

UNE INTERVENTION DE GROUPE D'ORIENTATION SYSTEMIQUE AUPRES DE COUPLES EN PERIODE PRENATALE

FRANCINE DE MONTIGNY
Université du Québec à Hull

RESUME

La naissance d'un premier enfant est une importante étape de transition pour le couple. Dans cette optique, cet article présente l'élaboration et la mise en application d'une intervention de groupe d'orientation systémique effectuée auprès de deux couples en période prénatale. Cette intervention s'inspire des notions théoriques reliées aux approches systémique et multifamiliale. L'analyse de la mise en application permet de dégager le cheminement du groupe en terme de phénomènes de groupe suscités, telle l'émergence d'un soutien entre participants et le cheminement des couples, en terme de fonctionnement conjugal initial et d'évolution durant l'intervention. Ainsi, l'auteure a observé une amélioration dans la communication et la démarche de résolution de problèmes chez les couples participants. La discussion porte, entre autres, sur les éléments de l'intervention qui pourraient être intégrés aux rencontres prénatales traditionnelles et sur l'importance de former les infirmières en intervention familiale.

INTRODUCTION

Lors de la naissance d'un premier enfant les couples vivent, de la période prénatale jusqu'à la fin de la première année de vie de l'enfant, une importante période de transition. Elle se caractérise par des changements tant dans la structure que dans le mode de fonctionnement de leur système conjugal. Afin de s'adapter au rôle de parent et d'intégrer l'enfant dans l'unité familiale, ils auront à renforcer ou à développer des habiletés pour communiquer, résoudre leurs problèmes, partager les tâches, etc. Dans une optique de promotion de la santé mentale, il nous apparaît pertinent qu'un soutien spécifique leur soit offert dans ces apprentissages.

Le but de cet article est de présenter l'élaboration et la mise en application d'une intervention de groupe visant à offrir ce soutien particulier aux couples en attente d'un enfant et ce, dès la période prénatale. Un guide d'interventions, le cheminement des couples et du groupe seront aussi discutés.

L'auteure remercie sincèrement Mme Denyse Latourelle, infirmière, MScN, et thérapeute familiale pour l'expertise offerte tout au long de l'élaboration et de la mise en application de cette intervention. Elle remercie aussi Mme Louise Dumas, MScN, professeure à l'UQAH; Mme Lyne Beaudet, MScN, professeure à l'Université de Montréal; et M. Marc Gauthier, journaliste, pour leurs conseils lors de la rédaction de cet article. Finalement, l'auteure souligne le soutien financier du Fonds FCAR accordé pour la mise en oeuvre de ce projet.

PROBLEMATIQUE

La naissance d'un premier enfant est une étape de développement normale dans la vie d'un couple qui toutefois peut être perçue comme une phase critique dans la vie du système conjugal.

Comme infirmière en santé communautaire intervenant auprès de couples attendant leur premier enfant, nous avons observé que chaque conjoint s'attendait à savoir être parent, à être capable de reconnaître et comprendre les besoins de son bébé, et à instinctivement savoir y répondre et ce, dès la naissance. Chacun avait aussi des attentes spécifiques face aux comportements de parent de son partenaire (participation dans les soins, soutien émotif, etc.). Par ailleurs, lors de la visite post-natale à domicile, nous avons noté que les nouveaux parents se questionnaient sur leur adaptation à cette expérience. Entre autres, les mères exprimaient se sentir envahies par la présence du bébé et ne plus avoir d'espace personnel. Les nouveaux pères, quant à eux, se sentaient souvent malhabiles pour prendre soin de l'enfant ou, à l'inverse, se voyaient à l'écart de la relation mère-enfant, l'enfant accaparant tout le temps et l'énergie de leur compagne.

De nombreux auteurs (Dyers, 1963; Entwisle & Doering, 1981; Hobbs, 1965; Le Masters, 1957) ont souligné les effets de l'arrivée d'un premier enfant sur chaque conjoint et sur le système conjugal. Pour le système conjugal, cette période de transition peut être perçue comme une crise plus ou moins grave dans leur vie de couple. Ainsi, les conjoints expriment souvent vivre une baisse de satisfaction dans leur vie maritale pendant la première année de vie de l'enfant.

Le vécu de chaque conjoint durant cette période est influencé par l'évolution des valeurs de la société qui a créé de nouvelles attentes de comportements face aux rôles parentaux. En particulier, le rôle de père a été soumis à des modifications radicales ces dernières années. Alors que traditionnellement, celui-ci n'était que le pourvoyeur de la famille (Comité des Affaires sociales, 1984) et un soutien émotionnel pour la mère (Parsons et al., 1955 : voir Cronenwett & Kunst-Wilson, 1981), la société aspire maintenant à ce que l'homme joue un rôle plus actif auprès de l'enfant (Entwisle & Doering, 1981). Toutefois, l'absence de modèles de rôles (Entwistle & Doering, 1981; Fishbein, 1984), le peu d'opportunités d'un apprentissage formel ou informel (Fein, 1976; Fishbein, 1984), le manque de clarté de définition du rôle (Cronenwett & Kunst-Wilson, 1981), ainsi que le conflit de rôle entre les rôles de «père engagé» et de «pourvoyeur» (Cronenwett & Kunst-Wilson, 1981; Fein, 1976) prédisposent l'homme à éprouver une certaine difficulté à faire la transition au rôle de père.

La nouvelle mère doit, elle aussi, être capable d'endosser avec confiance les comportements culturellement définis associés au rôle de mère (Roy, 1984; Walker, Crain, & Thompson, 1986). Ce rôle étant souvent idéalisé (Lamarre & Landry-Balas, 1980), la femme peut éprouver une certaine difficulté à vivre cette transition. Les diverses tâches qu'elle doit effectuer en période post-natale comme celles d'accepter l'enfant comme un individu séparé d'elle-même, de créer des liens affectifs avec lui (Rubin, 1961, 1984; Taggart, 1979), et de réorganiser ses divers rôles afin d'intégrer le rôle de mère dans son concept de soi amènent la nouvelle mère à vivre divers sentiments (Sheehan, 1981; Spain, 1982). Ceux-ci ne seront par toujours partagés, l'environnement familial et social permettant peu l'expression de sentiments tels la tristesse, la colère, la frustration (Ross, 1983).

Ces divers écrits, d'une part, ainsi que nos propres observations, d'autre part, nous ont convaincus que la naissance d'un premier enfant est une étape où chaque partenaire tente de réorganiser son identité personnelle et de conjoint(e) afin d'y intégrer le rôle de parent. De plus, cette période nous a semblé se vivre dans l'isolement, les conjoints se communiquant peu leurs sentiments respectifs. Plusieurs auteurs ont souligné l'importance d'un soutien entre conjoints durant cette période. En effet, selon Curry (1983) lorsque la femme n'a pas de soutien de son conjoint, elle dit avoir plus de difficultés à s'adapter au rôle de mère. Pour leur part, Séguin, Ferland, Lambert, et Ouellet (1986) ont observé que la présence d'un soutien du conjoint contribuait à une meilleure adaptation postnatale chez la mère. Enfin, Brown (1986) a identifié que l'état de santé du futur père était meilleur si celui-ci avait un soutien de sa partenaire. Brown (1986) suggère d'ailleurs que l'infirmière intervienne auprès des deux parents afin que ceux-ci se sentent mieux soutenus par leur conjoint.

Un survol des interventions expérimentées au Québec en période pré- et post-natale (Centre Local de Services Communautaires [CLSC] Hochelaga-Maisonneuve, 1984; Ledoux & Mayano-Vinet, 1985; Ministère des Affaires sociales [MAS], 1974; Puvilland-Leduc, Levasseur, & Casano, 1981; Puvilland-Leduc & Bois, 1987; Séguin et al., 1986; Taggart, 1983) révèle qu'en période prénatale, des rencontres de groupe qui visent à familiariser les couples avec le vécu biologique et psychologique de la grossesse et à les préparer à l'expérience de l'accouchement et à la période postnatale (MAS, 1974) sont le type d'interventions privilégiées par 94,3 % des CLSC (Fédération des Centres locaux de Services communautaires [FCLSC], 1985). Ces rencontres sont généralement axées sur l'acquisition de connaissances théoriques et d'habiletés techniques reliées aux périodes pré- et post-natales (Martin & Ouellet, 1984). Lorsque l'aspect émotionnel inhérent à ces différentes étapes est discuté, l'accent est mis sur le partage du vécu de chacun dans l'apprentissage de rôles instrumentaux, et non sur le développement de la relation de couple.

En période post-natale, différentes formules (lignes téléphoniques, groupes de support, etc.) sont privilégiées selon les régions. L'analyse de ces interventions révèle qu'elles sont généralement centrées sur la mère et l'enfant et qu'elles favorisent surtout l'acquisition de connaissances et d'habiletés, répondant ainsi aux nombreux besoins cognitifs et techniques exprimés par les mères à cette période.

À la lumière de ces informations, il nous est apparu important d'offrir un soutien spécifique aux conjoints afin de leur permettre de développer des habiletés pour améliorer le fonctionnement de leur système conjugal et se supporter mutuellement, tel que suggéré par plusieurs auteurs (Belsky, 1985; Brown, 1986; Campbell & Field, 1989; Hampson, 1989).

Comme nous considérons le couple comme un système d'interactions continues et durables, c'est-à-dire où la relation est importante et sur une certaine période de temps, ce soutien a pris la forme d'une intervention systémique axée sur le fonctionnement conjugal (de Montigny, 1988). L'infirmière a déjà un rôle reconnu auprès de ces couples, car elle intervient auprès de cette clientèle tout au long de la phase de transition. Nous croyons donc qu'elle peut offrir cette forme d'intervention qui plus complexe, nécessite des connaissances et habiletés spécifiques, inhérentes au rôle de l'infirmière clinicienne spécialiste.

Par ailleurs, il nous a semblé important d'offrir ce soutien dès le début de la période de transition, c'est-à-dire en période prénatale. Conséquemment, il semblait pertinent de situer cette intervention dans le cadre de rencontres de groupe. Ceci offrait la possibilité d'éventuellement appliquer certains éléments de ce type d'intervention dans le cadre de rencontres prénatales traditionnelles offertes par les CLSC. De plus, en offrant aux couples la possibilité d'échanger sur leur vécu respectif en groupe, des éléments inhérents à l'approche multifamiliale tels l'apprentissage par modelage ou par essais et erreurs étaient susceptibles d'émerger. Cette approche nous intéressait particulièrement, étant reconnue pour susciter des changements dans un système familial dans un temps plus court que ne le feraient d'autres formes d'approches (Laqueur, 1976).

Finalement, nous voulons souligner les bénéfices indirects possibles de cette forme d'intervention. Nous croyons que l'acquisition d'habiletés relationnelles par les conjoints aura un impact positif sur leur niveau de satisfaction maritale. Comme la qualité de la relation maritale a été reconnue comme influençant la facilité à s'adapter au rôle de parent (Majewski, 1986), nous pouvons penser que l'incidence de difficultés d'adaptation, telle la dépression post-natale, pourrait être affectée. De plus, les habiletés relationnelles acquises par les parents ne peuvent que favoriser une relation de qualité entre parents et enfants.

APPUI THEORIQUES ET STRATEGIES D'INTERVENTION EN DECOULANT

Nous nous sommes inspirées des notions théoriques propres à l'approche systémique des familles (Epstein, Bishop, & Levin, 1978; Guttman, 1977; Minuchin, 1979; Satir, 1971, 1980; Watzlawick, Helmick-Beavin, & Jackson, 1972) pour structurer cette intervention ainsi que des concepts sous-jacents à l'intervention multifamiliale (Laqueur, 1972, 1976, 1980). Les stratégies d'intervention découlant de ces appuis théoriques sont présentées tout au long du texte et dégagées sous forme synthétisée au Tableau 1.

Propriétés du système familial

Tel qu'énoncé précédemment, nous avons retenu la définition du système familial de Watzlawick et al. (1972) qui perçoit celui-ci comme un système en interactions continues et durables où les membres sont des personnes-en-communication-avec d'autres-personnes. Ce système est considéré comme ouvert car il interagit avec son environnement en échangeant matière, énergie, et information (Hall & Fagen, 1956: voir Watzlawick et al., 1972). En tant que système ouvert, la famille possède plusieurs propriétés importantes dont la totalité, la non-sommativité, la circularité, la rétroaction, la tendance à l'homéostasie, et la capacité à se transformer.

La totalité et son corrolaire, la non-sommativité sous-tendent qu'un système n'est pas la somme de ses membres mais un tout cohérent et indivisible où les liens entre les membres sont si étroits qu'un changement dans les comportements de l'un des membres aura un effet sur les autres et sur tout le système. Pour l'intervenante, ceci signifie que l'observation des membres de la famille en interaction plutôt que l'observation de chacun séparément lui permettra de vraiment comprendre le système familial.

TABEAU 1

Stratégies d'interventions axées sur le processus

A chaque rencontre, l'animatrice :

Observe et explore

- ce que les membres de chaque système conjugal se disent;
- si chacun partage, avec son conjoint et avec les autres membres du groupe, sa perception de la situation qu'il vit;
- La forme (claire vs masquée) et direction (directe vs indirecte) des messages de chacun;
- l'aspect non verbal du message : gestes, expression faciale, timbre de voix, positions, et mouvements du corps de chacun;
- la capacité de chacun de s'exprimer verbalement et non verbalement dans une même direction;
- la capacité de chacun d'expliquer verbalement les messages qu'il envoie;
- si chacun exprime et accepte l'expression de toute une gamme de sentiments, autant d'urgence que de bien-être;
- la façon dont les rôles sont distribués dans chaque système : «qui» est responsable des rôles instrumentaux et «qui» est responsable des rôles affectifs et y a-t-il une certaine flexibilité dans la répartition des rôles;
- quel membre du système identifie un problème; le problème est-il partagé?; des alternatives de solutions sont-elles considérées?; comment la décision est-elle prise?; y a-t-il un retour sur l'action et qui l'initie?;
- les répétitions dans les schémas d'interaction conjugale;
- les forces et faiblesses du système sur le plan de son fonctionnement.

Intervient, c'est-à-dire qu'elle :

- interprète ses observations, en veillant à ne pas isoler un événement de la séquence qui précède ou qui suit;
- reflète ses observations et ses perceptions au groupe;
- souligne la concordance ou non concordance entre les messages verbaux et non verbaux de chaque participant;
- encourage chacun à partager ses perceptions, ses attentes et ses sentiments en regard d'une situation;
- aide chaque conjoint à parler de sa relation avec l'autre;
- reflète les aspects positifs du fonctionnement conjugal de chaque système;
- soutient le système dans sa recherche de solutions;
- suggère et aide à mettre en application des tâches spécifiques à accomplir à l'intérieur et/ou à l'extérieur des rencontres afin d'encourager ainsi l'apprentissage par essais et erreurs;
- après l'accomplissement de ces tâches, facilite l'expression du vécu de chacun;
- stimule la participation des plus silencieux;
- stimule la compétition entre familles;
- exprime les sentiments qu'elle ressent;
- ramène le groupe sur le sujet;
- résume les interactions des participants;
- fait les liens entre les interactions des participants et/ou entre ses interventions;
- donne des opinions reliées à une situation particulière;
- souligne les parallèles entre les situations vécues dans divers systèmes, entre les individus, ou entre les sous-systèmes afin de stimuler l'apprentissage par identification;
- enseigne de nouveaux modes d'interactions par le modelage;
- recueille les opinions par rapport aux apprentissages accomplis dans le cadre de l'intervention.

La propriété de circularité signifie que les membres du système ont des relations causales circulaires plutôt que linéaires. Dans cette optique le comportement d'un des membres n'est pas seulement une réaction directe ou indirecte aux comportements des autres membres mais influence aussi les comportements de ceux-ci et de la famille par un processus de rétroaction (Lasry, 1985; Salem, 1987; Watzlawick et al., 1972). Cette propriété est particulièrement importante pour guider l'intervention de l'intervenante car elle permet à celle-ci d'éviter de rechercher «qui a tort, qui a raison». Elle l'empêche aussi d'isoler un événement de la séquence qui précède ou de celle qui suit et l'invite à rechercher les répétitions dans les schémas d'interactions familiales (Latourelle & Ducharme, 1987). Ceci lui permet d'identifier les forces et faiblesses du système sur le plan de sa structure et de son fonctionnement (Latourelle, 1985).

L'intervenante doit aussi tenir compte de la capacité du système familial à se transformer et de sa tendance à l'homéostasie. Selon Andolfi, Menghi, Nicolo, et Saccu (1979), les points de rupture potentiels d'équilibre coïncident avec les étapes de développement normales du système familial telles la formation du couple, la naissance d'un enfant, etc. L'intervenante doit donc observer si le système tente de maintenir un équilibre trop rigide ou encore, s'il vit une période où il y a trop de changements. Elle peut alors soutenir le système dans sa recherche de solutions pour trouver un meilleur équilibre (Wright & Leahey, 1984).

Fonctionnement et structure du système familial

Nous avons retenu quatre dimensions du *McMaster Family Functioning Model* développé par Epstein et al. (1978) et Epstein, Baldwin, et Bishop (1982) comme paramètres de cette intervention. Ce sont la communication, l'expression des sentiments, la distribution des rôles, et la résolution de problèmes. La communication est une dimension importante du fonctionnement du système familial. Les membres du système doivent être capables de communiquer de façon claire et directe, c'est-à-dire qu'un message clair est adressé à la personne à qui il est destiné. Ils doivent aussi pouvoir répondre à une variété de stimuli avec une quantité et une qualité de sentiments appropriés. Que ce soit des sentiments de bien-être (joie, tendresse), ou d'urgence (colère, tristesse) la famille doit être capable de tous les exprimer sans que ses membres ne se sentent menacés ou excessivement anxieux (Guttman, 1977).

Pour l'intervenante ceci signifie qu'elle observe divers aspects de la communication tels ce que les membres du système se disent, la forme et la direction des messages, l'aspect non verbal du message, la quantité et la qualité des sentiments exprimés, etc. Elle doit de plus identifier et souligner la concordance ou la non concordance entre les messages verbaux et non-verbaux. L'intervenante peut aussi aider chaque conjoint à identifier et exprimer ses sentiments et ses perceptions de façon claire et directe et soutenir chacun à parler de sa relation avec l'autre, c'est-à-dire à métacommuniquer (Latourelle, 1985; Latourelle & Ducharme, 1987).

La distribution des rôles dans une famille est une autre dimension vitale de son fonctionnement, qui l'aide à faire face aux diverses tâches qu'elle doit accomplir, aux étapes de son développement et aux situations difficiles (Latourelle & Ducharme, 1987). Selon Epstein et al. (1978, 1982) les rôles familiaux sont des patrons répétés de comportements par lesquels les individus s'acquittent de leurs

fonctions familiales. Ces rôles peuvent être de type instrumental (fournir les ressources matérielles) ou affectif (épanouissement et support, etc.). Pour assurer le bon fonctionnement du système, tous les rôles doivent être alloués. Une certaine flexibilité doit être conservée pour permettre à la famille de redistribuer les rôles lors de périodes de changements (Guttman, 1977) telle l'arrivée d'un enfant.

Plusieurs auteurs (Fein, 1976, 1978; Fishbein, 1984) ont relevé l'importance d'une entente entre les conjoints par rapport au rôle du père et sa participation dans les soins de l'enfant. Ces auteurs ont démontré que si le couple avait négocié un rôle pour le père avec lequel ils étaient en accord celui-ci démontrait moins d'anxiété et une meilleure adaptation postnatale.

Il est donc pertinent pour l'intervenante d'explorer ici comment les rôles sont distribués, d'offrir de nouvelles informations par rapport à la période postnatale, et d'aider les membres du système à partager leurs attentes et à arriver à une entente par diverses activités, telle la négociation d'un contrat.

La dernière dimension du fonctionnement familial qui sera touchée par cette intervention est l'habileté de la famille à résoudre un problème à un niveau qui maintient un fonctionnement efficace. Les problèmes peuvent être d'ordre instrumental, se référant alors aux aspects matériels de la vie quotidienne (finances, logement, etc.) ou d'ordre affectif (Epstein et al., 1978; Guttman, 1977). L'intervenante doit donc observer et explorer la capacité des membres à identifier et résoudre les problèmes actuels et potentiels ainsi que soutenir chacun tout au long de la résolution d'un problème.

Divers aspects de la structure familial s'avèrent aussi importants pour guider la démarche de l'intervenante. Ainsi, la famille se structure en plusieurs sous-systèmes. A l'intérieur de sous-système conjugal, chaque conjoint doit apporter un soutien au fonctionnement de l'autre. Comme sous-système parental, les conjoints doivent maintenir ce soutien tout en maîtrisant de nouvelles tâches, telle veiller au développement (socialisation, autonomie) de l'enfant. Lors de la naissance du premier enfant, l'addition d'un membre change la dyade conjugale en une triade où les frontières entre les sous-systèmes doivent être renégociées afin de préserver le sentiment d'individuation de chacun. Les frontières sont les règles régissant «comment, quand, et avec qui» on entre en relation. Celles-ci doivent être claires et bien définies tout en étant assez souples pour permettre au système de changer (Minuchin, 1979).

L'intervenante peut explorer la pertinence et la flexibilité de ces règles familiales qu'elle peut identifier en repérant les patrons répétitifs de comportements (Salem, 1987; Watzlawick et al., 1972). Elle peut aussi soutenir chaque conjoint dans une réflexion sur son vécu dans sa famille d'origine et encourager un partage des attentes respectives de chacun.

Concepts sous-jacents à l'intervention multifamiliale

Tel que mentionné précédemment, nous nous sommes inspirées des concepts sous-jacents à l'intervention multifamiliale pour structurer cette intervention, plus précisément des mécanismes facilitant le changement tels qu'identifiés par Laqueur (1976). Selon Laqueur (1976), certains mécanismes agissent pour améliorer la communication et faciliter l'apprentissage de nouveaux comportements à l'intérieur d'un groupe à caractère multifamilial. Comme cette in-

tervention regroupait les membres de deux systèmes familiaux, nous croyions pertinent de tenir compte de ces mécanismes facilitant le changement pour stimuler la croissance de nos participants. Parmi ces mécanismes de changements, nous avons retenu les suivants : la compétition entre les familles, la délimitation du champ d'interaction, l'amplification et la modulation de signaux, le modelage ainsi que l'apprentissage par analogie, par essais et erreurs, et par identification (Laqueur, 1972, 1976, 1980).

La saine compétition entre les familles stimule les interactions entre les membres d'un système, ce qui résulte en des changements de comportements. Cette compétition se mue souvent en coopération interfamiliale où les familles plus motivées encouragent les autres (Benningfield, 1978; Igodt, 1983; Laqueur, 1972, 1976). La délimitation du champ d'interaction permet à l'intervenante de faire prendre conscience aux membres du système conjugal que leurs comportements sont mieux compris lorsque examinés dans le contexte du champ d'interaction. En démontrant que les comportements d'un individu affectent les actions, réactions, et comportements des membres de son environnement, l'intervenante familiarise les individus avec les propriétés d'un système telles la totalité, la non-sommativité, et la circularité.

A l'intérieur d'un groupe à caractère multifamilial, un participant peut reprendre un signal de l'animateur et l'amplifier, augmentant ainsi la valeur du message qui aurait pu ne pas être remarqué par les autres participants. L'intervenante peut aussi jouer un rôle de modèle, et initier les membres du groupe à de nouveaux modes d'interactions ou à différentes façons de résoudre un problème par sa façon d'entrer en relation avec eux. Elle peut, de plus, utiliser des aspects du fonctionnement d'une famille pour stimuler les autres à changer de comportements.

Plusieurs formes d'apprentissage peuvent émerger ou être stimulées dans ce type de groupe. Par exemple, l'apprentissage par analogie offre aux couples la possibilité d'observer des situations conflictuelles similaires aux leurs et d'apprendre de nouvelles méthodes de résolution de problèmes sans être directement confrontés. Quant à l'apprentissage par essais et erreurs il permet à chacun d'essayer de nouveaux modes de comportements qui seront renforcés ou découragés par les autres, selon qu'ils semblent appropriés ou non.

Une dernière forme d'apprentissage par identification peut s'effectuer à un de ces trois niveaux : entre individus, entre sous-systèmes, et entre situations. L'apprentissage par identification s'opère en favorisant les alliances entre individus et sous-systèmes. L'opportunité est ainsi donnée à chacun de reconnaître des patrons d'interactions dans les autres systèmes qui sont une répétition des patrons d'interaction de leur propre système (Benningfield, 1978).

MISE EN APPLICATION

Une intervention a été effectuée auprès d'un groupe de deux couples attendant la naissance d'un premier enfant, à raison d'une rencontre de deux heures pendant cinq semaines¹ (voir le tableau 2). Initialement, le groupe consistait en quatre couples, taille jugée pertinente pour ce type d'intervention. Toutefois, deux des quatre femmes ont été hospitalisées quelques jours avant le début des rencontres, une pour un travail prématuré, l'autre pour un accouchement

prématuré. Il nous était impossible de retarder le début des rencontres car nous aurions risqué d'encourir les mêmes difficultés avec les deux autres participantes. La taille du groupe-cible constituant une limite importante dans ce projet, nous voulons relever certains facteurs et constances qui se sont dégagés du processus de sélection.

La sélection du groupe-cible s'est effectuée à l'aide d'une publicité écrite distribuée par l'intermédiaire des cliniques gynéco-obstétriques, des CLSC, et du journal local ainsi que par des entretiens avec les participants de rencontres prénatales traditionnelles. A ce moment, les couples étaient invités à participer à une intervention qui leur permettrait d'échanger avec un petit groupe de couples de leurs expériences de futurs parents, de leurs attentes et sentiments face au rôle de parent ainsi que de développer des habiletés à communiquer et résoudre les problèmes pour se sentir plus prêts, comme couple, à vivre les changements que bébé apporterait dans leur vie. Les participants aux rencontres prénatales étaient très intéressés par ce type d'intervention mais avaient une disponibilité très limitée, étant souvent déjà engagés dans des groupes d'exercices prénataux. L'exigence d'une participation des deux conjoints a aussi influé sur la taille du groupe. En effet, de nombreuses femmes en début de grossesse (moins de 24 semaines) ont manifesté le désir de participer seules. Lorsque l'intérêt était exprimé par les deux conjoints, la grossesse était plus avancée (plus de 28 semaines). Les couples inscrits étaient d'ailleurs de 25, 32, 34, et 36 semaines respectivement. Ceci semble rejoindre les études de May (1982) qui décrivent le futur père comme étant peu impliqué dans la grossesse avant la 25e à 30e semaine.

Profil des participants

Le couple A (femme, 26 ans; homme, 27 ans) était à leur 34e semaine de grossesse au début des rencontres. Ils avaient suivi des rencontres prénatales au CLSC. Tous deux professionnels, ils étaient installés dans la région depuis moins de deux ans et n'y avaient pas de famille.

Le couple B (femme, 28 ans; homme, 30 ans) était à leur 25e semaine de grossesse et était inscrit aux rencontres prénatales du CLSC. Ils étaient, eux aussi, des professionnels, installés depuis moins de deux ans dans la région et éloignés de leur famille d'origine.

TABLEAU 2

Objectifs des rencontres

Les objectifs visés par cette intervention étaient de permettre aux participants :

- d'exprimer leurs perceptions de l'expérience de futurs parents;
 - d'acquérir des connaissances générales sur le système conjugal et son fonctionnement;
 - de faire des prises de conscience relativement au fonctionnement de leur système conjugal actuel;
 - de développer des habiletés pour améliorer le fonctionnement de leur système conjugal;
 - de se soutenir mutuellement.
-

ANALYSE DE LA MISE EN APPLICATION

Tout au long des rencontres, le partage et la discussion ont été stimulés à partir de certains thèmes dégagés de la recension des écrits, thèmes liés à l'expérience commune de ces couples qui attendent leur premier enfant. L'intervention a porté sur la perception des futurs parents de leur expérience, ainsi que sur le fonctionnement conjugal : communication, expression de sentiments, distribution des rôles, et résolution de problèmes. Ces dimensions du fonctionnement conjugal ont été travaillées au moment opportun et non selon un ordre pré-établi. L'utilisation d'un enregistrement télévisuel a permis de recueillir des données sur les interactions verbales et non verbales des participants et de l'animatrice. En premier lieu, le déroulement des rencontres est examiné en termes de phénomènes de groupe suscités, tels les interactions entre participants, les difficultés rencontrées ainsi que les interventions utilisées pour susciter des changements chez les participants. Dans un deuxième temps, les principaux éléments du fonctionnement conjugal de chaque système, selon les indicateurs retenus, sont identifiés puis les interventions de l'animatrice ainsi que l'évolution de chaque couple sont décrites. Certaines données ressortent de l'analyse qu'il nous semble pertinent de présenter ici.

Cheminement du groupe

1. Première rencontre. Cette rencontre fut une période de prise de contact entre les membres du groupe, où ceux-ci échangeaient sur divers sujets sans structure, plutôt superficiellement. A ce sujet, Laqueur (1971 : voir Benningfield, 1978) observe que l'animatrice d'un groupe à caractère multifamilial aura à faire face à un léger laisser-aller dans le groupe. Benningfield (1978) ajoute que l'animatrice doit intervenir fréquemment au début, pour empêcher les familles de se «visiter».

Quoique les participants aient été capables d'échanger sur les thèmes suggérés, les messages de chacun étaient dirigés vers l'intervenante pour «informer» de leur vécu. Igodt (1983) rapporte que durant cette phase de dépendance et d'incertitude, les membres du groupe s'adressent à l'intervenant comme à un juge.

La principale difficulté pour l'intervenante durant cette rencontre était de considérer les participants comme des membres du groupe et d'un système conjugal ainsi que comme des individus. Ceci a amené les interventions à être souvent plus centrées sur le contenu que sur le processus.

Parmi les interventions mises en oeuvre pour favoriser l'émergence des mécanismes facilitant le changement, l'intervenante a favorisé une prise de conscience du champ d'interactions en stimulant les échanges sur les changements que la grossesse avait apportés dans la vie des individus, du couple, et dans les relations avec la famille.

2. Deuxième rencontre. L'accent durant cette rencontre fut mis à repérer, éclaircir, et définir les problèmes, ce qui donna lieu chez le couple B, à des résistances qui se manifestèrent par une intellectualisation des problèmes. Selon Igodt (1983), l'intervenante doit favoriser l'expression d'expériences personnelles et refréner l'apport trop fréquent de généralités.

Les difficultés rencontrées à cette étape ont été de l'ordre d'amener le groupe à explorer et partager des expériences personnelles telles leur vécu dans leur

famille d'origine, prendre conscience de leurs attentes envers le rôle de parent, explorer le processus du partage des tâches, etc.

Divers mécanismes favorables au changement ont émergé spontanément durant cette rencontre. Par exemple, le conjoint B a spontanément fait le lien entre leurs difficultés actuelles pour se partager les tâches et les difficultés que rencontrent les couples à s'organiser avec un bébé, amplifiant ainsi le message de l'intervenante.

3. Troisième rencontre. Cette rencontre fut un point tournant dans la formation du groupe, caractérisée par des interactions spontanées où chacun s'est adressé aux autres en son nom : ceci est particulier à la phase de l'interaction collective et du changement significatif telle que décrite par Igodt (1983).

Durant cette rencontre, il est apparu évident que les couples avaient de la difficulté à percevoir concrètement les besoins d'un nouveau-né et les changements que celui-ci apporterait dans leur vie. Les apports de chacun à ce sujet demeuraient à un niveau théorique. Cette constatation rejoint les observations d'Entwisle et Doering (1981) qui ont noté que les futurs parents ont de la difficulté à concevoir la période après la naissance. De plus, Laqueur (1980) avait rapporté que lorsque les groupes multifamiliaux étaient formés autour d'un facteur commun tel le diagnostic, ceci prédisposait le groupe à intellectualiser les problèmes.

Deux interventions spécifiques ont été mises sur pied afin d'engager les couples dans une réflexion personnelle sur l'expérience de devenir parent et leur faire prendre conscience du mode de fonctionnement actuel de leur système conjugal et celui auquel ils aspiraient : la négociation d'un contrat sur les rôles et attentes de chacun et la visite d'un couple de nouveaux parents qui discuta de l'influence de l'arrivée du bébé sur leur vie de couple et d'individus. Cette dernière activité a permis, de plus, l'apprentissage par analogie ou par modelage de méthodes de résolution de problèmes.

4. Quatrième rencontre. A cette étape nous avons pu observer que la coopération intersystémique avait remplacé la compétition plus prédominante aux rencontres précédentes. Ceci est d'ailleurs un phénomène caractéristique des groupes multifamiliaux (Igodt, 1983; Laqueur, 1972, 1976). Le climat chaleureux qui en résultait était propice à l'exploration de sentiments. Chacun s'écoutait et se supportait, ce qui a favorisé le cheminement du couple B, plus résistant lors des premières rencontres.

Aucune difficulté significative n'a été rencontrée à cette étape. Le climat du groupe a permis d'explorer plus en profondeur certaines situations. Les interventions ont été axées sur «l'ici et maintenant» et ont été de l'ordre d'amener les couples à clarifier leurs messages et à rechercher des solutions pour améliorer leur fonctionnement conjugal, plus spécifiquement la communication et l'expression des sentiments.

5. Cinquième rencontre. Les membres du groupe ont continué à discuter, en profondeur, de sujets qu'ils avouaient n'avoir confiés à personne d'autres, tel leur sexualité durant la grossesse. Les sentiments ressentis, l'approche utilisée pour les exprimer, la recherche d'autres moyens pour faciliter la communication et la résolution de conflits ont été partagés par chacun.

Les difficultés principales de cette dernière rencontre étaient d'éviter que la synthèse des rencontres ne soit qu'une répétition du contenu déjà abordé et de laisser partir les couples avec une image positive de leur cheminement. A cet effet, les discussions précédentes ont été résumées en intégrant des éléments pertinents de la recension des écrits qui n'avaient pas été abordés, par exemple la notion de conflits de rôles (Majewski, 1986). De plus, les couples ont été invités à se partager leurs sentiments «ici et maintenant» face à ces thèmes, permettant ainsi l'apprentissage par essais et erreurs, par analogie, par identification ou modelage de chacun.

Nous avons ainsi renforcé les forces de chaque système conjugal tout en enseignant des alternatives de mode de fonctionnement dans chaque dimension.

Cheminement des couples

1. La communication et l'expression de sentiments. La communication du couple A était directe et masquée et ce couple avait de la difficulté à exprimer des sentiments qui remettaient en question comment chacun était perçu par l'autre. Le couple B, pour sa part, émettait des messages verbaux masqués et indirects, alors que leur expression non verbale était claire et significative. Ce couple diluait les messages à contenu émotif ou conflictuel en raisonnant ou intellectualisant le problème. Les interventions utilisées furent, entre autres, de demander à chacun de clarifier leur message, de refléter nos observations et perceptions, et de souligner la non concordance des messages verbaux et non verbaux du couple B. Au fil des rencontres les messages de chacun sont devenus plus explicites et les sentiments ont été exprimés plus ouvertement, quoique l'intellectualisation de sentiments est demeurée une composante du fonctionnement du couple B.

2. La distribution des rôles et la résolution de problèmes. La distribution des rôles chez le couple A était assez flexible et respectait les forces et intérêts de chacun. Ce couple désirait que le mari s'implique dans les soins du bébé mais la conjointe craignait de ne pas lui laisser assez d'espace. Alors que ce couple était capable d'identifier et de partager leurs sentiments face à ce problème, ils se sentaient dépourvus de moyens pour le résoudre. Pour le couple B, la distribution des rôles était caractérisée par une certaine compétition pour conserver le contrôle de certaines tâches et une difficulté à coopérer. Le conjoint identifiait le problème lairement et exprimait ses craintes de ne pas avoir de place auprès de l'enfant. Sa conjointe résistait aux interventions directes, niait ou intellectualisait le problème. Un soutien fut apporté à chaque système dans sa recherche de solutions afin de délimiter les responsabilités et tâches de chacun. Chaque conjoint fut de plus aidé à clarifier et exprimer ses attentes. Dans ces deux dimensions, le couple B a beaucoup cheminé en écoutant le couple A, en essayant de nouveaux modes de fonctionnement et en étant renforcé dans leurs essais par le couple A.

DISCUSSION

Dès le début des rencontres, les deux couples partageaient une perception idéalisée du rôle de parent. Le conjoint A tentait de se définir comme père mais la situation lui semblait peu concrète. Ceci se traduisait dans son langage car il parlait souvent de sa relation avec un enfant de 10-12 ans, par exemple «je vais jouer au baseball avec lui». La conjointe B, quant à elle, prévoyait retourner aux

études à plein temps durant son congé de maternité. Leurs conjoints, pour leur part, exprimaient de l'inquiétude et de l'anxiété face à leur nouveau rôle. Les diverses interventions axées sur le fonctionnement conjugal (voir le tableau 1) ont aidé chacun à se préparer plus concrètement à leur future vie à trois, quoique la conjointe B soit demeurée plus irréaliste face aux changements attendus. Toutefois, ce couple a particulièrement bénéficié du contexte de groupe qui lui a permis de faire l'apprentissage de moyens pour résoudre les problèmes tel la participation de chacun dans les soins au bébé, pour coopérer et communiquer et ce, de façon moins menaçante que l'intervention directe, qui suscitait souvent résistance et négation.

Il est intéressant de noter que la taille du groupe ne semble pas avoir nui à l'émergence des mécanismes de changement ni à celui d'un soutien entre participants. Quoique les possibilités d'apprentissage par analogie, modelage, ou identification auraient été plus nombreuses dans un plus grand groupe, le soutien entre participants est apparu à la troisième rencontre tel qu'observé par Blomfield (1972: voir Strelnick, 1977) dans divers groupes.

De plus, la taille du groupe a permis à chacun de s'exprimer, ce qui aurait pu s'avérer plus difficile dans un plus grand groupe. Le nombre restreint de participants a aussi facilité la tâche de l'intervenante car il lui était ainsi plus facile de stimuler chacun à partager, d'observer l'expression non-verbale de chaque conjoint, de résumer les interventions. Par ailleurs, l'intervenante a eu de la difficulté à gérer la résistance de certains participants et l'intellectualisation de problèmes. Tel que le suggère Benningfield (1978), elle aura à développer sa flexibilité et sa créativité pour désamorcer ce type de comportement.

Par rapport aux objectifs visés par cette intervention, il est important de souligner que les couples ont pu, à l'intérieur des rencontres, prendre conscience du fonctionnement de leur système conjugal actuel, développer des habiletés pour améliorer celui-ci, et démontrer des changements de comportements telle une communication plus directe, plus claire, plus congruente. Les activités de négociation de contrat et la discussion avec un couple de nouveau parent, les interventions axées sur la clarification des attentes et des sentiments de chacun ainsi que l'identification de moyens pour mieux se soutenir ont semblé particulièrement aidantes.

Il nous apparaît souhaitable que l'intervention soit reprise dans sa forme actuelle en conservant les interventions axées sur le fonctionnement conjugal et le caractère multifamilial afin de pouvoir évaluer les résultats de façon systématique avec un outil tel le *McMaster Clinical Rating Scale* ou le *Family Assessment Device* (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1984). Toutefois, il serait aussi pertinent que certaines activités et stratégies d'intervention, telles celles mentionnées ci-haut, soient intégrées aux rencontres prénatales traditionnelles. Ainsi, chaque couple pourrait, dès la période prénatale, développer des habiletés pour mieux communiquer, se soutenir, et résoudre les problèmes. Il est évident que cette dernière optique exige que chaque intervenante en période prénatale possède des connaissances approfondies des concepts systémiques et ait développé des habiletés cliniques pour observer et évaluer le système conjugal. Etant donné l'importance de la qualité de la relation maritale dans l'adaptation au rôle de parent de chaque conjoint, il nous semble pertinent que cette formation soit requise ou offerte à ces intervenantes.

En terminant, nous voudrions souligner une observation intéressante qui se dégageait du processus de sélection. La clientèle manifestant le plus d'intérêt pour participer à l'intervention était généralement plus âgée (> 28 ans), plus éduquée, et avait un réseau de soutien social restreint. Cet intérêt soulève diverses questions. Caplan (1961) ayant postulé que la disponibilité de ressources sociales est un facteur essentiel pour rétablir l'équilibre durant une crise, on peut se demander si ces couples, se sentant plus vulnérables durant la grossesse, recherchaient une forme de soutien dans le groupe. En deuxième lieu, nous nous demandons si les couples plus âgés et éduqués sont plus conscients des difficultés inhérentes à la période de transition qui accompagne la venue du premier enfant et donc plus motivés à s'y préparer. Quoique la procréation tardive soit devenue un phénomène sociologique de plus en plus présent dans la société canadienne (Statistique Canada, 1984, 1989), les écrits révèlent peu de données sur le vécu et les besoins spécifiques de ces couples. Cela nous semble une avenue de recherche intéressante à explorer.

CONCLUSION

Cet article avait pour but de présenter la mise en application d'une intervention de groupe d'orientation systémique effectuée auprès de couples en période prénatale. Cette intervention a mis en évidence certains éléments identifiés dans la problématique. C'est ainsi que nous avons pu observer que les couples-participants partageaient une conception idéalisée du rôle de parent et des attentes diverses envers ce rôle et envers leur conjoint. Cette forme d'intervention a permis aux couples de percevoir de façon plus réaliste la période de transition qui accompagne la venue du premier enfant. Elle leur a aussi permis de développer des habiletés relationnelles telle une communication plus claire et directe ainsi qu'une démarche de résolution de problèmes plus complète.

Plusieurs auteurs ont tenté de cerner le vécu, souvent difficile, des nouveaux parents. Déjà, en 1957, Le Masters postulait que l'image romancée du rôle de parent était une des causes de la crise vécue par le couple après la naissance de l'enfant. Belsky (1986) et Fleming, Ruble, Flett, et Van Wagner (1990), quant à eux ont relevé la présence d'une insatisfaction dans la relation maritale durant les mois qui suivent la naissance de l'enfant. A ce sujet, Belsky (1986) suggère que si les couples connaissaient et acceptaient les multiples changements inhérents à cette période de transition, ils éviteraient ainsi une perturbation de leurs relations maritales.

A la lumière de ces écrits et des changements observés chez les couples participants, nous croyons que l'intervention de groupe d'orientation systémique présentée dans cet article peut être un moyen pour améliorer la qualité de la relation maritale.

Différents auteurs (Majewski, 1986; Shereshefsky & Yarrow, 1973) ayant associé la qualité de la relation maritale avec la facilité à faire la transition au rôle de parent, il nous apparaît souhaitable que cette forme d'intervention soit reproduite et évaluée afin de déterminer si ce type de soutien spécifique offert aux conjoints a un effet sur leur adaptation post-natale.

NOTES

1. Aspects éthiques : Les couples participaient librement à l'intervention et demeuraient libres de se retirer à tout moment. Un consentement écrit a été obtenu pour l'utilisation de l'enregistrement télévisuel des rencontres. Les bandes magnétoscopiques ont été effacées après usage. La confidentialité des rencontres a été assurée. Lorsque le contenu a été discuté, pour les besoins de l'analyse, l'anonymat a été respecté.

ABSTRACT

The birth of a first child results in an important period of transition for new parents. A systemic intervention was planned and implemented with a group of couples during the prenatal period. This intervention was based upon concepts related to systemic family intervention and multiple family intervention. One of the main objectives was to allow participants to improve their functioning as couples in the areas of communication, feeling response, role distribution, and conflict resolution.

The analysis describes the dynamics of the group and the couples as well as changes that occurred during the intervention. Group support allowed the couples to experiment new modes of communication and to improve their methods of conflict resolution.

The author discusses the importance of integrating some aspects of this intervention in traditional prenatal groups, in particular, discussions on individual expectations and needs of future parents. She emphasizes the importance of educating nurses in family intervention given their active role with families at this particular stage of family development.

REFERENCES

- Andolfi, M., Menghi, P., Nicolo, A.M., & Saccu, C. (1979). L'interaction dans les systèmes rigides. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1, 25-42.
- Belsky, J. (1985). Experimenting with the family in the newborn period. *Child Development*, 56, 407-414.
- Belsky, J. (1986). Transition to parenthood. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 20(9), 56-59.
- Benningfield, A.B. (1978). Multiple family therapy systems. *Journal of Marriage and Family Counselling*, 4, 25-33.
- Brown, M.A. (1986). Social support, stress and health: A comparison of expectant mothers and fathers. *Nursing Research*, 35(2), 72-76.
- Campbell, I.E., & Field, P.A. (1989). Préoccupations courantes d'ordre psychologique des parents pendant la grossesse. *Santé mentale au Canada*, 3, 2-5.
- Caplan, G. (1961). *An approach to community mental health*. New York: Grune & Stratton.
- CLSC Hochelaga-Maisonneuve. (1984). La population a quelque chose à dire. . . . *Nursing Québec*, 4(6), 54-55.
- Comité des affaires sociales. (1984). *Document de consultation sur la politique familiale: Pour les familles québécoises*. Livre vert Québec: Gouvernement du Québec.
- Cronenwett, L.R., & Kunst-Wilson, W. (1981). Stress, social support and the transition to fatherhood. *Nursing Research*, 30(4), 196-201.
- Curry, M.A. (1983). Variables related to adaptation to motherhood in "normal" primiparous women. *Journal of Obstetric, Gynecology, and Neonatal Nursing*, 12(2), 115-121.

- DeMontigny, F. (1988). *Une intervention systémique à caractère multifamilial effectuée par l'infirmière auprès de couples en période prénatale*. Rapport de stage de maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, PQ.
- Dyers, E.D. (1963). Parenthood as a crisis: A re-study. *Marriage and Family Living*, 25, 196-201.
- Entwisle, D.R., & Doering, S.G. (1981). *The first birth: A family turning point*. London: Johns Hopkins University Press.
- Epstein, N.B., Baldwin, L.M., & Bishop, D.S. (1982). *McMaster clinical rating scale*. Providence, RI: Brown/Putler Family Research Program.
- Epstein, N.B., Baldwin, L.M., & Bishop, D.S. (1984). The McMaster Family Assessment Device. Dans D.H. Olson & B.C. Miller (Eds.), *Family Studies Review Yearbook*, 2.
- Epstein, N.B., Bishop, D.A., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marriage and Family Counselling*, 4, 19-31.
- Fédération des Centres Locaux de Services Communautaires. (1985). *L'action des CLSC en périnatalité: Vers un renouvellement des pratiques*. Commentaires sur le projet de politique du MAS en périnatalité. Montréal: L'Auteur.
- Fein, R.A. (1976). The first weeks of fathering: The importance of choices and supports for new parents. *Birth and the Family Journal*, 3(2), 53-58.
- Fein, R.A. (1978). Consideration of men's experiences and the birth of a first child. Dans W.B. Miller & L.F. Newman (Eds.), *The first child and family formation* (pp. 327-329). Chapel Hill, NC: Caroline Population Center.
- Fishbein, E.G. (1984). Expectant father's stress: Due to the mother's expectations. *Journal of Obstetric, Gynecology, and Neonatal Nursing*, 5, 325-328.
- Fleming, A.S., Ruble, D.N., Flett, G.L., & Van Wagner, V. (1990). Adjustments in first-time mothers: Changes in mood and mood content during the early post partum months. *Developmental Psychology*, 26(1), 137-143.
- Guttman, H.A. (1977). *A guide to family function and structure*. Montréal: Institute of Community and Family Psychiatry, Jewish General Hospital.
- Hampson, S.J. (1989). Nursing interventions for the first three post partum months. *Journal of Obstetric, Gynecology, and Neonatal Nursing*, 2, 116-122.
- Hobbs, D.F., Jr. (1965). Parenthood as crisis: A third study. *Journal of Marriage and Family*, 27, 367-372.
- Igodi, P. (1983). La thérapie d'un groupe de familles et sa mise en pratique d'après Peter Laqueur. *Thérapie familiale*, 4(1), 81-97.
- Lamarre, S., & Landry-Balas, L. (1980). Bonne maman, un obstacle à l'évolution des femmes. *Santé mentale au Canada*, 28(2), 14-15.
- Laqueur, H.P. (1972). Mechanisms of change in multiple family therapy. Dans C.S. Sager & K.S. Kaplan (Eds.), *Progress in group and family therapy* (pp. 400-415). New York: Brunner/Mazel.
- Laqueur, H.P. (1976). Multiple family therapy. Dans P.J. Guérin (Ed.), *Family therapy: Theory and practice* (ch. 23). New York: Gardner Press.
- Laqueur, H.P. (1980). The theory and practice of multiple family therapy. Dans L.R. Wolberg & M.L. Aronson (Ed.), *Group and family therapy* (pp. 15-23). New York: Brunner/Mazel.
- Lasry, J.C. (1985). La thérapie familiale de l'Ecole de Milan. *Systèmes humains*, 1, 7-11.
- Latourelle, D. (1985). Une expérience d'enseignement du concept «système familial» et de l'intervention «famille-infirmière». *Nursing Papers*, 17, 48-60.
- Latourelle, D., & Ducharme, F. (1987). *Famille et intervention de l'infirmière*. Montréal: Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Ledoux, M., & Mayano-Vinet, C. (1985). *Postnatal auprès de familles potentiellement à risque*. Dans FCLSC (Ed.), *Compte-rendu du colloque «Innovations en pré et postnatal»*. Montréal: FCLSC.
- Le Masters, E.E. (1957). Parenthood as crisis. *Marriage and Family Living*, 19, 352-355.

- Majewski, J.L. (1986). Conflicts, satisfactions and attitudes during transition to the maternal role. *Nursing Research*, 35(1), 10-14.
- Martin, C., & Ouellet, F. (1984). *Pour une éducation sanitaire en milieux populaires dans le domaine de la périnatalité*. Québec: Ministère des Affaires sociales.
- Ministère des Affaires sociales. (1974). *La périnatalité: Une politique du MAS*. Québec: Directions des communications.
- May, K.A. (1982). Three phases of father involvement in pregnancy. *Nursing Research*, 31(6), 337-342.
- Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Montréal: France Amérique.
- Puvilland-Leduc, C., & Bois, G. (1987). L'entraide maternelle ou la maternité soutenue. *Nursing Québec*, 7(2), 22-26.
- Puvilland-Leduc, C., Levasseur, L., & Casano, D. (1981). L'entraide maternelle en période postnatale. *Infirmière canadienne*, 5, 29-31.
- Ross, M. (1983). *Le prix à payer pour être mère*. Montréal: Ed. Remue-ménage.
- Roy, C. (1984). *Introduction to nursing: An adaptation model*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Rubin, R. (1961). Basic maternal behaviors. *Nursing Outlook*, 11, 683-687.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer.
- Salem, G. (1987). *L'approche thérapeutique de la famille*. Paris: Masson.
- Satir, V. (1971). *Thérapie du couple et de la famille*. Paris: EPI-SA.
- Satir, V. (1980). *Pour retrouver l'harmonie familiale*. Montréal: France-Amérique.
- Séguin, F., Ferland, F., Lambert, J., & Ouellet, D. (1986). *Évaluation de l'efficacité d'interventions éducatives et de support auprès de parents à la période prénatale*. Rapport final de recherche, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Montréal, PQ.
- Sheehan, F. (1981). Assessing postpartum adjustment. *Journal of Obsteric, Gynecology, and Neonatal Nursing*, 1, 19-23.
- Shereshefsky, P.M., & Yarrow, L.J. (1973). *Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation*. New-York: Raven Press.
- Spain, A. (1986). La crise psychologique vécue lors d'une première maternité et sa résolution. Dans G.R. de Grâce & P. Joshi (Eds.), *Les crises de la vie adulte* (pp. 109-127). Montréal: Décarie.
- Statistique Canada. (1984). *La conjoncture démographique: La fécondité au Canada, croissance et déclin*. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Statistique Canada. (1989). *La famille au Canada: Faits saillants choisis*. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Strelnick, A.H. (1977). Multiple family group therapy: A review of the literature. *Family Process*, 16(3), 307-325.
- Taggart, M.E. (1979). La crise du quatrième trimestre. *Santé mentale au Canada*, 7(1), 7-9.
- Taggart, M.E. (1983). *Acquisition de connaissances et comportements chez des primipares à la suite de deux types de programmes éducatifs postnatals*. Thèse de doctorat en sciences éducatives, Université de Montréal, Montréal, PQ.
- Walker, L.O., Crain, H., & Thompson, E. (1986). Maternal role attainment and identity in the postpartum period: Stability and change. *Nursing Research*, 35(2), 68-71.
- Watzlawick, P., Helmick-Beavin, J., & Jackson, D.D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris: Editions du Seuil.
- Wright, L.M., & Leahey, M. (1984). *Nurses and families*. Philadelphia: F.A. Davis.

