

Lien parents-enfant à la période périnatale :

évaluation et intervention

L'équipe de recherche sur l'établissement du lien parents-enfant travaille depuis plusieurs années à l'élaboration d'un modèle susceptible d'aider les infirmières en périnatalité. Après l'article « Établissement du lien mère-enfant et père-enfant à la période périnatale » (page 12), voici maintenant le volet sur l'évaluation et l'intervention qui complète leur étude.

PAR LINDA BELL, INF., PH.D., AUDETTE SYLVESTRE, PH.D., DENISE ST-CYR TRIBBLE, INF., PH.D.,
CÉLINE GOULET, INF., PH.D. ET EDWARD Z. TRONICK, PH.D.

Bien que la majorité des parents réussissent à établir une relation positive avec leur enfant, plusieurs éprouvent des difficultés d'adaptation qui peuvent se manifester dès les premières semaines de vie du bébé. Il est reconnu qu'un soutien aux parents peut prévenir certains échecs dans l'établissement de la relation avec leur enfant ainsi que les conséquences négatives qui peuvent en résulter.

Sur ce plan, les infirmières en périnatalité jouent un rôle déterminant.

Dans les faits, au-delà des conseils qu'elles donnent aux parents sur la façon de répondre aux besoins des enfants, elles sont très bien placées pour observer le déroulement de la relation parents-enfant, déceler les tensions et apporter éventuellement leur soutien (MSSS, 1993). Elles occupent donc une position stratégique et privilégiée pour formuler des hypothèses sur la qualité de la relation parents-enfant et intervenir de façon précoce dans les difficultés relationnelles parents-enfant qui peuvent sur-

venir au cours des premières semaines de vie de ce dernier, et ce, dans une perspective familiale (Bell, 1996, 2002 ; Bell *et al.*, 1996 ; Goulet *et al.*, 1998).

Évaluation de la relation parents-enfant et formulation de l'hypothèse

Le modèle proposé repose sur le postulat suivant : les représentations¹ que se font les parents de la relation avec leur enfant se traduisent dans leurs comportements avec lui (Stern, 1995). Par exemple, une mère qui se consi-



Photo: C-Images/Don Ryan

dère dans un processus de découverte par rapport à son enfant sera vraisemblablement plus attentive à ses moindres signes et besoins et recourra à des stratégies variées pour y répondre jusqu'à ce que l'enfant manifeste sa satisfaction.

Les liens entre les représentations et les comportements parentaux sont illustrés à la figure 1. Ainsi, on constate que les représentations des mères ($Représentation_M$) et des pères ($Représentation_P$) se traduisent dans leur comportement (Comportement_M et Comportement_P) vis-à-vis leur enfant (Comportement_B) et entre eux. De plus, ces différentes composantes s'influencent mutuellement, comme l'illustrent les flèches bidirectionnelles. L'infirmière est invitée à utiliser ces différents éléments pour évaluer la relation parents-enfant et intervenir auprès de la famille.

Comme il est indiqué à la figure 1, une évaluation basée sur le modèle d'établissement de la relation parents-

et de protection de la famille (Bell et Sylvestre, 2004). Ces facteurs ne sont pas directement en jeu dans l'établissement de la relation, mais agissent plutôt de façon indirecte par le biais de leur influence sur cette relation. Ainsi, le statut socio-économique de la famille, la santé mentale des parents, l'état de santé de l'enfant ou encore la densité et la diversité du réseau social constituent les principaux facteurs d'influence (Bouchard, 1981).

Principes de l'évaluation

Trois principes sont à la base de l'évaluation de la relation parents-enfant. Selon le premier principe, l'infirmière est invitée à tirer profit de son lien privilégié avec les familles pour collecter des données dans le contexte naturel, confortable et non menaçant du foyer familial (Meisels et Provence, 1989). En effet, l'observation des actions quotidiennes et familiaires des personnes maximise les chances de dégager avec justesse la façon dont

toutefois tenir compte des besoins et des préférences des parents, et alterner entre le domicile et le milieu clinique peut être également profitable à l'intervention, particulièrement s'il s'agit de l'apprentissage de nouveaux comportements interactifs. Enfin, la participation active des parents à l'évaluation est à privilégier afin de maximiser l'appropriation du processus par la famille ainsi que le partenariat famille-intervenants (Dunst *et al.*, 1988).

D'après le deuxième principe de l'évaluation, mieux vaut procéder en quelques rencontres plutôt que de se limiter à une seule (Greenspan et Meisels, 1996). Des collectes de données répétées assurent en effet la stabilité des résultats et permettent de déceler d'éventuels changements. Kelly et Barnard (2000) suggèrent de prévoir quatre à cinq rencontres pour recueillir les informations par le biais d'entrevues avec les parents et de périodes d'observation de leurs interactions avec l'enfant. Cette façon de procéder permet de dresser un portrait élargi des besoins et du fonctionnement d'une famille dans des situations diverses, de valider les observations et d'éviter de poser trop rapidement un jugement clinique. Au besoin, l'infirmière est encouragée à s'entourer d'intervenants de disciplines complémentaires, notamment un psychoéducateur ou un intervenant social, qui peuvent apporter un éclairage différent sur la situation.

Enfin, le troisième principe suggère de prendre en compte les différences dans la relation entre mère- et père-enfant, puisque les paramètres utilisés pour évaluer et comprendre ces relations ne sont pas nécessairement les mêmes. En effet, selon nos observations, il existe des différences entre les mères et les pères dans la manière dont ils établissent la relation avec leur enfant au cours des quatre premiers mois. Par exemple, alors qu'à la sixième semaine les mères se sentent proches de leur enfant dans le cadre de leurs

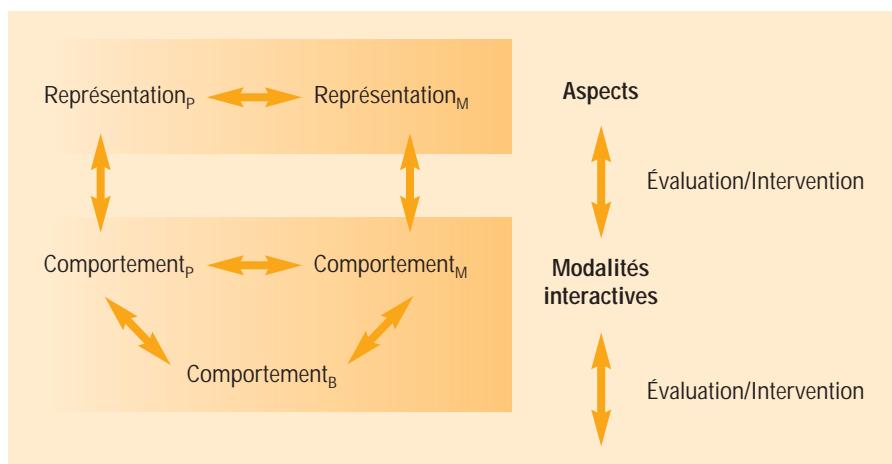


Fig. I – Modèle d'évaluation et d'intervention infirmière

enfant s'appuie sur l'examen minutieux de 1) la représentation que se font les parents de leur expérience, 2) leur comportement dans l'interaction avec l'enfant et 3) la réaction de l'enfant.

L'évaluation des différentes dimensions de la relation doit être complétée par l'inventaire des facteurs de risque

elles agissent et les éléments qui influent, positivement ou non, sur leur adaptation à l'environnement. Le contexte naturel du foyer constitue l'endroit de prédilection pour évaluer la relation parents-enfant et intervenir, car il peut rassembler des éléments favorables à une telle intervention. L'évaluation et l'intervention devraient

échanges, les pères, pour leur part, ont le sentiment de ne pas suffisamment connaître leur enfant et se sentent préoccupés par la difficulté de concilier travail et parentalité. L'évaluation de la relation parents-enfant doit donc tenir compte de cette réalité différente et de la manière dont elle est vécue dans le couple.

Moyens d'évaluation

La relation entre les parents et leur enfant est sans contredit une question extrêmement sensible lorsque vient le temps de la soumettre à l'évaluation. Il importe donc d'utiliser des moyens non envahissants, souples et respectueux de la vie intime de la famille. Certains questionnaires peuvent être utilisés pour évaluer la nature de cette relation; toutefois, l'entrevue avec les parents et l'observation directe des interactions demeurent des outils à privilégier, car ils s'avèrent moins menaçants pour les parents et favorisent leur collaboration (Kelly et Barnard, 2000).

L'entrevue permet d'explorer comment le père et la mère se représentent le développement de leur relation avec l'enfant. L'infirmière fonde alors son entretien sur les cinq composantes déjà établies de la relation parents-enfant: la découverte, le contact physique, la relation affective, l'établissement des interactions et l'investissement dans le rôle parental. *La découverte de l'enfant* fait référence au processus par lequel les parents et leur enfant apprennent à se connaître. *Le contact physique* entre le parent et son enfant se rapporte aux comportements adoptés par le parent et par l'enfant pour interagir. *La relation affective* a trait aux affects des parents et de l'enfant ainsi qu'à leur régulation mutuelle. *L'établissement des interactions* correspond à l'habileté et à la motivation du parent à amorcer, maintenir et clore les interactions avec son enfant en tenant compte des capacités interactives de ce dernier. Il

s'agit d'un processus qui se caractérise, d'une part, par la sensibilité du parent aux signes présentés par l'enfant et, d'autre part, par une réponse appropriée de sa part. Enfin, *l'investissement personnel dans le rôle parental* traite de la capacité du parent à assumer de nouvelles responsabilités et à s'engager réellement envers l'enfant. Les différences dans la relation mère-enfant et père-enfant doivent être prises en compte dans l'évaluation de cette relation et de son déploiement.

L'observation de la relation parents-enfant se fait spontanément et en contexte naturel. Il est aussi fortement suggéré d'inviter la famille à saisir sur bande vidéo certaines interactions spontanées en vue d'une discussion ultérieure avec l'infirmière (Kelly et Barnard, 2000). Ce moyen d'évaluation peut s'avérer fort intéressant pour la famille puisqu'il favorise les échanges avec l'infirmière dans un contexte non menaçant. Les scènes filmées peuvent être réutilisées au moment de l'intervention.

L'hypothèse sur la qualité de la relation

Le processus d'évaluation conduit à la formulation d'une hypothèse² sur la qualité de la relation parents-enfant, laquelle servira à orienter le choix d'une intervention appropriée à la situation. L'hypothèse ne doit pas comporter de direction causale mais plutôt prendre en compte la nature circulaire des relations. Par exemple, il irait à l'encontre du principe de circularité des relations de formuler une hypothèse selon laquelle l'enfant pleure beaucoup parce que sa mère ne le prend pas suffisamment dans ses bras (A entraîne B). Il est toutefois pertinent de supposer que l'enfant qui pleure beaucoup augmente le stress de la mère qui, de ce fait, a tendance à réduire les contacts avec lui: certains besoins de l'enfant risquent d'être satisfaits moins rapidement ou moins adéquatement, ce qui peut l'amener à



pleurer davantage (A entraîne B qui influence réciproquement A). En somme, il est inutile de tenter de trouver un coupable face au problème. Les parents et leur enfant sont inévitablement liés par rapport à l'évolution et à l'entretien de leur relation.

L'intervention auprès de la famille

L'objectif général de l'intervention précoce de l'infirmière est de créer ou de recréer les conditions écologiques favorables au développement du lien parents-enfant. L'intervention consistera alors principalement à chercher à contrecarrer l'impact des facteurs de risque et à promouvoir celui des facteurs de protection déterminés lors de l'évaluation (Dunst *et al.*, 1988). Il s'agit d'aider les parents à faire face au défi que pose l'établissement de la relation avec leur enfant, dans le respect de leurs croyances et de leurs priorités.



Photo: I. Hooton/SPL/Photo

Principes de l'intervention

Cinq principes guident l'intervention de l'infirmière à la période postnatale. Les deux premiers ont déjà été mentionnés : prendre pour cibles l'enfant lui-même, sa famille et l'environnement élargi en faisant des interventions simultanées à ces différents niveaux et travailler dans le contexte naturel du foyer familial. Suivant le troisième principe, l'infirmière doit considérer les parents, les membres de la famille (immédiate et élargie) comme compétents ou susceptibles de le devenir, et créer des conditions favorables à l'adoption de comportements positifs (Epps et Jackson, 2000). Pour ce faire, une place prépondérante devra être accordée à la relation d'aide, ce qui constitue le quatrième principe. En effet, la façon dont la relation famille-intervenants s'établit est prédictive de l'utilité de l'intervention (Dunst *et al.*, 1988).

Finalement, on se rappellera qu'il n'existe aucune intervention unique et universelle capable de résoudre tous les besoins de l'ensemble des familles. Ainsi, la clé d'une intervention efficace se trouvera dans l'individualisation d'un programme ciblé pour une famille donnée dans un contexte social particulier (Sameroff et Fiese, 2000).

Moyens d'intervention

Les moyens d'intervention varient selon l'objectif poursuivi. Dans le cas où l'infirmière intervient auprès d'une famille en difficulté, le modèle d'intervention proposé par Sameroff et Fiese (2000) permet de dégager trois possibilités : 1) remédier à une situation jugée indésirable, 2) redéfinir certaines croyances et attentes des parents et 3) modifier des façons de faire inadéquates. Une quatrième possibilité pourrait être ajoutée, soit celle d'accorder du temps aux parents pour développer la relation avec leur enfant.

Remédier à une situation indésirable est nécessaire lorsque, par exemple, surgit un problème qui influe sur les conditions préalables à l'établissement de la relation parents-enfant. Il peut s'agir d'un problème de santé chez la mère ou l'enfant qui occasionne un éloignement physique, d'un handicap physique chez l'enfant, tel que la surdité, ou de la dépression chez l'un des parents, ce qui réduit significativement les interactions. L'infirmière verra alors à soutenir la famille en apportant une aide instrumentale. En outre, lorsque la situation requiert une intervention spécialisée (ex : en audiology, en psychothérapie), elle se chargera d'adresser la personne ou la famille aux professionnels appropriés (Epps et Jackson, 2000).

Diverses stratégies d'intervention sont possibles lorsque l'objectif vise à *redéfinir certaines croyances ou attentes* des parents ayant un impact sur la relation à la période postnatale. De façon générale, ces stratégies visent à

ébranler les croyances enracinées, qui restreignent les possibilités, et à renforcer celles qui facilitent le choix d'une solution de manière à augmenter la souplesse et les forces d'adaptation de la famille (Wright *et al.*, 1996). À cette fin, l'infirmière pourra recourir à une intervention comme le recadrage, qui vise à permettre aux parents de se représenter la situation de manière plus positive. Cette technique pourrait être utile, notamment, lorsque le couple éprouve des difficultés à concilier des visions différentes sur la façon d'établir une relation avec leur enfant.

La troisième possibilité, *modifier des façons de faire*, sera utilisée pour permettre le développement des compétences nécessaires à l'établissement de la relation parents-enfant. Il pourrait s'agir d'un enseignement sur des façons concrètes d'interagir avec l'enfant. Il faut toutefois noter que, lorsqu'il est décontextualisé, cet enseignement est inefficace pour influencer le développement de la relation. L'information fournie doit avoir une connotation affective : on pourrait par exemple partir des observations tirées de la bande vidéo. Dans ce cas, la rétroaction faite aux parents doit être essentiellement positive et ne pas comporter de jugements de valeur (Kelly et Barnard, 2000). Il est  g alement déconseillé d'agir comme modèle de r  le dans l'enseignement de ces stratégies (Kelly et Barnard, 2000). En effet, ce qui est enseigné par l'intervenant peut ne pas avoir de sens pour le parent et être interprété par lui comme un jugement porté sur la relation qu'il a établie jusqu'alors avec son enfant. Il est préférable de donner au parent des occasions de vivre des relations positives avec d'autres personnes, comme l'infirmiere, qui lui permettront d'apprendre des façons appropriées d'interagir qu'il pourra ensuite appliquer à la relation avec l'enfant (Tronick et Gianino, 1986).

Enfin, il n'est pas négligeable d'accorder simplement du temps aux parents et à l'enfant pour qu'ils développent des manières satisfaisantes d'être ensemble (Tronick et Gianino, 1986), ce qui devrait accroître leur confiance à interagir positivement.

En guise de conclusion, il apparaît essentiel de souligner l'importance pour l'infirmière de participer de façon active à la définition de la relation établie entre elle et la famille. Elle doit en outre être en mesure de discerner et de comprendre ses préoccupations personnelles à l'intérieur de cette relation. Son degré d'aisance, sa propre conception d'une « bonne » relation parents-enfant, de même que l'efficacité de ses stratégies d'évaluation et d'intervention doivent faire l'objet d'un examen continual. Compte tenu de la complexité de cette démarche, le soutien apporté à l'infirmière dans le cadre d'échanges avec des collègues d'une équipe interdisciplinaire constitue une condition essentielle au succès de l'évaluation de la relation parents-enfant et de l'intervention infirmière. ☎

1. Les représentations correspondent à une image mentale que développe la personne à partir de ses expériences, ou à une construction mentale de son expérience, laquelle se traduit dans les comportements (Farr et Moscovici, 1984).
2. Une hypothèse se définit comme une supposition admise provisoirement (Pluymakers, 1989) visant à donner du poids et une direction aux différents facteurs pouvant influencer l'objet de la recherche. Elle s'établit et se transforme au fur et à mesure que s'ajoutent de nouveaux éléments d'information ; l'élaboration d'une hypothèse est donc un processus dynamique.

Références

BELL, L. *Étude qualitative du concept d'attachement chez des mères et des pères à la période périnatale* (mémoire de maîtrise inédit), s.l., Université de Sherbrooke, 1996.

BELL, L. *Perceptions parentales de l'établissement de la relation parents-enfant à la période périnatale et en contexte familial* (thèse de doctorat inédite), Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 2002.

BELL, L. et A. SYLVESTRE. « Modèle d'évaluation et d'intervention auprès de la famille à la période périnatale », in G. CARROLL (ss la dir. de), *Pratiques en santé communautaire*, Montréal, Éditions Nouvelles, à paraître (printemps 2004).

BELL, L. et al. « Une analyse du concept d'attachement parents-enfant », *Recherche en soins infirmiers*, n° 46, sept. 1996, p. 4-13.

BOUCHARD, C. « Perspectives écologiques de la relation parent(s)-enfant : Des compétences parentales aux compétences environnementales », *Apprentissage et socialisation*, vol. 4, n°1, 1981, p. 4-23.

DUNST, C.J. et al. *Enabling and Empowering Families: Principles and Guidelines for Practice*, Cambridge (MA), Brookline Books, 1988.

EPPS, S. et B.J. JACKSON. *Empowered Families, Successful Children: Early Intervention Programs that Work*, Washington (MD), American Psychological Association, 2000.

FARR, R.M. et S. MOSCOVICI. *Social Representations*, New York, Cambridge University Press, 1984.

GOULET, C. et al. « A concept analysis of parent-infant attachment », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 25, n° 5, nov. 1998, p. 1071-1081.

GREENSPAN, S.I. et S.J. MEISELS. « Toward a new vision for the developmental assessment of infants and young children », in S.J. MEISELS et E. FENICHEL (ss la dir. de), *New Visions for the Developmental Assessment of Infants and Young Children*, Washington (MD), Zero to Three, 1996.

KELLY, J.F. et K.E. BARNARD. « Assessment of parent-child interaction: Implications for early intervention », in J.P. SHONKOFF et S.J. MEISELS (ss la dir. de), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2^e éd.), Cambridge (MA), Cambridge University Press, 2000.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Politique de périnatalité*, Québec, MSSS, 1993.

MEISELS, S.J. et S. PROVENCE. *Screening and Assessment: Guidelines for Identifying Young Disabled and Developmentally Vulnerable Children and their Families*, Washington (MD), National Center for Clinical Infant Programs, 1989.

PLUYMAEKERS, J. *Familles, institutions et approche systémique*, Paris, Seuil, 1989.

SAMEROFF, A.J. et B.H. FIESE. « Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention », in J.P. SHONKOFF et S.J. MEISELS (ss la dir. de), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2^e éd.), Cambridge (MA), Cambridge University Press, 2000.

STERN, D. *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*, New York, Basic Books, 1995.

TRONICK, E.Z. et A. GIANINO. « Interactive mismatch and repair: Challenges to the coping infant », *Zero To Three*, vol. 6, n° 3, 1986, p. 1-6.

WRIGHT, L.M. et al. *Beliefs: The Heart of Healing in Families and Illness*, New York, Basic Books, 1996.

LINDA BELL est professeure adjointe au Département des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke et stagiaire postdoctorale au Child Development Unit, Département de pédiatrie de l'Université Harvard.

AUDETTE SYLVESTRE est stagiaire postdoctorale au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal et professeure d'orthophonie à l'Université Laval.

DENISE ST-CYR TRIBBLE est professeure au Département des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke et directrice scientifique du CLSC de la région Sherbrookoise.

CÉLINE GOULET est doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

EDWARD Z. TRONICK est professeur agrégé et directeur du Child Development Unit, Département de pédiatrie de l'Université Harvard.