Bronfenbrenner, 2005; Garbarino & Abramowitz, 1992; Sameroff, 2009). Sameroff (2009) utilise le terme « transaction » afin de distinguer une expérience d'adaptation à une situation donnée par rapport à une interaction ordinaire dans le quotidien de l'enfant. Les changements de comportements manifestés de manière continue par les enfants qui ont été hospitalisés seraient donc le reflet d'un développement troublé, du fait de leur échec à s'adapter à cette nouvelle circonstance (Sameroff, 2009). Ainsi, le contexte proximal, le microsystème, est déterminant pour le développement de l'enfant car il se réfère à la relation parent-enfant. Les parents sont appelés à assumer leur rôle à ses côtés selon les règles institutionnelles, une influence du mésosystème.

Le mésosystème constitue l'interrelation entre la famille et les professionnels des milieux de soins auxquels ces personnes en développement participent activement (McIntosh, Lyon, Carlson, Everette, & Loera, 2008). Ce contexte peut être perçu comme une interface où se rencontrent les besoins des parents par rapport aux sources de soutien des professionnels de la santé. Il s'agit d'un équilibre où le cumul d'expériences parentales positives favorise le potentiel de développement des individus dans un contexte parfois vulnérable (Garbarino & Abramowitz, 1992). Si les liens sont faibles, l'enfant et ses parents s'inscrivent dans une situation à risque (Garbarino & Abramowitz, 1992). Le discours des professionnels, de même que leurs interventions importent alors de manière significative dans un milieu où l'enfant et ses parents sont activement sollicités.

Méthode de recherche

Une stratégie de recherche d'étude de cas multiple a été privilégiée. Il est à noter que les résultats présentés ici, sont issus d'un projet de thèse plus large ou un devis mixte séquentiel explicatif (QUANT-qual) a été utilisé (Creswell & Plano Clark, 2018). Les parents ont d'abord été sélectionnés par choix raisonné dans les unités de soins pédiatriques de trois centres hospitaliers universitaires de soins tertiaires au Québec de 2015 à 2017. Ensuite, pour le volet qualitatif, qui fait l'objet de cette communication, le choix des parents s'est effectué à partir des résultats quantitatifs. Ces résultats ont permis de classer les enfants selon 3 seuils de difficulté de comportement de l'échelle d'Achenbach. On reconnaît ces seuils cliniques comme normal, élevé et très élevé. Ils ont été utilisés pour déterminer les frontières des cas (3 cas) de notre stratégie de recherche. Parmi les parents recrutés, 11 mères et 5 pères (16 enfants) ont participé. L'analyse des données qualitatives a été effectuée à la suite de retranscription de 60 pages de verbatim avec le logiciel NVivo 11. Elle comprend trois étapes itératives : la condensation des données, la présentation des résultats et la vérification des conclusions (Miles, Huberman, & Saldana, 2014). Afin d'examiner les processus qui influencent les comportements de l'enfant après un séjour hospitalier, selon la perspective des parents, Yin (2014) suggère d'utiliser la technique d'une matrice thématique.

Résultats

Trois cas mettent en relief les processus transactionnels, c'est-à-dire les relations entre les professionnels et la famille qui peuvent être perçues comme des transactions à un impact positif ou négatif sur les comportements de l'enfant. Le texte est rédigé en tenant compte des variables antécédentes (le contexte de soin), des variables intermédiaires (l'expérience et les conduites parentales) et des effets (les comportements de l'enfant) (Miles et al., 2014).

Cas 1. Seuil clinique normal des comportements de l'enfant

Deux processus ont été observés selon la perspective des parents dont l'enfant manifestait des comportements d'ordre « normal » deux mois après un séjour hospitalier.

Processus continu. Ce premier processus indique un cumul d'événements positifs pour l'enfant et ses parents. Plusieurs parents ont perçu un contexte de soins aidant qui répondait à leurs besoins d'accueil, d'information et d'éducation, et qui leur permettait de maintenir une proximité avec leur enfant. Certains aspects positifs des pratiques professionnelles comme la prévention de l'épuisement parental, le soulagement de la détresse et une approche adaptée aux besoins de l'enfant, ont été appréciés.

« Mais, pour vrai [...], on a été super bien reçus, bien pris en charge. » (Père)

Devant ce contexte positif, les pratiques parentales ont elles aussi été positives pour l'enfant, notamment en regard de la préparation psychologique envers les soins.

Processus difficile. Ce second processus met en lumière la réaction des parents devant la perception d'un risque ou d'une menace de l'environnement hospitalier. Il peut s'agir d'approches inadaptées envers l'enfant, d'interventions à répétition sur l'enfant ou du comportement des professionnels jugé inacceptable par les parents. Les parents deviennent alors méfiants à l'endroit des professionnels et adoptent des conduites hyper-vigilantes et protectrices. Ils se placent en position de sentinelle pour protéger l'enfant. Dans ce contexte, les parents constituent pour l'enfant le seul facteur de protection.

« Je trouve qu'à l'hôpital, on manque d'attention au niveau du sommeil de l'enfant... Il a fallu, à un moment donné, intervenir auprès des médecins pour qu'on arrête de faire des tests ... À un moment donné on a pété notre coche. » (Père)

« [...] il y a eu beaucoup d'erreurs dans les dosages de médicaments qu'elle ne pouvait pas avoir, mais qu'elle a eu quand même, donc, on était restés très, très hyper-vigilants sur tout ce qui lui était donné puis on revérifiait tout. [...] on ne se sentait pas en confiance, on sentait vraiment qu'on avait un rôle de la protéger de tout... » (Mère)

Cas 2. Seuil clinique élevé des comportements de l'enfant

Processus ambivalent. Les familles dont l'enfant adopte des comportements qui se situent à un seuil clinique élevé présentent une histoire d'hospitalisations fréquentes et de nombreuses interventions pratiquées sur l'enfant. L'élément du contexte qui est commun à ces familles, à l'opposé du premier cas, est le fait que les parents suivent les normes hospitalières et ne s'objectent pas devant les situations qui les dérangent. Nous pouvons comprendre dans leur discours des sentiments ambivalents, des questionnements à l'égard du cumul d'événements négatifs ou de l'épuisement. L'enfant dans ce cas-ci ne bénéficie pas de la protection ou de la position sentinelle des parents pour face à la menace perçue, malgré leurs conduites affectueuses :

« C'est sûr qu'il y a des fois, tu te questionnes, là! Est-ce que des fois c'est trop interventionniste? Est-ce que c'est nécessaire? » (Mère)

Cas 3. Seuil clinique très élevé des comportements de l'enfant

Processus complexe. Nous observons que les nombreuses hospitalisations en un court laps de temps sont un élément déclencheur des comportements dont le seuil clinique est très élevé. S'ensuivent des processus, des transactions négatives qui viennent contribuer à modifier, au cours de cette période, la relation parent-enfant. Nous remarquons une relation parent-enfant perturbée, malgré la bonne volonté des parents et une relation

perturbée entre les parents et les professionnels de la santé. Ces processus complexes sont le reflet d'un manque d'arrimage entre les environnements proximaux et distaux de l'enfant :

« J'ai dû expliquer à une ou deux infirmières que la manière forte et directe ne fonctionne pas avec Cédrik. » (Mère)

« À la fin, c'était le temps que ça finisse, parce que, là, je n'avais plus de patience. Il braille, il crie, il veut jouer avec telle affaire. On y donne, fait que, tsé, je capotais là de l'amener dans ce milieu-là, finalement. Fait que j'ai trouvé ça dur pour de vrai, là. » (Mère)

Discussion/Conclusion

Cette étude visait à comprendre les processus transactionnels des enfants et leurs parents après un séjour hospitalier de soins pédiatriques. Les résultats nous indiquent que lorsque les professionnels de la santé apportent du soutien aux parents et une réponse à leurs besoins, de même qu'à une

approche adaptée à l'enfant, les parents et l'enfant s'adaptent mieux. Ces pratiques professionnelles agissent comme facteur de protection devant les risques psychosociaux qu'entraîne la maladie et l'hospitalisation. Par ailleurs, lorsque le contexte de soins est perçu négativement, nous observons des comportements protecteurs et des conduites hypervigilantes, qui semblent jouer un rôle protecteur dans la prévention des comportements de l'enfant. Lorsque ni les parents, ni les professionnels n'agissent pour répondre aux besoins de l'enfant et du parent, un manque d'arrimage entre les environnements proximaux et distaux contribue aux difficultés de comportements de l'enfant. Le contexte de soins pédiatriques a la capacité de désorganiser ou non la relation parent-enfant. Si l'hospitalisation peut être une condition à risque pour le développement de l'enfant, est-il un déterminant de santé optimal? D'autres études devraient se pencher sur cette question afin de mieux expliquer cette transaction entre le contexte hospitalier et la relation parent-enfant.

Références

- Boivin, M., Pérusse, D., Saysset, V., Tremblay, N., & Tremblay, R. E. (2000). Conduites parentales et relations familiales, section I - Les cognitions et les conduites parentales. Dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)* (Vol. 1). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Carter, M. C., & Miles, M. S. (1989). The Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit. *Maternal-Child Nursing Journal*, 18(3), 187-198. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=1991130230&lang=fr&site=ehost-live>
- Colville, G. (2008). The psychologic impact on children of admission to intensive care. *Pediatric Clinics of North America*, 55(3), 605-616. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2009958089&lang=fr&site=ehost-live>
- Publisher URL : www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=782&accno=2009958089
- Colville, G., Darkins, J., Hesketh, J., Bennett, V., Alcock, J., & Noyes, J. (2009). The impact on parents of a child's admission to intensive care: integration of qualitative findings from a cross-sectional study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 25(2), 72-79. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010254667&lang=fr&site=ehost-live>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Dubé, S., Lacharité, C., & Lacombe, M. (2018). Problématisation de la participation parentale aux soins de l'enfant hospitalisé: une compréhension écosystémique de la parentalité. *L'infirmière clinicienne*, 15(1).
- Foster, M., Whitehead, L., & Maybee, P. (2016). The parents' hospitalized child's, and health care providers' perceptions and experiences of family-centered care within a pediatric critical care setting: A synthesis of quantitative research. *Journal of Family Nursing*, 22(1), 6-73. doi: 10.1177/1074840715618193
- Garbarino, J., & Abramowitz, H. R. (1992). Sociocultural risk and opportunity. Dans J. Garbarino (Éd.), *Children and families in the social environment* (2, pp. 35-71). New York: Aldine de Gruyter.

- Hutchfield, K. (1999). Family-centered care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1178-1187. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00987.x
- Karling, M., & Hägglöf, B. (2007). Child behaviour after anaesthesia: association of socioeconomic factors and child behaviour checklist to the post-hospital behaviour questionnaire. *Acta Paediatrica*, 96(3), 418-423. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00108.x
- McIntosh, J. M., Lyon, A. R., Carlson, G. A., Everette, C. D. B., & Loera, S. (2008). Measuring the mesosystem: A survey and critique of approaches to cross setting measurement for ecological research and models of collaborative care. *Families, Systems, & Health*, 26(1), 86-104. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1091-7527.26.1.86>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: a methods sourcebook* (3). Thousand Oaks, California: Sage.
- Rennick, J., Johnston, C., Dougherty, G., Platt, R., & Ritchie, J. (2002). Children's psychological responses after critical illness and exposure to invasive technology. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23(3), 133-144.
- Rennick, J., & Rashotte, J. (2009). Psychological outcomes in children following pediatric intensive care unit hospitalization: a systematic review of the research. *Journal of Child Health Care*, 13(2), 128-149. doi: 10.1177/136749350912472
- Sameroff, A. J. (2009). The transactional model. Dans A. Sameroff (Éd.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Washington: American Psychological Association.
- Shields, L. (2001). A review of the literature from developed and developing countries relating to the effects of hospitalization on children and parents. *International Nursing Review*, 48(1), 29-37. doi: 10.1046/j.1466-7657.2001.00032.x
- Shields, L. (2015). Family-centred care: The role of consumer organisations and the need for further research. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(4), 193-195. doi: 10.1177/0107408315614498
- Small, L., & Melnyk, B. (2006). Early predictors of post-hospital adjustment problems in critically ill young children. *Research in Nursing & Health*, 29(6), 622-635. doi: doi.org/10.1002/nur.20169
- Stremler, R., Haddad, S., Pullenayegum, E., & Parshuram, C. (2017). Psychological Outcomes in Parents of Critically Ill Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 36-43. doi: 10.1016/j.pedn.2017.01.012
- Vessey, J. A. (2003). Children's psychological responses to hospitalization. *Annual Review of Nursing Research*, 21, 173-201. Repéré à <http://proxy.uqar.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106857703&lang=fr&site=ehost-live&scope=site>



Comprendre les éléments structurant la relation fraternelle pour arriver à mieux soutenir les fonctions de la fratrie

Assumpta Ndengeyingoma, Ph.D

Professeure au Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

Courriel : assumpta.ndengeyingoma@uqo.ca

Introduction

La fratrie est une partie intégrante du système familial. Elle ne peut pas être isolée du système parental, pas plus qu'elle ne peut s'y fondre, car c'est un sous-système qui fonctionne sur un mode particulier (Meynckens-Fourez, 2004). Le fait de considérer seulement les relations parents-enfants masque toute la dimension horizontale dans la composante familiale, celle de liens indélébiles, complexes qui unissent les frères et les sœurs et qui perdurent dans le temps. Pour représenter l'ensemble de conditions caractéristiques de la fratrie, Caillé (2004) parle de « fratritude », qui se vit dans le présent lorsqu'il faut faire de la place à l'autre et dans le futur selon les attentes parentales sur l'avenir des liens fraternels. L'expérience relationnelle de la fratrie contribue au développement d'habiletés sociales, affectives et cognitives tout au long de la vie (Kramer, 2010).

Les relations dans la fratrie remplissent plusieurs fonctions chez les enfants et les adolescents. On cite entre autres les fonctions d'attachement, de sécurisation, de ressource, de suppléance parentale, de compensation au manque de soutien par les pairs, d'apprentissage des rôles sociaux (Portner et Riggs, 2016; Sang et Nelson, 2017). Chez les adultes et les personnes âgées, la relation dans la fratrie est une source de sécurité, de soutien affectif et elle contribue au soutien social (Van Volkom, 2006). Même si les relations fraternelles ne sont pas toujours soit harmonieuses

soit conflictuelles, la fratrie a des règles explicites et implicites de fonctionnement qui s'adaptent aux circonstances pour remplir ses fonctions. Malgré plusieurs fonctions qu'assure la fratrie, peu d'études se penchent sur les éléments qui structurent la relation fraternelle pour mieux la décrire, l'évaluer et la soutenir.

Méthodologie

Dans le but de synthétiser les connaissances actuelles en lien avec les éléments influençant la relation fraternelle, une recherche documentaire a été effectuée dans les bases de données CINAHL, SocINDEX, ERIC, Medline, Academic Search et PsychArticle (mots-clés : sibling relationships; brother and sister relationships; interaction; avec les mots booléens ET et les tronçatures *). Un total de 1089 articles a été recensé. De ceux-ci, 308 doublons ont été retranchés et 412 articles ont été rejetés (pas évalués par les pairs, texte intégral absent et ou s'ils ne sont pas écrits en anglais ou français). Sur 369 articles restants, il a été sélectionné 36 articles qui explicitent la relation entre les frères et sœurs en général. Il a été exclu les articles lorsqu'ils traitent la fratrie dans les situations où un des membres présente un retard de développement grave, a un problème de santé, ou lorsque la relation fraternelle est abordée selon la perception des parents. Deux juges ont sélectionné les articles indépendamment. Il comprenait des éléments d'un outil d'évaluation de la qualité (Programme d'évaluation des compétences critiques - CASP) (Singh,

2013). Deux auteurs ont évalué les 10 articles sélectionnés, comparé l'évaluation et résolu les différences pour chaque liste de critères de qualité. Les informations ont été tirées d'études primaires afin d'identifier les catégories et les tendances qui se dégagent d'une étude à l'autre, suivies du processus de synthèse à cumulativité dynamique de type interprétatif (Lapaige, 2012), qui est une méthode de synthèse où le nombre d'études retenu vise la saturation, conduisant à une synthèse interprétative critique à l'issue d'un processus réflexif.

Résultats

Les facteurs influençant la relation fraternelle

La relation fraternelle est influencée par certains facteurs provenant de caractéristiques des parents, du système familial et celles de chaque membre de la fratrie. Ces caractéristiques peuvent influencer l'intégrité ou la rivalité dans la fratrie et peuvent déterminer le type de relations que les membres de la fratrie noueront.

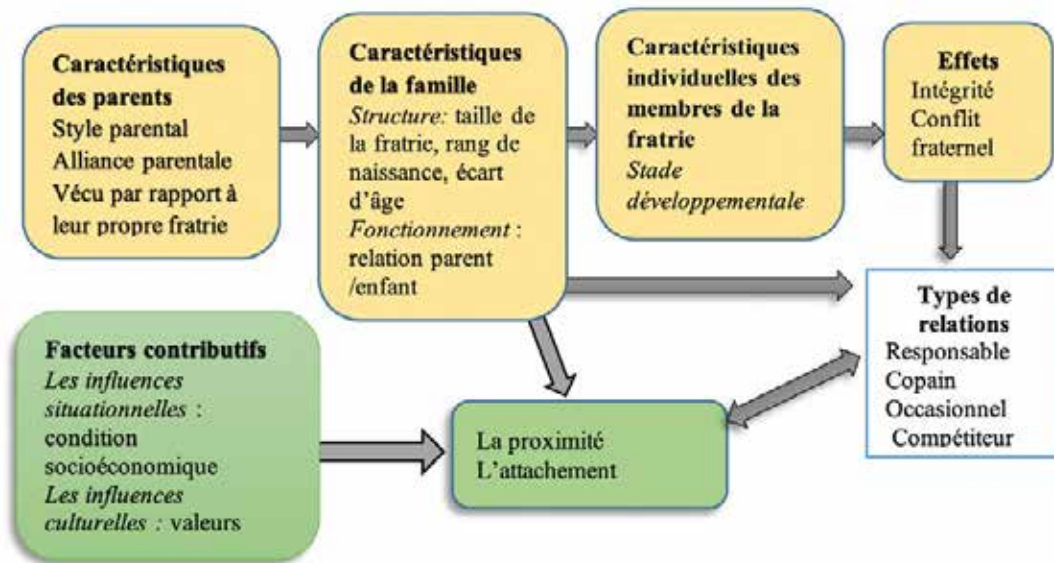


Figure 1. Diagramme des éléments structurant la relation dans la fratrie

Caractéristiques des parents. Le style parental est susceptible d'influencer le type de relation qu'entreprendra la fratrie. Par exemple, d'après Feinberg, Solmeyer et McHale (2012), les styles parentaux correspondant à un contrôle exagéré, une autorité sévère sans affection, sont associés à des relations conflictuelles, agressives et à de la rivalité fraternelle. Ainsi, le style parental influence non seulement la qualité de la relation qu'ont les enfants avec leurs parents, mais aussi aurait l'incidence sur les relations dans la fratrie. Aussi, Pike, Coldwell et Dunn (2009) rapportent que lorsque les parents

donnent du soutien émotionnel, les enfants ont plus tendance à soutenir émotionnellement et instrumentalement leurs frères et sœurs. Cependant, les autres auteurs mentionnent que lorsque les relations avec les parents sont mauvaises, il peut y avoir plus de soutien au sein de la fratrie pour compenser (Corcoran, 2013; Feinberg, Solmeyer et McHale, 2012; Whiteman, McHale et Crouter, 2011). Au-delà de la relation directe parent/enfant, la perception du favoritisme parental dans la famille peut également influencer les relations entre les membres de la fratrie. Les relations dans la fratrie

sont les plus favorables lorsque les enfants perçoivent être traités de la même façon par les parents (Boll, Ferring et Filipp, 2003). De plus, si l'alliance parentale manque, les rivalités fraternelles se trouveront envenimées par le fait que les enfants luttent entre eux pour profiter des possibilités changeantes offertes par l'opposition des opinions des parents (Yucel, Bobbitt-Zeher et Downey, 2018).

Caractéristiques de la famille. Dans le système familial, certains facteurs concernant les paramètres morphologiques de la fratrie tels que sa taille, le rang de naissance et l'écart d'âge influencent la relation dans la fratrie. Par exemple, plus la fratrie est grande, plus il est possible de tisser un lien plus fort avec un des membres qui pourra assurer le soutien affectif (Scelles, 2004). L'âge des membres de la fratrie influence également la proximité dans la relation. C'est durant la petite enfance que sera déterminé le type de relation que l'enfant aura avec son frère ou sa sœur. C'est aussi durant cette période que les relations sont le plus émotionnellement intenses (Walker, Allen et Connidis, 2005; Corcoran, 2013). Il semble qu'après cette étape, de façon générale, le niveau de proximité dans la relation fraternelle reste le même au fil du temps (Van Volkom, 2006). Les grandes différences d'âge entre les frères et les sœurs sont associées aux relations moins fréquentes et moins intimes, car les membres ont moins en commun. Aussi le taux des conflits fraternels est moindre, ce qui s'explique par la diminution de la concurrence pour les ressources parentales (Killoren, Alfaro et Kline, 2016). Chez les adultes, certaines circonstances peuvent affecter la nature du lien fraternel comme leur propre statut parental et/ou marital. Cependant, la relation demeure intacte. Au fil des années, le soutien instrumental diminue dans la fratrie, mais le soutien psychologique reste le même (Van Volkom, 2006).

Caractéristiques des membres de la fratrie. Les relations fraternelles peuvent varier selon les événements de la vie. Ces relations peuvent se modifier

avec le développement de chaque membre. Par exemple, quand un des frères ou une des sœurs atteint l'adolescence, son intérêt envers les plus jeunes membres de la fratrie diminue puisqu'il ou elle se centre sur ses amis et ses relations amoureuses. Mais, avec le temps, ces relations vont changer à nouveau. Dans ce cas, quand il ou elle grandit et quitte la maison, les relations fraternelles ont tendance à s'améliorer et deviennent plus harmonieuses avec les membres de la fratrie qui restent à la maison (Whiteman, McHale et Crouter, 2011). Ce fait peut être expliqué par la libération des tâches quotidiennes de prendre soin de leurs petites sœurs et frères, qui sont souvent imposées aux aînés.

Discussion

Les caractéristiques familiales ainsi que les caractéristiques individuelles des membres de la fratrie contiennent les éléments structurant la relation fraternelle. Ces derniers influenceraient l'intégrité ou les conflits au sein de la fratrie, qui, à leur tour, détermineraient le type de relation. Toutefois, certains facteurs contextuels tels que le contexte socio-économique, culturel et historique influenceraient aussi les relations dans la fratrie (Van Volkom, 2006). Les différences dans les relations fraternelles en fonction de la culture et de l'ethnicité sont habituellement relatives à l'importance accordée à la vie familiale, faisant en sorte que les stratégies de résolution de conflits dans la fratrie peuvent varier d'un milieu culturel à l'autre (McGuire et Shanahan, 2010). En fin de compte, les caractéristiques familiales ainsi que les contextes situationnels pourraient avoir l'influence sur la proximité et l'attachement dans la relation fraternelle. Cette proximité n'est pas limitée par le temps ou l'espace, car présentement la technologie de communication peut faciliter l'interactivité. Lorsqu'il y a la confiance et la préoccupation des uns aux autres, le partage d'expérience va permettre la négociation avec la réalité et ainsi la sécurité émotionnelle.

Conclusion

La relation fraternelle fait partie de ces relations qui peuvent avoir un impact majeur dans le développement des individus. La fratrie assure une fonction de soutien émotionnel et instrumental et peut contribuer à préserver l'unité familiale. En intervention familiale, le lien fraternel est donc un élément important à actualiser. Peu de modèles permettent d'analyser, de prédire ou d'expliquer

les composantes de la relation fraternelle qui influencent la relation dans la fratrie. Puisque plusieurs facteurs ont une incidence, les interventions visant cette relation devraient se baser sur un modèle permettant de l'analyser afin de structurer les diverses actions visant à soutenir le développement de liens significatifs et positifs.

Références

- Boll, T., Ferring, D., & Filipp, S.H. (2005). Effects of parental differential treatment on relationship quality with siblings and parents: Justice evaluations as mediators. *Social Justice Research, 18*(2), 155-182.
- Caillé, P. (2004). Fratries sans fraternité. *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux, 32*(1), 11-22. doi: 10.3917/ctf.032.0011
- Corcoran, E. P. (2013). *The influence of gender and birth order on adult sibling attachment relationships* (Order No. 3595218 Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1443845947)
- Feinberg, M. E., Solmeyer, A. R., & McHale, S. M. (2012). The third rail of family systems: Sibling relationships, mental and behavioral health, and preventive intervention in childhood and adolescence. *Clinical child and family psychology review, 15*(1), 43-57.
- Killoren, SE., Alfaro, E.C., & Kline, G. (2016). Mexican American emerging adults' relationships with siblings and dimensions of familism values *Personal Relationships, 23*(2), 234-248. doi:10.1111/per.12125
- Kramer, L. (2010). The essential ingredients of successful sibling relationships: An emerging framework for advancing theory and practice. *Child Development Perspectives, 4*(2), 80-86. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1750-8606.2010.00122.x>
- Lapaige, V. (2012). L'enjeu méthodologique des synthèses en science du transfert et de l'application des connaissances. Laquelle? Pour qui? Comment? Pourquoi? Conférence présentée à la Faculté des sciences infirmières de Université Laval, Québec, 23 mars.
- McGuire, S., & Shanahan, L. (2010). Sibling experiences in diverse family contexts. *Child Development Perspectives, 4*(2), 72-79. doi: 10.1111/j.1750-8606.2010.00121.x
- Meynckens-Fourez, M. (2004). Frères et sœurs : entre disputes et complicités, entre amour et haine: Réflexions thérapeutiques. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 32*(1), 67-89. doi:10.3917/ctf.032.0067.
- Pike, A., Coldwell, J., & Dunn, J. (2009). Siblings—Friends or foes. *childhood, 79*, 217-232.
- Portner, L. C., & Riggs, S.A. (2016). Sibling Relationships in Emerging Adulthood: Associations with Parent-Child Relationship *Journal of Child and Family Studies, 25*(6), 1755-1764. doi: 10.1007/s10826-015-0358-5
- Sang, S. A., & Nelson, J. A. (2017). The effect of siblings on children's social skills and perspective taking *Infant and Child Development, 26*(6), 1-10. doi.org/10.1002/icd.2023
- Scelles, R. (2004). La fratrie comme ressource. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 1*(1), 105-123.
- Singh, J. (2013). Critical appraisal skills programme *Journal of pharmacology and Pharmacotherapeutics, 4*(1), 76.
- Van Volkom, M. (2006). Sibling Relationships in Middle and Older Adulthood. *Marriage & Family Review, 40* (2-3), 151-170. DOI: 10.1300/J002v40n02_08.
- Walker, A. J., Allen, K.R., & Connidis, I.A. (2005). Theorizing and studying sibling ties in adulthood. Dans V.L. Bengtson, A.C. Acock, K.R. Allen, P. Dilworth-Anderson & D.M. Klein (Eds.), *Sourcebook of family theory & Thousand Oaks*, (p.167-190). CA: Sage.
- Whiteman, S.D., McHale, S.M., & Crouter, A.C. (2011). Family relationships from adolescence to early adulthood: Changes in the family system following firstborns' leaving home *Journal of Research on Adolescence, 21*(2), 461-474 doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00683.x
- Yucel, D., Bobbitt-Zeher, D., & Downey, D B (2018). Quality Matters: Sibling Relationships and Friendship Nominations among Adolescents. *Child Indicators Research, 11*(2), 523-539.



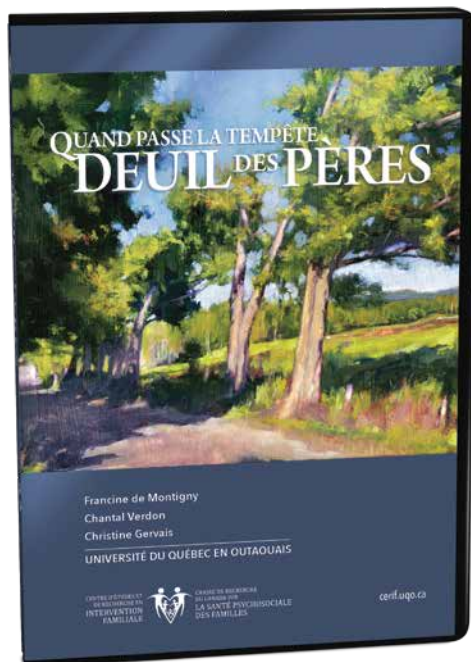
PROCUREZ-VOUS LES PUBLICATIONS DU CÉRIF



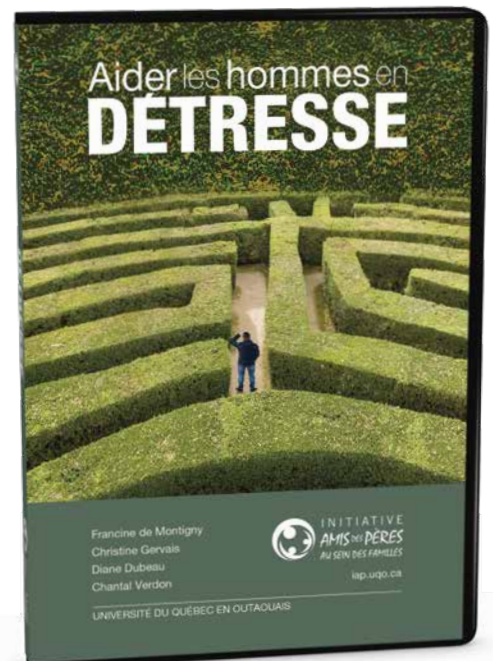
NOS LIVRES

La naissance de la famille
disponible à www.cheneliere.ca/7510-livre-la-naissance-de-la-famille.html

Décès périnatal - Le deuil des pères
disponible à www.editions-chu-sainte-justine.org/livres/deces-perinatal-325.html



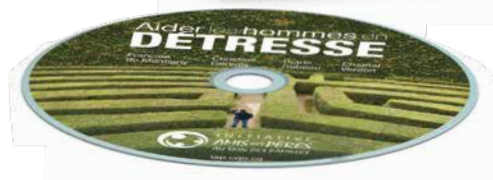
NOS DVD
20\$
CHACUN
+ frais de poste



Pour visionner
la vidéo :
bit.ly/2gClrEk



Pour visionner la vidéo :
www.youtube.com/watch?v=XFme7qaot_I



PARTICIPEZ OU CONTRIBUEZ AUX RECHERCHES DU CÉRIF



PARENTS DU QUÉBEC ET DE L'ONTARIO ET LEURS ADOS RECHERCHÉS

Notre étude vise à comprendre comment les ados conçu.e.s par don de sperme (IAD ou insémination avec donneur) intègrent leurs origines et ce qu'en pensent leurs parents. Votre histoire nous intéresse !

Notre équipe travaille sur la diversité familiale et la procréation assistée.

Les principales chercheuses sont :

- Isabel Côté, Ph.D., professeure agrégée en travail social, Université du Québec en Outaouais
- Raphaële Noël, Ph.D., professeure agrégée en psychologie, Université du Québec à Montréal

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (# 2925) et financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH).

UQO



Conseil de recherches en sciences humaines du Canada

Social Sciences and Humanities Research Council of Canada

Canada

RÉCITS

REPRÉSENTATIONS, CONCEPTION, IDENTITÉ ET TRANSMISSION CHEZ DES FAMILLES CONÇUES PAR DON

Vous êtes un parent d'un.e jeune de 10 à 18 ans?

Vous avez eu votre enfant lors d'une relation avec une personne de même sexe ou de sexe différent?

- Vous participerez à une entrevue individuelle et confidentielle d'environ 1h30.
- Vous recevrez une compensation de 20\$.

Tu es un.e jeune de 10 à 18 ans?

- Tu participeras à une entrevue individuelle et confidentielle d'environ 1h00.
- Tu recevras une carte-cadeau de 20\$ et pourrais gagner un iPad mini (tirage au hasard parmi les ados ayant participé).

Des questions? Pour participer sur une base volontaire :

Valérie Demers, Ph. D.,
Chercheure postdoctorale et coordonnatrice de l'étude
vdemers@uqo.ca
1 800-567-1283, poste 2557 (sans frais)

Perdre son bébé : un deuil non reconnu?

Une candidate au doctorat en sociologie à l'Université d'Ottawa souhaite donner la parole aux femmes pour en savoir plus sur les enjeux liés à la (non)reconnaissance sociale de la perte d'un bébé.

- Vous avez perdu votre bébé, au cours du 2^e ou 3^e trimestre de grossesse ou dans les 28 jours qui ont suivi sa naissance?
- Cet événement est survenu au cours des cinq dernières années?
- Vous avez été accueillie par l'une des deux institutions suivantes : 1. Sainte Justine (Montréal), 2. CISSS de l'Outaouais?

Sabrina Zeghiche aimerait vous rencontrer pour une entrevue d'une durée de 60 à 90 minutes, en personne ou au téléphone. L'entrevue sera enregistrée sur support audio mais les données resteront strictement confidentielles.

Communiquez avec elle pour en savoir plus :

Sabrina Zeghiche

Candidate au doctorat en sociologie, Université d'Ottawa

819-595-3900, poste 2352
szecho23@uottawa.ca

Lorsque l'enfant vit une récurrence de cancer : Quel est le vécu des pères ?

- Vous êtes père d'un enfant (âgé de 0 à 18 ans) ayant vécu une récurrence de cancer ;
- Vous parlez et comprenez le français ou le portugais.
- Vous acceptez de participer à une entrevue de 45-60 minutes

Votre expérience nous intéresse!

Le but de cette recherche est mieux comprendre le vécu des pères dont l'enfant a vécu une récurrence de cancer

Pour toute information supplémentaire veuillez contacter Naiara Barros Polita, étudiante de doctorat en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et à l'Universidade de Sao Paulo (USP)

819 595-3900 poste 2275 ou naiarapolita@hotmail.com
Projet réalisé sous la direction de Francine de Montigny, Ph.D., avec l'accord éthique de l'Université du Québec en Outaouais



CENTRE D'ÉTUDES ET DE RECHERCHE EN INTERVENTION FAMILIALE



CHAIRE DE RECHERCHE DU CANADA SUR LA SANTÉ PSYCHOSOCIALE DES FAMILLES

francine.demontigny@uqo.ca – cerif.uqo.ca