

Université de Montréal

Intervention préventive visant à soutenir le développement de la sensibilité maternelle afin de
favoriser l'acquisition des capacités d'autorégulation chez le nourrisson.



par

Marie France Doucet

École de psychoéducation

Faculté des arts et des sciences

Mai 2011

*Tu peux tout accomplir dans la vie si
tu as le courage de le rêver,
l'intelligence d'en faire un projet
réaliste, et la volonté de voir ce projet
mené à bien.*

S. A. Friedman

L'achèvement de cette maîtrise en psychoéducation est un grand accomplissement pour moi. Cela met un terme à huit années d'étude universitaire pendant lesquelles j'ai énormément grandi tant personnellement que professionnellement. Plusieurs personnes m'ont aidée à avoir le courage de rêver et de réaliser mes projets en gardant l'équilibre tout au long de mon cheminement académique.

Tout d'abord, merci à Jonathan Lahaie Massie, mon merveilleux fiancé, d'avoir partagé mes joies et mes angoisses, de croire en mes capacités de réussir, de ne jamais cesser de m'encourager et de m'aider à « décrocher » aux bons moments.

Merci à mon père, Michel Doucet, et à ma mère, Francine Boudreau, de m'avoir transmis la passion de la psychoéducation, pour leur éclairage clinique, leur soutien émotionnel et la patience en regard de mes études qui, enfin, se terminent.

Merci à ma sœur, Catherine, d'être ma complice et amie ainsi qu'à mon frère, Pierre-Olivier, qui a su me rappeler, à sa façon, l'importance de s'accorder du temps et d'entretenir nos amitiés malgré la somme de travail à abattre.

Merci à ma belle-famille pour leur accueil toujours chaleureux et leur grande compréhension lors des réunions de famille où j'ai dû garder la tête dans mes livres.

Merci à mes amies, Anna Bobyрева, Lina Bergeron, Élise Crête et Isabelle Rousseau pour leur écoute empathique et leur loyauté malgré le peu de temps que je leur ai consacré dans les trois dernières années.

Merci à la Direction du Centre Premier Berceau ainsi qu'à mes collègues pour l'extraordinaire expérience de stage qu'ils m'ont permis de vivre.

Un merci tout spécial à mon accompagnateur de stage, Charles Crépeau, et à ma superviseure, Hélène Cloutier, pour leur généreuse disponibilité, la transmission de leur professionnalisme, les nombreux échanges qui ont suscité des prises de conscience et pour avoir su me refléter mes forces.

Enfin, merci à Paul Gendreau et Françoise Fortin pour leurs conseils judicieux eu égard à la rédaction de mon projet de maîtrise.

SOMMAIRE

L'intervention préventive dont il est question dans ce rapport vise à soutenir le développement de la sensibilité maternelle dans le but de favoriser l'acquisition des capacités d'autorégulation chez le nourrisson. L'intervention se déroulant à domicile comporte huit visites au cours desquelles les dyades mère-bébé participent à des activités interactives filmées, à des rétroactions vidéo et à des discussions sur cinq grands thèmes à composante éducative et thérapeutique. L'intervention, inspirée de différents programmes d'intervention ayant démontré leur efficacité, a été implantée au Centre Premier Berceau auprès de deux dyades mère-bébé. Un protocole à cas unique de type ABA a été mis en place pour évaluer les effets de l'intervention. Les résultats indiquent que l'intervention a permis à l'une des mères (a) d'améliorer ses connaissances sur son enfant (b) d'augmenter le niveau de proximité physique et affective entre elle et son bébé et (c) de développer sa sensibilité maternelle. Par contre, les effets plafonds obtenus par l'autre mère ne permettent pas d'observer une amélioration.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1. CONTEXTE THÉORIQUE.....	2
1.1 Description de la problématique.....	2
1.1.1 La période néonatale et le développement des capacités d'autorégulation du bébé.....	2
1.1.2 Rôle de la prise en charge précoce du bébé dans le développement de ses capacités d'autorégulation.....	3
1.1.3 Facteurs de risque et mécanismes de protection.....	5
Chez le nourrisson.....	5
Chez la mère.....	5
Sensibilité maternelle et sécurité d'attachement.....	5
Anxiété et dépression per et postpartum.....	6
Représentations maternelles.....	7
Soutien social et stratégies de coping.....	7
1.1.4 Chaîne prédictive.....	8
1.2 Interventions déjà expérimentées.....	10
1.2.1 Synthèse des interventions pertinentes.....	10
1.2.2 Résultats et limites.....	16
1.3 Intervention proposée.....	16
1.3.1 Place dans la chaîne prédictive.....	16
1.3.2 Justification du choix de l'intervention.....	16
1.3.3 Apport de l'intervention proposée à l'organisme.....	17
2. MÉTHODOLOGIE.....	18
2.1 Description de l'intervention.....	18
2.1.1. Composante sujet.....	18
2.1.2 Composante buts et objectifs.....	19
2.1.3 Composante animateur.....	22
2.1.4 Composante programme et contenu.....	23
2.1.5 Composante espace.....	28
2.1.6 Composante temps.....	28
2.1.7 Composante moyen de mise en interaction.....	29
Stratégies de gestion des apprentissages.....	29
Utilisation de la rétroaction vidéo en pratique.....	31
Stratégies de gestion des comportements.....	32
2.1.8 Composante code et procédures.....	33
2.1.9 Composante système de responsabilités.....	34
2.1.10 Composante système d'évaluation et de reconnaissance.....	35
2.2 Évaluation de la mise en œuvre.....	37
2.2.1 Composantes retenues: procédure et instruments d'évaluation.....	37
Conformité de l'intervention.....	38
Degré d'exposition.....	38

<i>Qualité de la participation des sujets</i>	38
<i>Qualité de la mise en application</i>	38
<i>Débordement de l'intervention préventive</i>	39
2.3 <i>Évaluation des effets</i>	41
2.3.1 <i>Devis</i>	41
2.3.2 <i>Instruments et procédures</i>	41
<i>Évaluation des capacités d'autorégulation chez le nourrisson</i>	42
<i>Évaluation des connaissances de la mère concernant son enfant</i>	43
<i>Évaluation de la sensibilité maternelle</i>	43
<i>Évaluation du niveau de proximité physique et affective entre la mère et le bébé</i>	45
<i>Évaluation du stress maternel</i>	46
3. RÉSULTATS	50
3.1 <i>Évaluation de la mise en œuvre</i>	50
3.1.1 <i>Les participants : caractéristiques et recrutement</i>	50
3.1.2 <i>Programme et contenu : conformité</i>	51
3.1.3 <i>Contexte temporel de l'intervention</i>	52
3.1.4 <i>Degré d'exposition à l'intervention</i>	54
3.1.5 <i>Stratégies de gestion des apprentissages</i>	55
3.1.6 <i>Stratégies de gestion des comportements</i>	56
3.1.7 <i>Contexte spatial</i>	56
3.1.8 <i>Animation : Qualité de la mise en application</i>	57
3.1.9 <i>Évaluation formelle des autres composantes retenues pour l'évaluation de l'implantation</i>	59
<i>Qualité de la participation</i>	59
<i>Satisfaction des participants</i>	61
<i>Débordement de l'intervention préventive</i>	62
3.1.10 <i>Jugement global sur la conformité de l'intervention</i>	63
3.1.11 <i>Implications eues égard à l'évaluation des effets</i>	64
3.2 <i>Évaluation des effets</i>	65
3.2.1 <i>Stratégie d'analyse employée</i>	65
3.2.2 <i>Résultats obtenus</i>	66
<i>Évaluation des capacités d'autorégulation chez le nourrisson</i>	66
<i>Évaluation des connaissances de la mère concernant son enfant</i>	68
<i>Évaluation de la sensibilité maternelle</i>	69
<i>Évaluation du niveau de proximité physique et affective entre la mère et le bébé</i>	71
<i>Évaluation du stress maternel</i>	73
<i>Atteinte globale des objectifs</i>	74
4. DISCUSSION	75
4.1 <i>Jugement sur l'atteinte des objectifs</i>	75
<i>Analyse objective</i>	75
<i>Analyse subjective</i>	77
4.2 <i>Liens entre les résultats et les composantes de l'intervention</i>	77
4.3 <i>Liens entre les résultats et le contexte théorique</i>	79

4.4 Avantages et limites de l'intervention 80

CONCLUSION 83

RÉFÉRENCES 84

TABLE DES FIGURES

Figure 1. Chaîne développementale	9
Figure 2. Durée moyenne (en minutes) consacrée à chaque phase de l'intervention.	53
Figure 3. Répartition (en %) des différentes stratégies utilisées auprès de la famille #1082.....	55
Figure 4. Répartition (en %) des différentes stratégies utilisées auprès de la famille #1108.....	55
Figure 5. Perception de l'intervenante du pourcentage d'actualisation de ses schèmes relationnels tout au long de l'animation de l'intervention.	57
Figure 6. Perception de l'intervenante du pourcentage d'application des opérations professionnelles tout au long de l'animation de l'intervention.	58
Figure 7. Scores moyens (en pourcentage) obtenus par la mère #1082 pour la qualité de sa participation à chacune des composantes de l'intervention tels qu'autorapportée par la mère et évaluée par l'intervenante.	59
Figure 8. Scores moyens (en pourcentage) obtenus par la mère #1108 pour la qualité de sa participation à chacune des composantes de l'intervention tels qu'autorapportée par la mère et évaluée par l'intervenante	60
Figure 9. Résultats obtenus au NBO au pré-test (T1) et au post-test (T11) pour le bébé #1082.	67
Figure 10. Résultats obtenus au NBO au pré-test (T1) et au post-test (T12) pour le bébé #1108.	68
Figure 11. Résultats obtenus au Mini-Q-Sort par la mère #1082.....	70
Figure 12. Carte de contrôle du processus pour la dyade #1082.....	71
Figure 13. Appréciation globale des interactions mère-enfant évaluée par la Grille Marcé au pré-test, au T7 ainsi qu'au post-test pour la dyade #1082.....	72
Figure 14. Les comportements de l'enfant #1082 évalués par la Grille Marcé aux pré et post-test. .	72
Figure 15. Les comportements de la mère #1082 évalués par la Grille Marcé aux pré et post-test. .	73
Figure 16. Scores à l'ISP des familles #1082 et #1108 au pré-test (T1) et au post-test (T11).	73

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Programme Être parent.....	12
Tableau 2 : Intervention préventive de Van den Boom	13
Tableau 3 : Newborn Behavioral Observations	14
Tableau 4: Circle of Security Intervention	15
Tableau 5 : Évaluation de la mise en œuvre.....	40
Tableau 6 : Évaluation des effets	47
Tableau 7 : Portrait sociodémographique des familles ayant participé à l'intervention.	51
Tableau 8 : Durée moyenne (en minutes) de chaque étape de la phase de réalisation.....	54
Tableau 9 : Degré d'exposition à l'intervention et à ses principales composantes (nombre d'activités réalisées).....	54
Tableau 10 : Débordement de l'intervention préventive pour la famille #1082.....	62
Tableau 11 : Débordement de l'intervention préventive pour la famille #1108.....	63
Tableau 12 : Tableau synthèse des composantes qui n'ont pas été conformes au moment de l'implantation de l'intervention.....	63
Tableau 13 : Qualité des réponses de la mère #1082 au questionnaire maison (0-réponse incomplète, 1-réponse incorrecte, 2-réponse appropriée).....	69
Tableau 14 : Tableau synthèse des effets de l'intervention sur les objectifs proximaux	74

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I. Présentation du projet aux familles	89
ANNEXE II. Formulaire de consentement au suivi psychoéducatif	90
ANNEXE III. Autorisation pour enregistrement audio et vidéo.....	91
ANNEXE IV. Planification des rencontres.....	92
ANNEXE V. Activités interactives.....	93
ANNEXE VI. Documentation remise lors de la discussion du thème Découverte.....	94
ANNEXE VII. Documentation remise lors de la discussion du thème Communication.....	95
ANNEXE VIII. Matériel nécessaire.....	96
ANNEXE IX. Description des techniques d'intervention	97
ANNEXE X. Bulletin informatif	98
ANNEXE XI. Certificat de participation	99
ANNEXE XII. Carnet d'activités.....	100
ANNEXE XIII. Liste de vérification de la conformité	101
ANNEXE XIV. Journal de bord, degré d'exposition.....	102
ANNEXE XV. Grille d'évaluation maison, qualité de la participation	103
ANNEXE XVI. Journal de bord, qualité de la mise en application.....	104
ANNEXE XVII. Entrevue qualitative sur la satisfaction eu égard à l'intervention	105
ANNEXE XVIII. Évaluation des capacités d'autorégulation chez le nourrisson, Newborn Behavioral Observations	106
ANNEXE XIX. Évaluation des connaissances de la mère concernant son enfant, Questionnaire maison	107
ANNEXE XX. Évaluation de la sensibilité parentale, Mini-Q-Sort.....	108
ANNEXE XXI. Évaluation du niveau de proximité physique et affective entre la mère et le bébé, Grille Marcé	109
ANNEXE XXII. Évaluation du stress parental, Indice de Stress Parental.....	■

INTRODUCTION

Le milieu familial exerce une influence déterminante sur le développement de l'enfant. C'est dans la famille que l'enfant établit ses premières relations affectives et qu'il développe ses capacités d'autorégulation émotionnelle et comportementale (St-Laurent et al., 2008), c'est-à-dire, ses capacités de contrôler et de maintenir, dans des limites confortables, ses sentiments, ses émotions, ses fonctions corporelles et ses réactions comportementales. Cette compétence est acquise grâce à la corégulation initiale avec le donneur de soins principal (Archer & Burnell, 2008). Le développement des capacités d'autorégulation est une tâche qui incombe à tous les bébés. Cependant, certains d'entre eux sont susceptibles d'éprouver davantage de difficultés à accomplir cette tâche développementale étant donné la présence de facteurs de vulnérabilités individuelles et/ou environnementales. La théorie de l'attachement a mis en lumière que, parmi l'ensemble des variables pouvant avoir un impact sur le développement des compétences d'autorégulation du bébé, c'est la sensibilité maternelle qui serait la plus déterminante (Desjardins, Dumont, Laverdure, & Poissant, 2003). Il s'agit de l'habileté à (a) décoder les signaux de l'enfant (b) à les interpréter de façon juste (c) à sélectionner une réponse appropriée et (d) à l'appliquer dans un délai rapide. En conséquence, il est postulé qu'en améliorant la qualité des soins et de la relation qui s'établit entre le nourrisson et ses parents, il est possible d'influencer positivement l'évolution des capacités d'autorégulation du bébé.

Ce rapport présente une intervention préventive dont l'objectif est de soutenir le développement de la sensibilité maternelle dans le but de favoriser l'acquisition de capacités d'autorégulation chez le nourrisson. Tout d'abord, la première section du rapport contient le contexte théorique incluant la description de la problématique ainsi que des facteurs de risque et de protection. Ensuite, le rapport se poursuit avec une recension de quatre programmes d'intervention déjà expérimentés et démontrant leur efficacité. Cette recension permet d'introduire le programme d'intervention suggéré suivi de la description détaillée de l'intervention selon les dix composantes psychoéducatives proposées par Gilles Gendreau (2001). La méthodologie de l'évaluation de la mise en œuvre et de l'évaluation des effets de l'intervention sont décrites, puis suivent les résultats relatifs à la mise en œuvre et aux effets de l'intervention. La dernière section du rapport est consacrée à la discussion des résultats et des effets de l'intervention ainsi qu'à la réflexion sur ses avantages et ses limites. Enfin, la conclusion suggère certains éléments qui pourraient améliorer la mise en œuvre et le contenu de l'intervention et bonifier ainsi les effets positifs.

1. CONTEXTE THÉORIQUE

1.1 Description de la problématique

1.1.1 La période néonatale et le développement des capacités d'autorégulation du bébé

Tous les bébés s'engagent, dès la naissance, dans le nécessaire apprentissage de l'autorégulation de (a) leur système autonome (b) de leur système moteur (c) de leurs états de vigilance et (d) de leurs réponses d'orientation aux stimuli visuels et auditifs (Als, 1982; Nugent, Keefer, Minear, Johnson, & Blanchard, 2007). Les bébés qui éprouvent des difficultés d'autorégulation de leur système autonome ont des changements de la couleur de la peau, font des pauses respiratoires ou ont la respiration irrégulière. Ces nourrissons ont également beaucoup de hoquets, des haut-le-cœur ou des régurgitations. Ils peuvent avoir des difficultés à l'expulsion des selles ainsi que des tics et des trémulations (Als, 1982). Par ailleurs, les bébés qui éprouvent des difficultés avec l'autorégulation de leur système moteur exhibent fréquemment une tension corporelle accrue ainsi que des mouvements saccadés avec emploi excessif des postures d'extension telles que le dos arqué et les doigts écartés (Als, 1982).

Le nouveau-né vient aussi au monde avec des compétences et des états de vigilance qui s'organisent de sorte que l'enfant puisse répondre et réagir d'une façon qui devient de plus en plus prévisible et fiable. Les six états de vigilance sont (a) le sommeil profond (b) le sommeil léger (c) la somnolence (d) l'éveil calme (e) l'état alerte et (f) les pleurs. Les bébés qui éprouvent des difficultés au niveau de l'organisation de leurs états de vigilance vont avoir une disponibilité limitée lors des états d'éveil, vont détourner le regard et être très irritables. Ils peuvent devenir somnolents ou hyperalertes et sont difficiles à consoler (Als, 1982). Ils font preuve d'une grande labilité émotionnelle pouvant passer, par exemple, de l'état de somnolence aux pleurs très rapidement. Ils ont également un sommeil perturbé et peuvent faire des cauchemars (Schoore, 2008).

Enfin, les bébés qui éprouvent des difficultés à autoréguler leurs réponses d'orientation aux stimuli visuels et auditifs (a) détournent fréquemment le regard (b) ne tournent pas le corps vers la source du son et (c) peuvent même avoir le regard fixe. Ces différents comportements constituent des formes de retrait relationnel (Als, 1982). Jusqu'à un certain degré, le retrait est une caractéristique normale du comportement des bébés dans les interactions parent-enfant et une façon pour l'enfant de réguler le flot d'interactions. Toutefois, des réactions de retrait prolongé chez les bébés peuvent être observées dans des interactions parent-enfant inadéquates (Guedeney, Charron, Delour, & Fermanian, 2001).

Les éléments nommés précédemment sont tributaires de la notion de tempérament qui consiste en une prédisposition à adopter un style de comportement. Cette prédisposition influe sur les caractéristiques émotionnelles et la tolérance au stress. Le tempérament de l'enfant peut être décrit au moyen de neuf caractéristiques : (a) le niveau d'activité (b) la régularité (c) les premières réactions (d) l'adaptabilité (e) la sensibilité sensorielle (f) l'intensité des réactions (g) l'humeur (h) la concentration et (i) la persévérance (Thomas & Chess, 1977). À l'instar du tempérament, l'observation des stratégies d'autorégulation du bébé permet d'en apprendre davantage sur ses caractéristiques individuelles, ses préférences, de même que sur les modes de soins qui lui conviennent le mieux. Toutefois, les descriptions neurocomportementales précédentes sont toutes mesurables par l'entremise du Newborn Behavioral Observations (Nugent et al., 2007) et sensibilisent plus concrètement le parent aux compétences de son bébé que ne peut le faire la référence au tempérament. C'est pourquoi cette nomenclature sera utilisée dans le cadre du présent travail.

En somme, l'autorégulation c'est la capacité que possède le bébé à organiser et à contrôler ses comportements afin de pouvoir jouer un rôle actif dans son développement et influencer son environnement immédiat (Als, 1982; Brazelton, 1962). Le bébé est dit organisé quand ses capacités d'autorégulation permettent de contrebalancer l'ensemble de l'information sensorielle en provenance de l'environnement et lorsqu'il démontre des comportements d'engagement social. À l'opposé, le bébé est dit désorganisé quand ses capacités d'autorégulation ne contrebalancent pas la somme d'informations sensorielles présentées par l'environnement et que des comportements de retrait et d'agitation comportementale et émotionnelle sont observés (D'apolito, 1991). Un bébé qui éprouve de grandes difficultés d'autorégulation mettra donc à l'épreuve les compétences parentales, notamment celles reliées à la sensibilité puisque les caractéristiques du bébé influencent, dès sa naissance, les réponses parentales (notion de bidirectionnalité).

1.1.2 Rôle de la prise en charge précoce du bébé dans le développement de ses capacités d'autorégulation

Selon la perspective de la théorie de l'attachement, les différents modes de soins précoces peuvent exercer une influence considérable sur la façon dont se développent les compétences d'autorégulation de l'enfant. Une relation d'attachement sécurisée faciliterait la corégulation précoce et permettrait la promotion d'une autorégulation mature (Archer & Burnell, 2008). En effet, le sentiment de sécurité ou d'insécurité que le bébé dérive de la relation avec son parent influence

son adaptation psychosociale ultérieure et sa capacité de réguler ses comportements et ses états affectifs. Ce sentiment de sécurité ou d'insécurité est étroitement lié à la sensibilité du parent à l'égard de l'enfant (St-Laurent et al., 2008). Spécifiquement, la sensibilité parentale réfère à la nature des réponses du parent aux signaux de son enfant, et à sa capacité de se synchroniser aux signaux et au rythme de celui-ci (Desjardins et al., 2003). De ce fait, l'amélioration du développement des jeunes bébés se conjuguerait avec la consolidation des compétences parentales reliées à la sensibilité (Nugent et al., 2007).

Certains auteurs argumentent que les difficultés d'autorégulation font partie d'une symptomatologie propre au nourrisson alors que pour d'autres, les symptômes du bébé traduisent toujours un trouble de relation parent-bébé (Keren & Copelfi, 2008). Bien que le débat soit toujours actuel, il existe indéniablement des liens entre l'apparition d'un grand nombre de problématiques chez le jeune enfant et les modalités de sa prise en charge précoce par ses parents. En effet, plusieurs sont d'avis que les problèmes d'adaptation se développant tôt constituent des difficultés de l'attachement et qu'elles se manifestent comme des échecs des processus d'autorégulation et/ou des processus de régulation interactionnels (Schore, 2008).

En somme, la qualité des réponses du parent (sensibilité parentale) procure à l'enfant un patron à partir duquel il fera l'acquisition d'habiletés autorégulatrices (Tarabulsky, Larose, Pederson, & Moran, 2006). Au début, c'est l'adulte qui assure la plus grande partie de la modulation nécessaire aux états du nourrisson, surtout après des périodes de discontinuité et lors des périodes de transition entre divers états. En d'autres mots, si l'enfant possède dès la naissance ses propres rythmes d'ouverture et de fermeture à la stimulation sensorielle, ceux-ci vont se moduler progressivement en tenant compte des rythmes propres aux personnes de son entourage (Tarabulsky et al., 2006). Les interactions entre l'enfant et son principal donneur de soin sont donc bidirectionnelles, réciproques, et représentent un processus de négociation co-régulée (Tronick, 1998 cité dans Reck et al., 2004).

Afin de comprendre l'étiologie de la problématique, il est maintenant important de considérer les variables à la fois personnelles et environnementales qui peuvent faciliter ou inhiber la capacité du bébé à s'autoréguler ainsi que faciliter ou inhiber le développement des compétences parentales reliées à la sensibilité, particulièrement chez la mère, qui, le plus souvent, est le principal donneur de soins.

1.1.3 Facteurs de risque et mécanismes de protection

Chez le nourrisson

Il est maintenant reconnu, scientifiquement, que l'histoire fœtale est extrêmement riche en expériences (a) sensorielles (b) perceptives et (c) émotionnelles (Brazelton & Cramer, 1991). Une expérience fœtale difficile (p. ex. : une dépression périnatale chez la mère ou le stress maternel pendant la grossesse) peut influencer l'organisation neurocomportementale ou le tempérament du nourrisson (Brazelton & Cramer, 1991). Or, les bébés qui ont un tempérament difficile sont un plus grand défi pour les parents et présentent, entre autres, une plus grande irritabilité néonatale ainsi qu'une faible tolérance à la douleur et sont plus sujets à présenter des difficultés d'autorégulation que les bébés au tempérament facile qui sont calmes et réceptifs aux stimulations sociales (Thomas & Chess, 1977). Par ailleurs, l'hérédité peut être l'un des facteurs étiologiques prédisposant le nourrisson à vivre des difficultés d'autorégulation comme c'est également le cas pour certains enfants prématurés ou médicalement fragiles (p. ex. : dommages neurologiques, exposition aux drogues in-utéro). En effet, une prématurité de seulement deux semaines peut avoir pour conséquence des différences de comportements qui, à leur tour, peuvent influencer les réactions des parents au bébé (Brazelton & Cramer, 1991). Cela dit, même si le nouveau-né en bonne santé est équipé d'un riche répertoire neurocomportemental, il demeure vulnérable et a besoin du soutien de ses parents et de son environnement pour assurer sa survie et faciliter son niveau d'organisation et son développement.

Chez la mère

Sensibilité maternelle et sécurité d'attachement

Rappelons que parmi l'ensemble des variables pouvant avoir un impact sur le développement des compétences d'autorégulation du bébé, c'est la sensibilité maternelle qui joue le plus important rôle. En effet, la recherche a démontré que les difficultés d'autorégulation sont accentuées lorsque le bébé signale ses besoins et que le parent n'interprète pas adéquatement ce qu'il tente de communiquer (Nugent et al., 2007). Cette altération de la sensibilité maternelle et de la capacité à répondre retentirait sur la possibilité de régulation mutuelle des interactions au sein de la dyade en affectant parfois les interactions comportementales et surtout les interactions affectives. Ces processus viendraient donc entraver le développement d'autorégulations émotionnelles qui s'étayent sur la qualité de l'interaction affective (Poinso & Glangeaud-Freudenthal, 2009). Par ailleurs, d'autres caractéristiques comportementales de la mère dans ses interactions avec son bébé lors de sa première année de vie (p. ex. : passivité, intrusion, manque de chaleur, sentiment d'impuissance, peu

d'affects positifs envers l'enfant et peu de contacts corporels) seraient associées au modèle d'attachement que développe l'enfant et à la qualité de la sensibilité maternelle (Logston, Wisner, & Pinto-Foltz, 2006; Reck et al., 2004; Spector, 2006).

Nous savons que la qualité de l'interaction parent-enfant est liée de façon significative à la sécurité d'attachement (Tarabulsy et al., 2006). Selon les auteurs, il existerait de 75 à 80 % de correspondance entre l'attachement adulte évalué au moyen de l'entrevue d'attachement adulte et la classification d'attachement de l'enfant à la petite enfance évaluée à partir de l'Attachment Q-set. Il a été démontré qu'il est plus facile d'utiliser une mère sécurisée comme base de sécurité (Steele & Baradon, 2004) et que l'attachement sécurisé de l'enfant à ses parents est relié positivement à son développement social ultérieur. De plus, l'attachement sécurisé permet de prédire un développement général optimal et de prévenir les problèmes relationnels et comportementaux (Egeland, 2009).

Anxiété et dépression per et postpartum

L'anxiété et la dépression per et postpartum peuvent influencer le tempérament des enfants. Il semblerait, en effet, que le stress maternel influence directement et négativement le déroulement de la grossesse ainsi que le développement du cerveau du fœtus (Craignic-Philippe & Tordjman, 2009). Des études ont révélé que les jeunes bébés qui ont été exposés au stress pendant la grossesse sont plus réactifs émotionnellement (pleurs, mimiques négatives, agitation) et s'adaptent moins facilement à la nouveauté (Craignic-Phillipe & Tordjman, 2009). Par ailleurs, les nourrissons de mère en dépression postpartum montrent dès le plus jeune âge plus de signes de détresse et d'évitement, vocalisent moins et font moins d'expressions faciales positives que les autres bébés (Logston et al., 2006). Ces observations se retrouvent également dans les perceptions de la mère. Elle perçoit son enfant comme étant plus difficile et comme ayant plus d'émotions négatives que les autres, tant à l'âge de 10 semaines qu'à sept mois (Craignic-Phillipe & Tordjman, 2009; Hollins, 2007). Le comportement des mères aux prises avec une dépression postpartum est caractérisé par un manque de réponse aux besoins, par de la passivité ou de l'intrusion, par du retrait et de l'évitement et par un bas niveau d'expression d'affects positifs (Logston et al., 2006; Reck et al., 2004). Finalement, une recension des écrits indique que les enfants de parents dépressifs présentent un taux plus élevé d'attachement insécurisé que les autres enfants (Teti, Gelfand, Messinger, & Isabella, 1995). Par contre, la présence d'expériences de soins qui procureraient au nourrisson un sentiment de sécurité malgré la présence de symptômes dépressifs pourrait servir de mécanisme de protection

(Lieberman, Padron, Van Horn, & Harris, 2005). Bien entendu, il existe d'autres psychopathologies (historique de santé mentale) qui peuvent influencer la disponibilité maternelle face au bébé.

Représentations maternelles

L'état des représentations de la mère pendant la grossesse aurait un effet sur l'investissement émotionnel de son bébé (Figueiredo, Costa, Pacheco, Conde, & Teixeira, 2007). Ces représentations sont des modes internes de croyances, de pensées ou de comportements (p. ex. : grossesse non désirée, angoisse à propos de la venue de l'enfant) dérivés des interactions relationnelles les plus précoces (Archer & Burnell, 2008). La forte association entre les représentations maternelles des relations amoureuses et la qualité de la relation mère-enfant est en harmonie avec la théorie de l'attachement. Celle-ci prédit que cette association est le reflet d'un processus développemental dans lequel les représentations de la mère déterminent son niveau de sensibilité dans les interactions avec son enfant et que ces interactions déterminent ultérieurement la nature de leur relation (Tarabulsky et al., 2006).

Il semblerait aussi que la capacité de l'adulte à comprendre l'état émotionnel de l'autre, qui est liée à sa capacité à comprendre ses propres états émotionnels (fonction réflexive), influencerait son habileté à procurer à l'enfant un niveau adéquat de régulation (Fonagy, Steele, Moran, Steele, & Higgitt, 1993). Qui plus est, le jeune âge des parents, surtout de la mère, la primiparité, une faible capacité d'autorégulation et une angoisse de séparation issue d'expériences antérieures (p. ex. : parcours migratoire) s'ajouteraient aux facteurs de risque qui peuvent influencer la capacité du parent à soutenir le développement des compétences de son bébé (Groleau, 2005; MSSS, 2007b; Schore, 2008).

Soutien social et stratégies de coping

Enfin, pour les mères vulnérables, les problèmes de parentalité se posent souvent en liens étroits avec la réduction de la taille du réseau social et l'isolement. Surtout pour les primipares, l'absence d'un système de transfert des connaissances relatives à l'acquisition des habiletés parentales pourrait accentuer leurs difficultés. Les facteurs de stress, pré, per et postnatal, sont nombreux au sein de ces familles (situation socio-économique précaire, monoparentalité, logement, etc.). Les stratégies de coping de style productif et tourné vers les autres, c'est-à-dire la capacité des parents à s'adapter aux différents problèmes du quotidien en demeurant optimistes et en faisant appel aux autres pour obtenir de l'aide, seraient un mécanisme de protection (Pronovost, Morin,

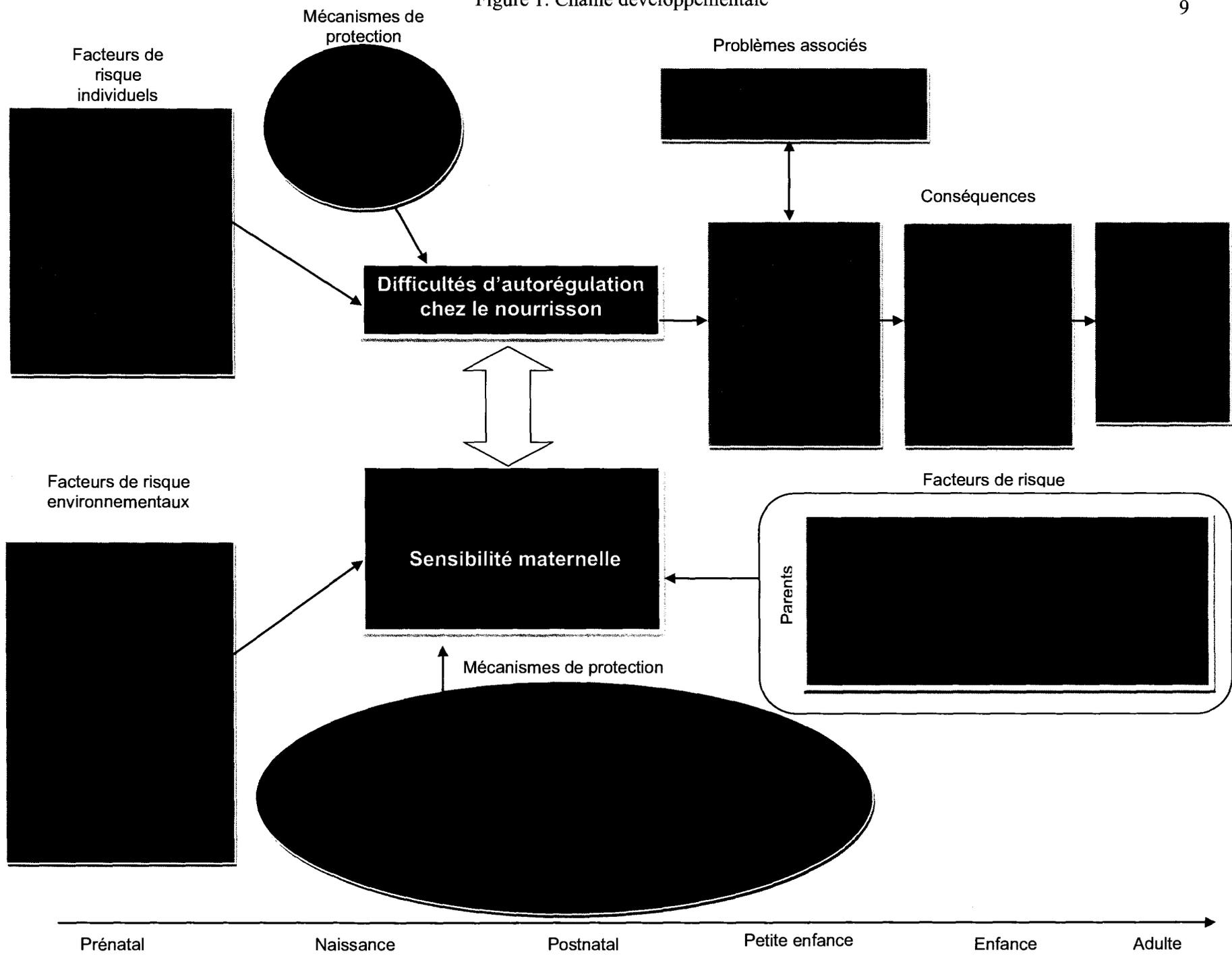
Dumont, & Leclerc, 1998). En somme, l'ensemble des facteurs de vulnérabilité peut, surtout s'ils se combinent, être susceptible d'augmenter le niveau de stress de la mère et affecter son état émotif et sa capacité à faire preuve de sensibilité ce qui peut modifier le type de soins qu'elle procurera à son bébé.

1.1.4 Chaîne prédictive

De toute évidence, les premiers mois d'une nouvelle famille sont à la fois une période de grande fragilité pour le bébé et les parents et une opportunité pour une intervention préventive. En effet, il a été démontré que les différents modes de soins précoces peuvent exercer une influence considérable sur la façon dont se développera l'enfant (DC : 0-3, 1998). En effet, durant la petite enfance, si aucune aide n'est offerte aux parents vulnérables pour les soutenir dans l'ajustement aux besoins du bébé, le nourrisson sera plus à risque de manifester (a) des déficits neurobiologiques (b) une hyperkinésie (hyperactivité chez les tout-petits) (c) un trouble de la régulation (d) un attachement insécurisé et (e) un retard de langage. Les troubles du sommeil ou de l'appétit peuvent également être des problèmes associés (Schore, 2008). À l'enfance, le bébé sera plus susceptible de présenter (a) de l'impulsivité (b) un trouble de l'anxiété ou de l'humeur (c) un TDAH, ou (d) d'être isolé socialement dans les environnements préscolaires ou scolaires (Parent, Ménard, & Pascal, 2000). Enfin, à l'adolescence et à l'âge adulte, ces enfants peuvent, notamment, présenter des troubles de personnalités limites ou narcissiques, lesquels sont caractérisés par des difficultés importantes d'autorégulation (Schore, 2008).

La figure 1 présente la chaîne développementale qui illustre schématiquement les facteurs de risque et les mécanismes de protection impliqués dans l'apparition, le maintien, et potentiellement, l'aggravation des difficultés d'autorégulation chez le nourrisson. À la suite de la figure 1 seront présentées les interventions qui apparaissent prometteuses pour soutenir le développement de la sensibilité maternelle puisque cette compétence relationnelle favorise l'acquisition des capacités d'autorégulation du bébé.

Figure 1. Chaîne développementale



1.2 Interventions déjà expérimentées

1.2.1 Synthèse des interventions pertinentes

Plusieurs études, incluant des méta-analyses, révèlent que des programmes d'intervention fondés sur les principes de la théorie de l'attachement et visant l'amélioration de la relation parent-enfant, ont des impacts positifs en regard de l'augmentation de la sensibilité parentale, de l'amélioration de la sécurité d'attachement chez l'enfant ainsi que de son adaptation psychosociale (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2003, 2005; Oppenheim & Goldsmith, 2007). Parmi les divers programmes d'intervention en attachement qui ont été recensés, ceux qui ont démontré la plus grande efficacité combinent les caractéristiques suivantes : (a) ils sont de courte durée (s'échelonnant sur quelques semaines entre 5 et 16 sessions) (b) ils ciblent la qualité des interactions dyadiques parent-enfant, et (c) ils utilisent comme principale stratégie d'intervention l'observation des comportements sensibles du parent à l'endroit de l'enfant et la rétroaction vidéo avec le parent (Bakersman-Kranenburg et al., 2003, 2005). De nombreuses études témoignent aussi de l'efficacité des interventions préventives utilisant une approche basée sur le jeu parent-enfant lors de visites à domicile (MSSS, 2005). Cependant, aucun des programmes recensés ne travaille directement sur les capacités d'autorégulation du nourrisson.

Pour les besoins de synthèse, seulement quatre interventions seront successivement décrites dans les tableaux qui suivent soit (a) le programme Être parent (Tarabulsy, Robitaille, Lacharité, Deslandes, & Coderre, 1998) (b) l'intervention de van den Boom (1994, 1995) (c) le Newborn Behavioral Observations (Nugent et al., 2007) et (d) le Circle of Security Intervention (Cooper, Hoffman, Marvin, & Powell, 2005). Par contre, de nombreuses autres interventions mettant à l'œuvre des modalités semblables telles que celle de Moss, Tarabulsy, St-Laurent, Bernier et Cyr (2007) et le Programme en intervention relationnelle (Larin, St-Georges, Jacques, Otis, & Desaulniers, 2006) auraient aussi pu être décrites.

Les interventions choisies ont pour objectif principal de promouvoir le développement de la sensibilité maternelle lorsque l'enfant est âgé entre 0 et 6 mois. L'ensemble de ces interventions s'appuie sur la théorie de l'attachement. Afin de promouvoir chez les mères des réponses plus sensibles aux expressions tant comportementales qu'émotionnelles de leur enfant, ces interventions déploient différentes modalités. Au moyen de l'utilisation de la rétroaction vidéo, le programme Être parent amène les mères (a) à identifier les moments où l'enfant signale un besoin (b) renforce la mère pour les moments où elle s'est montrée sensible et (c) valorise les interactions cohérentes où la

mère et l'enfant partagent leurs affects (Tarabulsky et al., 1998). De façon similaire, mais sans l'emploi de la vidéo, l'intervention de van den Boom fait la promotion de la sensibilité maternelle en utilisant une approche basée sur le jeu parent-enfant (van den Boom, 1994, 1995). L'accompagnement des mères dans le cadre du Newborn Behavioral Observations permet de les soutenir au niveau de l'identification des compétences et des signes de difficulté du bébé tout en assurant la promotion du sentiment de compétence parentale (Nugent et al., 2007). Finalement, le protocole d'intervention du Circle of Security fait appel à une approche réflexive au cours de laquelle le parent est invité à travailler sur ses représentations mentales de son enfant. L'intervention consiste à offrir une base de sécurité à partir de laquelle le parent peut apprendre quels sont les besoins de proximité et d'exploration de son enfant tout en explorant ses propres obstacles internes à répondre à ces mêmes besoins (Cooper et al., 2005).

Tableau 1 : Programme Être parent

Description du programme					
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention	Modalité d'intervention		
Tarabulsy, Robitaille, Lacharité, Deslandes et Coderre (1998) Adaptation du programme de Krupka (1995)	Être parent	Intervention préventive de type ciblé s'adressant aux mères adolescentes (âgées de 14 à 19 ans) et à leur enfant de six mois	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la sensibilité maternelle • Visites à domicile : rétroactions personnalisées à partir de vidéos • L'intervention s'échelonne sur quatre mois et comporte 12 visites. • Chacune des visites est divisée en trois parties : <ol style="list-style-type: none"> 1. Prise de contact et soutien de la mère 2. Enregistrement vidéo d'une séquence d'interaction mère-enfant et visionnement avec la mère 3. Activité interactive 		
Évaluations du programme					
	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Auteurs de l'évaluation I Krupka (1995)	20 mères adolescentes d'enfants âgés de six mois Visites à domicile/rétroaction à partir de vidéos	Entre 12 et 16 visites à domicile	Devis quasi expérimental	À 12 mois, 68 % des enfants démontraient un attachement sécurisant dans le contexte de la Situation étrangère, comparativement à 35 % dans le groupe de comparaison.	n/d
Auteurs de l'évaluation II Moran et Pederson (2000)	100 mères adolescentes d'enfants âgés de six mois Visites à domicile/rétroaction à partir de vidéos Évaluation de la sensibilité maternelle à 12 mois et de l'attachement mère-enfant à 12 mois	Le groupe expérimental a reçu 8 visites à domicile.	Devis expérimental avec répartition aléatoire GE= 50 GC=50	53 % des enfants du groupe expérimental ont un attachement sécurisant comparativement à 42 % dans le groupe témoin (seuil de signification non atteint)	n/d

Tableau 2 : Intervention préventive de Van den Boom

Description du programme					
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention	Modalité d'intervention		
Van den Boom (1994, 1995)	n/d	Intervention préventive de type ciblé indiqué s'adressant aux familles à faible SSE avec enfant irritable de six mois	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la sensibilité maternelle • Intervention de très courte durée : 3 visites à domicile de deux heures • Présentation des quatre étapes du processus de réponse aux indices comportementaux émis par l'enfant • Proposition de moyens afin de promouvoir la synchronie affective • Introduction de réponses nouvelles aux besoins de l'enfant sous forme de jeux 		
Évaluation du programme					
	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Auteurs de l'évaluation I Van den Boom	<p>100 dyades mère-enfant (Familles à faible SSE avec enfant irritable de six mois)</p> <p>Évaluation de la qualité des interactions dans un contexte de vie quotidienne et la qualité de l'exploration de l'enfant durant un jeu libre avec trois nouveaux jouets</p> <p>La mère répond aussi à un questionnaire sur les événements stressants de sa vie.</p>	Les effets de l'intervention sont mesurés à plusieurs reprises, soit tout de suite après l'intervention lorsque l'enfant est âgé de 9 mois, puis lors de suivis à 12, 18, 24 et 42 mois.	Plan expérimental à quatre groupes indépendants (avec ou sans pré-test, avec ou sans intervention) et répartition aléatoire	Les enfants du groupe expérimental présentent une proportion significativement plus élevée d'attachement sécurisant à leur mère que les enfants du groupe témoin.	<p>L'attachement joue un rôle médiateur au regard du soutien et de la coopération parentale, de même que dans l'établissement de contacts positifs entre l'enfant et ses pairs.</p> <p>Maintien des effets : lorsque l'enfant a 18, 24 et 42 mois, les mères du groupe d'intervention continuent de se montrer plus sensibles.</p>

Tableau 3 : Newborn Behavioral Observations

Description du programme					
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention		Modalité d'intervention	
Nugent, Keefer, Minear, Johnson et Blanchard (2007)	Newborn Behavioral Observations (NBO) Dérivé du Newborn Behavioral Assessment Scale (NBAS) (Brazelton, 1977)	Intervention préventive de type ciblé s'adressant aux dyades parent-enfant lorsque le bébé est âgé entre 0 et 3 mois Approche centrée sur la famille et la recherche du positif		<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la sensibilité maternelle • Visites à domicile : implique la promesse d'une relation continue, d'une continuité dans le modèle de soins offerts à la famille • Observation neurocomportementale courte se composant de 18 items comportementaux et réflexes • L'intervention vise à promouvoir les compétences et reconnaître les difficultés et vulnérabilités du bébé en tant que défi du développement. • Respect de la contribution de la culture dans les conseils donnés aux parents 	
Évaluation du programme					
	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Auteurs de l'évaluation I Nugent et al., (2007)	Nouvelle maman et leur bébé (n=112) Le NBO fut utilisé pour aider les parents à mieux comprendre les comportements de leur bébé afin d'augmenter les sentiments de compétences de la mère et réduire les possibilités de dépression.	Quelques passations entre l'âge de 0 et 3 mois	Devis expérimental avec répartition aléatoire	Les résultats montrent que les mamans NBO avaient 5 fois moins de symptômes de dépression (EPDS)	n/d

Tableau 4: Circle of Security Intervention

Description du programme					
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention		Modalité d'intervention	
Cooper, Hoffman, Marvin et Powell (2000)	Circle of Security Intervention	Intégration de la théorie de l'attachement et de la théorie des relations d'objet. Travail auprès de familles à risque. Application individuelle et de groupe possible. L'intervention est adaptée à chaque dyade.		Composante éducative à partir de la présentation du schéma du Cercle de Sécurité et d'exercices d'observation. Composante thérapeutique axée sur le développement du fonctionnement réflexif et la compréhension des processus défensifs. 20 rencontres hebdomadaires de 75 min.	
Évaluation du programme					
	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Auteurs de l'évaluation I Hoffman, Kent, Marvin, Robert, Cooper et Powell (2006)	65 dyades parent-enfant (bambins et d'âge préscolaire) recrutées dans les programmes Head Start et Early Head Start	20 rencontres de 75 minutes	Pré-post test	Changements significatifs au niveau de la classification d'attachement des sujets. Une majorité des sujets sont passés d'un attachement désorganisé à un attachement organisé de type sécuritaire. Seulement un enfant sur 13 possédant un attachement sécuritaire au pré-test avait un attachement insécure après l'intervention.	Ce type d'intervention a été jugé efficace pour réduire la désorganisation. Des changements durables au niveau de l'attachement parent-enfant vont résulter de changements dans les patrons de maternage des parents à travers le développement de capacités relationnelles spécifiques plutôt que l'apprentissage de techniques pour gérer les comportements de l'enfant.

1.2.2 Résultats et limites

De la synthèse des programmes de prévention précédente, il est possible de dégager certains éléments communs ainsi que les particularités de chacune des interventions. D'abord, tous ces programmes ont généré des changements durables au niveau de l'attachement parent-enfant et trois d'entre eux (Être parent; intervention de van den Boom; Newborn Behavioral Observations) font la promotion de la sensibilité maternelle et se déroulent à domicile. Être parent est une intervention prometteuse, d'une durée relativement courte, qui peut produire des effets positifs dans une population qui présente un ensemble de facteurs de risque psychosociaux menaçant l'établissement d'une relation mère-enfant sécurisante. De son côté, l'intervention de van den Boom constitue un excellent exemple d'intervention ciblée-mixte efficace et ayant fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. Par contre, compte tenu du fait que cette intervention vise une problématique particulière (irritabilité), il demeure possible que les résultats obtenus soient spécifiques à la clientèle visée (Parent et al., 2000). Par ailleurs, plusieurs études ont rapporté des effets significatifs et positifs de l'utilisation du Newborn Behavioral Assessment Scale (Brazelton, 1977) sur des variables telles que (a) la confiance maternelle et l'estime de soi (b) les attitudes paternelles et leur engagement dans les soins à l'enfant (c) l'interaction parent-enfant et (d) le développement du bébé à plus long terme. Ce sont ces résultats qui ont encouragé la création du Newborn Behavioral Observations (Nugent et al., 2007). Pour conclure, le Circle of Security Intervention est très accessible et valorisant pour les parents qui prennent davantage conscience de leur importance pour l'enfant et qui développent rapidement leur capacité d'observation. Toutefois, l'implantation de la modalité de groupe originale demande une formation très exigeante (Cooper et al., 2005).

1.3 Intervention proposée

1.3.1 Place dans la chaîne prédictive

Étant donné l'exposé théorique précédent, il semble primordial de cibler le développement de la sensibilité maternelle puisque cela aurait une influence sur le développement de l'ensemble des compétences d'autorégulation du bébé à court, moyen et long terme et qu'il s'agit d'un objectif proximal à la portée d'une intervention psychoéducative.

1.3.2 Justification du choix de l'intervention

La discussion théorique aussi bien que la présentation des interventions préventives déjà expérimentées ont permis de démontrer la pertinence d'encourager le parent à avoir le plus d'interactions positives possible avec son nourrisson puisque cela contribue au développement des

compétences de celui-ci (MSSS, 2005). L'importance des relations précoces et les conséquences développementales positives associées à un attachement sécurisant constituent donc des arguments importants en faveur de l'adoption de stratégies d'intervention inspirées de la théorie de l'attachement dans le but de prévenir l'apparition de problèmes de comportement et de troubles de santé mentale (Moss, 2007). Des travaux scientifiques récents indiquent que des stratégies d'intervention visant plus particulièrement les familles avec de jeunes enfants (âgés de 0 à 5 ans) et axées sur les aspects relationnels de la dyade parent-enfant constituent des avenues prometteuses pour l'intervention auprès des familles en situation de grande vulnérabilité (St-Laurent et al., 2008).

Pour ces différentes raisons, l'intervention proposée a pour fondement théorique la théorie de l'attachement et se base sur une approche centrée (a) sur la famille (b) le développement de l'enfant et (c) l'empowerment. Elle s'inspire principalement des quatre programmes présentés en empruntant tantôt à l'un ses modalités d'intervention et ses objectifs, tantôt à l'autre la structure de ses rencontres hebdomadaires. L'intervention se déroule à domicile puisque, comme le souligne Moss (2007), des mères qui se montrent sensibles et adéquates lors de visites en milieu clinique semblent parfois éprouver des difficultés à maintenir leurs comportements sensibles en milieu familial, où d'autres agents stressants et exigences diverses peuvent affecter leur disponibilité. L'intervention a pour but de favoriser l'acquisition des capacités d'autorégulation chez le nourrisson par l'entremise du renforcement des compétences parentales, plus spécifiquement de la sensibilité maternelle. Par conséquent, elle répond aux besoins spécifiques de chaque famille et son orientation précise dépend du type de relation mère-enfant et des comportements maternels.

1.3.3 Apport de l'intervention proposée à l'organisme

L'intervention proposée vient combler l'absence, au sein du Centre Premier Berceau, d'un programme de nature psychoéducative visant à prévenir les problèmes de développement de l'enfant et à augmenter la capacité des parents à établir un lien d'attachement sécurisant avec leur bébé. Elle répond au désir de l'organisme d'ajouter à leur offre de services davantage d'accompagnement concret axé sur des composantes éducatives permettant d'augmenter la sensibilité parentale. La prochaine section explicite dans le détail chacune des composantes de ladite intervention.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Description de l'intervention

2.1.1. Composante sujet

L'intervention s'adresse à trois familles ou dyades mère-enfant qui fréquentent le Centre Premier Berceau. Elles répondent aux critères d'admission du Centre et possèdent les caractéristiques suivantes : (a) jeunes couples ou mères monoparentales (âgées de moins de 25 ans) (b) en attente d'un premier ou deuxième enfant (c) de faible statut socio-économique et (d) dont l'histoire de vie a mené à une vulnérabilité psychologique et/ou sociale. Lors de leur admission, les familles sont assignées à un intervenant principal qui prend en charge le suivi psychosocial et thérapeutique de la famille. Parallèlement, lorsque la famille ne reçoit pas déjà les services d'une sage-femme, une intervenante en santé assure un suivi centré sur les habitudes de vie et procure des informations et du soutien concernant la grossesse, l'accouchement et la vie du bébé en postnatal immédiat. Enfin, un suivi du développement de l'enfant (suivi psychoéducatif) est offert à toutes les familles dans le but de soutenir les capacités parentales et d'outiller la famille afin qu'émerge un attachement sécurisé chez l'enfant. L'intervention concerne donc trois familles qui sont assignées à la psychoéducatrice et qui sont à l'aube d'amorcer un suivi du développement pour leur bébé né au mois de juillet ou au mois d'août 2010.

En ce qui concerne les bébés, ils ne sont pas sélectionnés en fonction de signes d'irritabilité néonatale, d'un tempérament difficile et/ou de difficultés d'autorégulation, mais sont âgés d'au plus 2 mois au début de l'intervention.

Un élément fondamental de cette intervention concerne sa cible prioritaire qui n'est ni le parent, ni l'enfant, mais bien la dyade mère-enfant. Il s'agit d'une intervention relationnelle qui vise à favoriser l'établissement et le maintien de situations interactionnelles au cours desquelles le parent et l'enfant sont conjointement engagés de façon active et satisfaisante pour les deux (St-Laurent et al., 2008). La mère plutôt que le père est désignée comme cible de l'intervention étant donné que bon nombre des familles accueillies au Centre sont monoparentales et que les pères sont difficiles à rejoindre. Les mères qui participent à l'intervention peuvent manifester différents comportements à l'endroit de leur bébé. Si la mère est sensible, répondant de façon chaleureuse et prévisible à l'enfant, l'intervention a pour objectif de maintenir ses acquis. Si la mère dénigre, ignore ou rejette son enfant, ou encore, si elle recherche la compétence de l'enfant au détriment de son état affectif, l'objectif de l'intervention est de la sensibiliser au fait que son enfant expérimente des émotions durant ses interactions avec elle et que les comportements et le développement de son enfant sont

influencés par ses actions. S'il s'agit d'une dyade dans laquelle la mère montre des signes de sensibilité à l'égard de son enfant, mais que ses comportements manquent de régularité, le but premier de l'intervention est d'offrir le soutien nécessaire afin de rendre le comportement maternel plus constant (Tarabulsy et al., 1998).

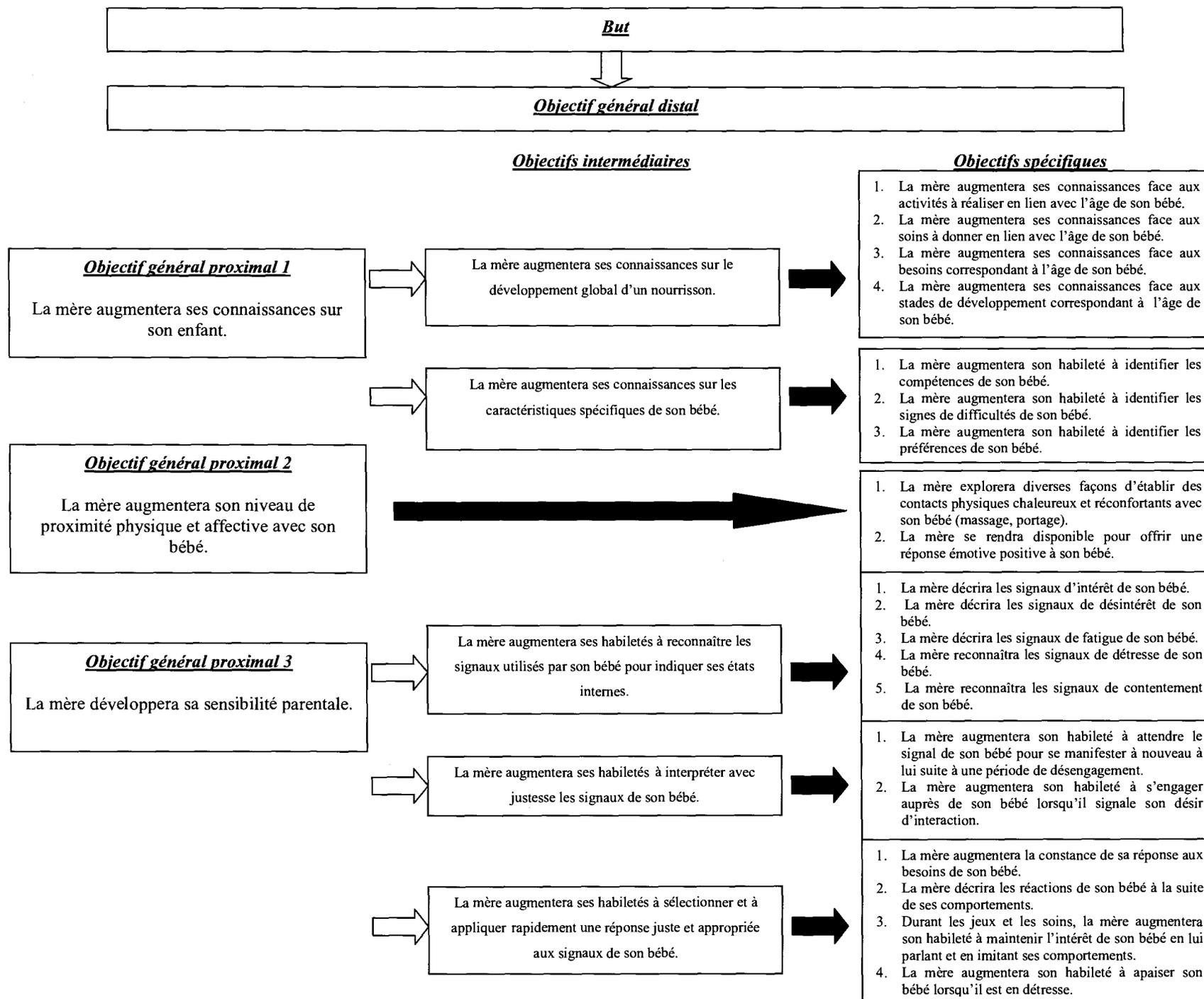
Recrutement.

Voici les différentes étapes du recrutement :

1. Rencontre avec les intervenants impliqués auprès de la famille afin de leur présenter l'intervention, d'assurer un bon arrimage et d'éviter le dédoublement des services
2. Appel de la famille pour prise de rendez-vous afin de lui présenter le projet
3. Rencontre en binôme avec l'intervenant principal
 - Présentations mutuelles
 - Présentation du suivi de développement offert au Centre Premier Berceau
 - Présentation du projet d'intervention : objectifs, durée du projet et des rencontres, lieu, déroulement et contenu, moyens de mise en relation, information sur le pré-post test (Annexe I)
 - Si la famille se dit intéressée par l'intervention : signature des formulaires de consentement au suivi psychoéducatif (Annexe II) et à l'enregistrement vidéo (Annexe III)
 - Prise de rendez-vous pour le pré-test : bébé est alors âgé de 5-6 semaines

2.1.2 Composante buts et objectifs

Afin de favoriser l'acquisition de compétences d'autorégulation chez le nourrisson (but), l'intervention vise à augmenter la qualité de la relation d'attachement (objectif général distal). Plus spécifiquement, les objectifs généraux proximaux sont : (a) la mère augmentera ses connaissances sur son enfant; (b) la mère augmentera son niveau de proximité physique et affective avec son bébé et (c) la mère développera sa sensibilité parentale. Les objectifs intermédiaires et spécifiques qui en découlent se trouvent dans le modèle logique présenté ci-dessous.



Les résultats des études qui ont été présentées précédemment justifient le choix desdits objectifs. En effet, elles montrent que c'est la qualité de la sensibilité parentale qui est l'aspect le plus important dans l'interaction sociale et que cette capacité peut résulter en une meilleure compétence sociale et cognitive chez le bébé de même qu'à la formation d'un attachement sécurisé entre le bébé et le parent (Nugent et al., 2007). Par contre, la proximité (contacts physiques et réponses émotives à l'enfant), l'engagement (connaissance des stades de développement) et la réciprocité (connaissance des préférences et caractéristiques de l'enfant et initiation d'interactions ajustées) sont également des dimensions importantes de la qualité des soins et c'est pourquoi elles sont considérées dans le processus d'intervention (MSSS, 2007a). En effet, la capacité de la mère et de l'enfant à négocier les moments de discordances, surtout ceux impliquant l'expression de mécontentement et de détresse, est cruciale pour son développement affectif, plus spécifiquement sa capacité d'autorégulation. Se sentant en sécurité auprès d'un adulte qui le comprend généralement bien et répond adéquatement à ses besoins de régulation physique, psychologique et comportementale, l'enfant peut investir son énergie dans l'exploration de son environnement et son développement (Bell, 2008).

La littérature sur l'attachement explique aussi qu'afin d'aider son bébé au niveau de son autorégulation, la mère a besoin de faire preuve de synchronie, c'est-à-dire d'adapter ses comportements de soins aux rythmes propres de son enfant (Stern, 1995). Le développement de cette compétence chez la mère est primordial puisque l'interaction s'organise par un processus continu de régulation, et que les expériences d'interactions réciproquement accordées et synchronisées sont fondamentales pour le développement affectif continu du nourrisson (Schore, 2008). Une fois la possibilité d'un dialogue prolongé en place, la mère doit maintenir un état prolongé d'accord mutuel avec son bébé lui permettant de jouer à des jeux d'imitation (p. ex. : sourire en réponse à un sourire, ou vocalises en réponse à des vocalises, caresse en réponse à une caresse). Ces jeux deviennent pour le bébé une façon d'explorer ses contrôles internes et sa capacité à s'accorder avec l'autre. Si l'interaction ne devient pas gratifiante au cours du troisième ou du quatrième mois, si ce jeu n'apparaît pas, la relation parent-enfant peut courir de grands risques (Brazelton & Cramer, 1991). Enfin, la mère doit apprendre à laisser le bébé être le leader ou celui qui donne le signal afin que l'enfant voie son sens de compétence et de contrôle volontaire sur son environnement se renforcer (Brazelton & Cramer, 1991).

2.1.3 Composante animateur

L'intervenante doit posséder un ensemble de connaissances (savoirs), de compétences (savoir-faire) et d'attitudes (savoir-être) lui permettant de réaliser les opérations professionnelles suivantes :

1. Observer les comportements verbaux et non verbaux du nourrisson et du parent ainsi que les interactions entre eux
2. Observer la qualité des soins et les facteurs qui l'influencent à l'arrivée au domicile, tout au long de la visite et lors des activités
3. Évaluer le niveau de développement moteur, cognitif et socioémotionnel du bébé, de même que les compétences et la sensibilité parentale afin d'adapter les interventions en conséquence
4. Évaluer la qualité des interactions parent-enfant
5. Identifier les comportements adéquats du parent à l'endroit de l'enfant qui doivent être encouragés et consolidés
6. Identifier les aspects plus déficitaires de la relation entre le parent et l'enfant qui méritent d'être ciblés et travaillés davantage au cours de l'intervention
7. Planifier et organiser les visites à domicile en fonction de la qualité des soins et des facteurs pouvant les influencer
8. Animer les activités
9. Suivre l'évolution de la dyade tout au long du processus d'intervention et adapter ses interventions en fonction des changements observés
10. Faire de l'utilisation, c'est-à-dire permettre à la mère de prendre conscience de ses forces et de ses limites, lui permettre de généraliser ses acquis à d'autres situations

Pour encourager l'adoption de comportements de soins favorables au développement de l'enfant, l'intervenante agit donc sur le sentiment d'auto-efficacité et sur les croyances des parents. En effet, au-delà des croyances et des connaissances du parent, sa conviction de posséder et de pouvoir utiliser ses compétences joue un rôle important dans le choix de ses comportements de soins envers son enfant (Bandura, 1997).

L'accompagnement mise sur l'établissement d'un lien de confiance avec le parent. Cela requiert de la part de l'intervenante une attitude de non-jugement à l'égard des familles vulnérables ainsi que de l'empathie afin de comprendre la situation des familles et de bien saisir les émotions qu'elles ressentent. De plus, cela nécessite de la considération, afin de reconnaître le potentiel de

ressources des parents, leurs forces, de même que leur désir d'améliorer leur situation. Enfin, l'intervenante doit faire preuve d'une disponibilité à la fois chaleureuse et valorisante qui octroie la première place à la personne rencontrée et qui vise à ce qu'elle connaisse des réussites (MSSS, 2004).

L'intervenante propose des activités en fonction des besoins implicites et explicites énoncés par la famille. Pour avoir un impact sur les familles, l'intervention exige à la fois de la rigueur, mais aussi une grande souplesse dans son application afin de s'ajuster aux spécificités et aux besoins de chaque parent (MSSS, 2005). En plus de posséder de bonnes connaissances sur le développement de l'enfant, l'intervenante développe son sens de l'observation des interactions parent-enfant afin d'être en mesure de renforcer et de soutenir les compétences déjà présentes et d'identifier les besoins de l'enfant et les aspects à travailler avec les parents (Noreau & Tarabulsy, 2001). L'observation sensible permet de bien situer la dynamique de la relation parent-enfant et d'offrir des activités ajustées aux besoins de la dyade.

Enfin, tout au long des rencontres, l'intervenante représente un modèle pour le parent. Les comportements qu'elle adopte, la sensibilité et l'écoute dont elle fait preuve envers l'enfant exercent une influence sur lui. Cependant, le parent est accompagné dans le but qu'il comprenne les comportements de son enfant et non pas qu'il imite l'intervenante de façon mécanique.

2.1.4 Composante programme et contenu

L'intervention est présentée aux mères comme un atelier de stimulation de l'enfant s'effectuant à domicile. Chaque visite comporte une activité interactive filmée et une discussion sur un thème spécifique. Pour s'ajuster à chaque dyade mère-enfant, la flexibilité est de mise dans le choix des activités proposées et des thèmes de discussion. Des tableaux résumant pour chacune des rencontres ce qui est prévu au programme en termes (a) d'objectifs à couvrir (b) de thématiques à discuter (c) d'activités interactives à proposer à la dyade mère enfant (d) de moyens de mise en relation à utiliser, ainsi que (e) de questionnaires d'évaluation des effets et de la mise en œuvre à compléter, peuvent être consultés à l'Annexe IV.

Activités interactives

Les activités ludiques proposées pour l'interaction filmée sont choisies parmi une banque d'activités (Annexe V) et correspondent aux axes d'intervention suivant : (a) la sensibilité du parent

à l'égard de l'enfant (b) sa capacité à impliquer l'enfant dans des interactions réciproques (c) sa capacité à maintenir un degré de proximité et de contact, surtout lorsque l'enfant manifeste de l'inquiétude ou de la détresse, et (d) la perception chez le parent d'un engagement et d'une responsabilité à l'égard de son enfant et de son développement. Initialement, l'intervenante peut demander au parent de faire l'activité avec l'enfant comme il le ferait normalement. À d'autres moments, la consigne a un objectif plus spécifique afin de privilégier certains axes d'intervention. Les visites sont structurées de manière à pouvoir couvrir ces différents axes d'intervention tout en conservant la flexibilité nécessaire pour adapter l'intervention aux besoins de chaque famille et aux préoccupations spécifiques des parents participants (St-Laurent et al., 2008).

L'activité interactive a trois fonctions principales : (a) créer un espace relationnel dans lequel le parent et l'enfant sont ensemble pour accomplir une activité, de préférence une activité ludique (b) capter une séquence d'interaction sur caméra vidéo pour ensuite effectuer une rétroaction sur la séquence filmée avec le parent, et (c) proposer au parent un modèle à suivre ou encore des manières différentes d'interagir, afin d'améliorer la relation dyadique ou pour susciter une évolution au sein des interactions dyadiques (Larin et al., 2006).

Thématiques abordées

Les discussions sont orientées en fonction des besoins de la dyade observés par l'intervenante. L'objectif est de répondre aux questions des parents, d'explorer certaines difficultés rencontrées, de favoriser des prises de conscience plus spécifiques chez le parent ou de permettre des apprentissages précis favorisant une relation parent-enfant plus positive (Larin et al., 2006).

Il est à noter que contrairement aux rencontres subséquentes, la première visite comprend une entrevue générale, portant sur les caractéristiques de la grossesse, de l'accouchement, du retour à la maison et sur les activités quotidiennes de la dyade. Il s'agit d'établir une anamnèse de la formation de la famille et du développement de l'enfant jusqu'à présent. Les thèmes susceptibles d'être abordés lors de cet échange sont : (a) la grossesse (b) la naissance de l'enfant (c) la santé de la mère (d) le déroulement des premières semaines (e) l'histoire développementale (f) la personnalité et le tempérament du bébé (g) les caractéristiques de la famille et (h) un exemple d'une journée type. Cinq grands thèmes à composante éducative et thérapeutique sont abordés lors des visites à domicile. Les voici :

1) La découverte (connaissance de l'enfant) : La découverte se définit comme étant le processus par lequel les parents font la connaissance de leur enfant. La découverte fait appel à l'intérêt et à la curiosité à connaître et à mieux comprendre les manifestations des besoins de l'enfant. Les mères seraient davantage préoccupées par la connaissance des besoins liés à l'alimentation et au sommeil de l'enfant tandis que, pour leur part, les pères seraient davantage préoccupés par la connaissance des capacités motrices de l'enfant. En somme, la découverte est une composante centrale en ce qui concerne l'établissement de la relation parent-enfant (Bell, 2008). Ce thème permet de discuter des activités à réaliser en lien avec l'âge du bébé, des soins à prodiguer, des besoins et des stades de développement correspondant à l'âge de l'enfant. La documentation remise au parent lors de la discussion de ce thème se retrouve à l'Annexe VI. Voici quelques exemples d'activités de stimulation qui peuvent être proposées à la mère pour la période 2-4 mois : (a) maintenir les contacts physiques rassurants et y ajouter de petits exercices/jeux (p. ex. : faire bouger les bras, pédaler les jambes, le faire rouler) (b) procurer un environnement riche en couleurs et en variété (p. ex. : premiers jouets, mobiles, hochets) (c) offrir des objets à attraper, à frapper avec les pieds ou les mains (d) attirer son attention en parlant, chantonnant (e) varier les positions (p. ex. : sur le dos, assis dans un petit banc, redressé à des coussins).

2) La proximité physique : La proximité physique fait référence à la présence et la recherche de contact entre le parent et son enfant et au plaisir vécu par le parent et l'enfant dans le contact physique. Ce thème permet de discuter de l'importance du toucher sur l'organisation du bébé, du portage, de l'allaitement et du massage. Il est explicité à la mère que le toucher et le contact visuel sont les instruments les plus puissants dans la communication avec le très jeune enfant (Bell, 2008). De son côté, l'enfant met également en branle tout un répertoire de comportements qui servent à maintenir le contact avec l'adulte. Les pleurs, les sourires, la capacité à maintenir un contact visuel prolongé et le réflexe de préhension sont quelques-uns des moyens utilisés par l'enfant pour maintenir la proximité avec l'adulte. Les contacts précoces et répétés dès la naissance permettent aux parents de faire connaissance avec leur enfant et de devenir compétents à interpréter les signes qu'il émet. En somme, la proximité et les contacts physiques permettent aux interactions parent-enfant d'avoir lieu et jouent un rôle important dans le développement d'un sentiment de sécurité pour l'enfant (Bell, 2008).

3) Le contact affectif : Le contact affectif se manifeste par l'échange d'affects, d'émotions, entre le parent et l'enfant. Plus l'enfant est jeune, plus il est un bon récepteur des émotions et des états affectifs de ses parents. La qualité de l'échange affectif est grandement responsable de la capacité de l'enfant à réguler lui-même ses états affectifs négatifs. La sensibilité du parent à l'expérience affective de son enfant s'exprime dans son habileté à lui procurer un stimulus affectif efficace pour le ramener dans une zone de confort émotionnel. Ce qui importe le plus c'est que les affects négatifs de l'enfant soient suffisamment soutenus par le parent, de sorte qu'il apprenne à les réguler par lui-même (Bell, 2008).

Lors de la discussion de ce thème, il est question de la notion d'accordage affectif qui concerne le climat émotionnel ou affectif des interactions, le vécu agréable ou déplaisant de la communication. Il s'agit des influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de celle de la mère. Il est discuté avec la mère que les affects constituent l'objet même de la communication dans le jeu mère-nourrisson, surtout pendant les premières semaines et premiers mois. La tonalité affective globale des échanges entre les partenaires de l'interaction permet de dégager des sentiments de plaisir, bien-être, tristesse, ennui, indifférence, insécurité, excitation, etc. Le défi est d'aider le parent à identifier ce que lui font vivre les différentes manifestations émotionnelles de son bébé et d'imaginer comment il peut être disponible à son enfant lors de ces moments. La mère est appelée à réfléchir aux déclencheurs, à la signification des comportements, à ses réactions et à celles de son bébé en lien avec l'expression des émotions (Cooper et al., 2005). Différentes stratégies (p. ex. : portage, réduire les sources de stimulation) sont explorées avec la mère afin qu'elle se sente compétente pour reconforter son bébé.

4) La communication : La communication fait référence à l'initiation et au maintien des interactions entre le parent et son enfant en prenant en compte les capacités interactives de ce dernier. Dans le cadre de l'échange avec un jeune bébé, le parent sensible est habile à amorcer les interactions et à susciter les occasions d'interaction avec lui. Il est également apte à ajuster son comportement de manière à susciter une réaction positive de la part de son enfant et à maintenir l'interaction. De plus, il est enclin à interagir avec l'enfant au moment où celui-ci est prédisposé à le faire et il peut reconnaître les signes de désengagement chez son bébé. Lors de cette discussion, il est mentionné à la mère que le jeu remplit un rôle chez le bébé : il favorise le développement de ses habiletés physiques, intellectuelles, affectives et sociales. C'est également un facteur important de la

formation de son identité et de sa personnalité. Dès la naissance, le bébé est prêt à jouer à sa façon, qui semble bien simple pour commencer. Pendant les premiers mois de sa vie, il se sert de ses sens pour jouer et pour apprendre. Le bébé envoie aussi différents types de signaux quand il est prêt à recevoir des marques d'attention. Il peut pousser différents types de cris; changer d'expression faciale; chercher le regard; faire des gestes différents tels qu'agiter les mains. Des jeux simples sont proposés à la mère afin de travailler la contingence (voir Annexe V), c'est-à-dire l'harmonie du comportement de la mère avec un comportement réciproque chez son bébé, ainsi que la synchronie, soit l'adaptation du comportement de la mère aux rythmes propres de son enfant (Brazelton & Cramer, 1991). Par exemple :

- Tour de parole : regards, regards conjoints
- Imitation par le parent : 1-4 mois : Penchez-vous sur le bébé pour le faire sourire et gazouiller. Il sourit, vous souriez. Ensuite, attendez son prochain sourire ou gazouillis. Dès qu'il en fait un, imitez-le, doucement. S'il le répète plusieurs fois de suite, observez son visage pour voir s'il a conscience de ses comportements. N'en faites pas trop, ne le surcharge pas (Brazelton, 1994).

La documentation remise au parent lors de la discussion de ce thème se retrouve à l'Annexe VII.

5) L'engagement : L'engagement fait référence à l'investissement du parent dans la relation avec l'enfant ainsi qu'à l'aménagement d'un environnement stable et de soins continus. Cette thématique permet de discuter particulièrement de la routine du sommeil de bébé, de son alimentation et de l'accompagnement de l'enfant dans son exploration. Par exemple, il est mentionné à la mère qu'un bébé passe par différents types de sommeil : (a) somnolence (b) sommeil calme (c) sommeil agité. En général, pendant une période de sommeil qui dure de 2 à 3 heures, les phases de sommeil agité et de sommeil profond alternent de 2 à 3 fois dans le cas d'un bébé qui a bien mangé. Si son sommeil est agité, le poupon grimace, sourit et pleure parfois. Par contre, s'il est vraiment réveillé et s'il a faim, il s'agitiera de tout son corps et il aura les yeux grands ouverts. Au besoin, quelques moyens permettant de régulariser le sommeil du bébé (p. ex. : une routine du coucher, un doux bercement, de la chaleur, de la musique, la voix de ses parents, l'odeur maternelle, un porte-bébé ventral, technique de l'emballotement, nourrissage avant le dodo) sont discutés avec la mère.

Le matériel nécessaire à la réalisation de l'ensemble de l'intervention est décrit à l'Annexe VIII.

2.1.5 Composante espace

L'intervention se déroule à domicile. L'environnement idéal est d'avoir accès à une pièce avec lumière tamisée, tranquille, et qu'il n'y ait pas d'interruptions pendant la rencontre afin que la mère soit confortable et en mesure d'observer et d'interagir avec son bébé (Nugent et al., 2007). Au besoin, l'intervenante peut demander la permission au parent d'aménager différemment l'espace afin de réduire, par exemple, les sources de stimulation pour le bébé. L'intervenante s'assure de demeurer à égale distance de la mère et du bébé, ni trop près, ni trop loin afin de ne pas être intrusive dans la relation, mais de pouvoir observer les interactions. De plus, lors de l'activité interactive filmée, la caméra est installée de façon à pouvoir bien capturer les moments d'échanges mère-enfant.

2.1.6 Composante temps

L'intervention s'échelonne sur deux mois et comporte huit visites à domicile d'une durée moyenne de 120 minutes (Tarabulsy et al., 1998). Chacune des familles participant à l'intervention reçoit la visite de la psychoéducatrice une fois par semaine. Chaque rencontre est structurée en trois temps (MSSS, 2005) :

1. Accueil et phase de préparation : maximum 25 minutes

Cette période constitue un moment privilégié où le parent et l'intervenante discutent de façon informelle des événements de la semaine précédente. Parfois, il est nécessaire de prendre une période plus longue afin de maintenir ou de créer un contact significatif avec le parent. L'intervenante, si elle le juge nécessaire, prend le temps de discuter avec la mère de ses préoccupations, des situations survenues durant la semaine, de l'enfant ou de l'intervention (Larin et al., 2006). L'intervenante fait ensuite un retour sur le réinvestissement fait par le parent depuis la dernière visite (s'il y a lieu).

2. Phase de réalisation : 70 minutes

- Activité interactive filmée : 3 à 15 minutes
- Visionnement avec la mère de l'enregistrement vidéo : 15-20 minutes
- Thématiques : 30 minutes

Lors de la phase de réalisation, l'intervenante utilise l'expérience concrète pour informer le parent sur les connaissances et les comportements de soins de qualité. Elle propose également des

jeux ou des mises en situation ajustés à l'objet d'intervention identifié et répondant aux caractéristiques de la dyade. L'ordre dans lequel les trois étapes principales de la phase de réalisation sont présentées aux mères peut varier en fonction de la situation vécue dans la famille le jour de la visite à domicile, de la relation établie avec le parent ou du jugement de l'intervenante. Les activités interactives filmées sont d'une durée variable (3 à 15 minutes), selon les dyades et l'âge du bébé. L'activité réalisée est ensuite visionnée par le parent et l'intervenante. Ce retour sur vidéo permet d'observer attentivement les comportements de l'enfant, du parent ou de la dyade et d'en discuter par la suite (Larin et al., 2006).

3. Phase d'intégration et départ : maximum 25 minutes

À la fin de la visite, l'intervenante trace une synthèse des apprentissages et de la thématique abordées durant la rencontre. À ce moment, l'intervenante peut proposer au parent de choisir une activité dyadique (p. ex. : le jeu effectué durant la rencontre) à reproduire durant la semaine afin d'encourager le réinvestissement quotidien des apprentissages (St-Laurent et al., 2008). L'intervenante incite aussi le parent à utiliser, à la suite de la deuxième et sixième semaine d'intervention (T4 et T8), un carnet d'activités pour développer ses habiletés d'observation (Larin et al., 2006).

2.1.7 Composante moyen de mise en interaction

Stratégies de gestion des apprentissages

Pour favoriser les apprentissages, l'intervenante doit adopter l'approche des petits pas, respecter les besoins et le rythme tant de la mère que de l'enfant et tenir compte des valeurs de la famille. L'intervenante s'assure également de souligner les efforts du parent aussi souvent que possible. En effet, la modification de comportements est un processus lent et complexe qui fait appel non seulement à la motivation d'un individu, mais aussi à l'influence qu'exercent sur lui ses conditions de vie et son environnement familial, culturel et social. Les croyances et les comportements d'une famille élargie ou d'une culture à l'égard des pratiques parentales ont un impact certain sur le parent et, de fait, sur le rythme de ses apprentissages. Aussi, souligner le plus souvent possible les gestes positifs de la mère envers l'enfant, constitue une intervention qui d'une part renforce son potentiel et son sentiment de compétence personnelle et qui, d'autre part, peut l'amener à confier ses craintes et inquiétudes (MSSS, 2005; MSSS, 2007b).

Lors de la première visite à domicile (T3), l'utilisation du génogramme sert à la création d'un premier lien avec la mère. L'intervenante cherche par la suite à créer une atmosphère positive en mettant l'accent sur les forces du parent et en le désignant comme expert de son enfant. Par l'intermédiaire du Newborn Behavioral Observations (Nugent et al., 2007), elle accentue aussi les compétences de l'enfant tout en reconnaissant les difficultés et vulnérabilités de celui-ci en tant que défi du développement. Qui plus est, différentes stratégies permettent à la mère d'apprendre de nouvelles façons d'être et de se comporter avec son enfant : (a) les jeux parent-enfant (b) les jeux intervenante-enfant (p. ex. : stimulation sensori-motrice du nourrisson) (c) le modelage (d) les démonstrations (e) faire participer activement la mère pendant la visite à domicile et (f) les discussions.

La principale stratégie de gestion des apprentissages utilisée tout au long de l'intervention est la rétroaction vidéo. Cet outil pédagogique permet (a) d'identifier auprès de la mère les moments où l'enfant lui signale un besoin (p. ex. : l'enfant vocalise ou tend les bras) (b) de renforcer auprès de la mère ses comportements positifs, répondant à des comportements de son enfant ou montrant un degré de sensibilité (p. ex. : « ton bébé a arrêté de pleurer tout de suite quand tu l'as pris dans tes bras ») et (c) de valoriser les interactions mère-enfant où il semble y avoir un degré de cohérence et d'affect partagé entre les deux (p. ex. : « as-tu vu comment ton bébé te regardait quand tu lui parlais doucement? ») (Tarabulsky et al., 1998). Dans cette intervention, le jeu est privilégié dans les activités dyadiques filmées pour diverses raisons. Tout d'abord, le jeu offre la possibilité de vivre une activité qui procure de la détente et du plaisir. Par ailleurs, le jeu est très important dans la vie du jeune enfant : par le biais de l'activité ludique, l'enfant développe (a) ses habiletés motrices (b) langagières (c) cognitives (d) émotionnelles et (e) sociales. Le jeu permet en outre de créer un espace relationnel qui offre de multiples opportunités de communication et de coopération entre le parent et l'enfant (St-Laurent et al., 2008).

La période de visionnement représente un moment privilégié pour le parent d'assister en tant qu'observateur extérieur aux interactions entre lui et son enfant. C'est une occasion pour lui d'être témoin de ses propres comportements, de revoir ce qui s'est passé et de pouvoir s'attarder à observer les comportements et réactions de son enfant et cela, sans être pris dans le vif de l'action. Afin que la famille s'habitue à la présence de la caméra avant le début de l'intervention, l'intervenante utilise l'équipement audiovisuel dès sa première visite en pré-test (T1).

Utilisation de la rétroaction vidéo en pratique

1. Organisation : Après la séquence de jeu, l'intervenante visionne avec le parent l'interaction filmée sur le téléviseur. L'intervenante fait alors défiler la bande vidéo et choisit une séquence pour faire un arrêt sur l'image (pause).

2. Consigne : Exemple : « Nous allons regarder ensemble ce que nous venons de filmer. Nous allons nous arrêter fréquemment. J'aimerais que vous tentiez de remarquer des choses sur le comportement de votre enfant à chaque séquence. En certaines occasions, je ferai des remarques ou je vais vous poser des questions, mais parfois je ne dirai rien. Si je ne dis rien, cela ne signifie pas que votre interaction est inadéquate. Ce que l'on vise, c'est d'avoir un échange à propos de ce que l'on voit et d'apprendre à mieux connaître votre enfant. » (Larin et al., 2006).

3. Interventions verbales : L'intervenante arrête et même fait rejouer les séquences positives pour attirer l'attention du parent sur ses comportements adéquats et ses forces. L'intervenante pose également des questions ouvertes à la mère lors du visionnement afin de susciter chez elle un questionnement et une réflexion sur ce qu'il observe de son comportement et de celui de son enfant. Les questions portent sur différents aspects de l'interaction (p. ex. : vécu émotif de l'enfant et du parent, attitudes et comportements de l'enfant, attitudes et comportements du parent, dynamique interactive de la dyade) (St-Laurent et al., 2008).

Au début du suivi (T3 et T4), l'intervenante tient compte des attitudes qui favorisent l'établissement d'une relation de confiance avec le parent. Elle propose donc des activités qui ne requièrent pas du parent de répondre à une consigne ou de modifier des comportements et/ou des attitudes. Lors du visionnement, l'intervenante fait une lecture générale en s'arrêtant sur les éléments positifs de l'interaction (Larin et al., 2006). À compter de la troisième semaine (T5), l'intervenante devient plus directive et incite généralement le parent à essayer de nouvelles façons d'être avec son enfant. L'intervenante utilise les activités parent-enfant pour créer des occasions d'interaction différentes ou pour provoquer un changement positif dans la relation (Larin et al., 2006). Enfin, lors des dernières visites à domicile (T9 et T10), le but est surtout de préparer la fin du travail d'intervention et de consolider les acquis. Durant ces visites, l'intervenante peut proposer au parent de visionner une activité des premières semaines et voir ce qu'il reconnaît comme progrès. Lors de la dernière visite, l'intervenante peut ramener un jeu qui a eu beaucoup de succès auprès de la dyade durant les semaines précédentes (Larin et al., 2006).

Stratégies de gestion des comportements

Dans le choix des techniques d'intervention à utiliser, l'intervenante doit tenir compte des caractéristiques de chacune des dyades mère-enfant. Il s'agit d'une banque d'attitudes à privilégier et non d'un cadre rigide. Certaines techniques de communication permettent de mettre l'accent sur l'interaction parent-enfant (Nugent et al., 2007) :

1. Écoute active (questions ouvertes, pause, contacts visuels, répétition, éviter les jugements, demander l'opinion du parent)
2. Parler clairement (parler lentement, utilisation de phrases simples, se mettre au diapason de la mère, insister sur des mots importants, vérifier la compréhension du parent)
3. Agir mutuellement (collaborer, être authentique, négocier)

L'intervenante peut utiliser différentes techniques d'intervention afin d'assurer le bon déroulement des visites à domicile et dans le but de favoriser les apprentissages du parent. Selon les circonstances, l'intervenante peut être appelée à faire (a) de l'humour (b) de l'aide opportune (c) de la clarification. Ces techniques ne revêtent aucun caractère d'automatisme et elles ne peuvent s'appliquer qu'à la lumière des considérations liées à une situation particulière en soi. Par exemple, lors de la rétroaction vidéo, si l'intervenante se confronte à des limites ou à un plafonnement dans les exercices, elle peut rechercher comment l'interaction pourrait devenir plus plaisante pour le parent et l'enfant. Si l'interaction a toujours le même style; elle peut modifier l'activité dyadique pour susciter d'autres comportements et si le parent ne parle pas beaucoup, l'intervenante peut formuler des observations pour lui, valider avec lui et tenter de l'amener à dire par lui-même à mesure que l'intervention progresse. Le lecteur trouvera une description détaillée de chaque technique d'intervention à l'Annexe IX.

Il est primordial de répondre aux besoins immédiats des familles tout au long du suivi individualisé même si cela a pour conséquence la modification des contenus qui devaient être abordés. Le fait de se centrer sur les besoins primaires d'abord et sur ce qui préoccupe les familles permet à l'intervenante privilégiée d'établir rapidement un lien de confiance. Comme les rencontres d'intervention se déroulent à la maison, dans un milieu naturel, il peut arriver que d'autres personnes soient présentes à part le parent cible, l'enfant cible et l'intervenante. Le cas échéant, l'intervenante doit tenter de composer avec les tiers présents, tout en gardant en tête la nécessité d'aménager un espace particulier à la dyade ciblée (Larin et al., 2006).

La présence de l'autre parent peut être stimulante pour le parent cible, ainsi qu'une source de valorisation et de partages importants. Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue les objectifs de l'intervention et mettre en place des règles claires dès le départ et d'en discuter dès que la situation le requiert. Quelques balises peuvent guider le travail de l'intervenante dans l'implication de l'autre parent au sein de l'intervention : (a) l'activité dyadique implique seulement le parent cible et l'enfant (b) la rétroaction se fait avec le parent ciblé en priorité (c) l'autre parent peut se joindre à la dyade et à l'intervenante lors de la discussion dirigée. Le cas échéant, l'intervenante encourage le développement d'un climat d'ouverture et vérifie avec le donneur de soins principal sa motivation et son intérêt réel à la présence de l'autre adulte (Larin et al., 2006).

Par ailleurs, l'enfant cible a souvent une fratrie. La présence de la fratrie est souvent très révélatrice du vécu quotidien et des difficultés intrafamiliales, et elle permet à l'intervenant de vraiment observer la dynamique de la relation de l'enfant cible avec son donneur de soins dans un autre contexte (le partage d'attention). Si la fratrie est présente, il importe que, pendant la séquence de jeux parent-enfant, la dyade puisse bénéficier d'un espace commun sans la présence du ou des autres enfants. Hormis ce moment précis, les autres moments de la rencontre peuvent s'effectuer avec les autres enfants. L'intervenante est mise à contribution en occupant les autres enfants pendant que le parent joue avec l'enfant cible (Larin et al., 2006).

Enfin, il arrive parfois que d'autres personnes soient présentes lors des rencontres d'intervention. Il se peut qu'une grand-mère, une tante, une voisine, des amis, un autre intervenant soient présents au moment fixé pour la rencontre d'intervention. Comme pour la fratrie ou un conjoint, il faut alors statuer clairement avec le parent cible et l'entourage que l'intervention est un moment privilégié entre le parent et son enfant.

2.1.8 Composante code et procédures

Les normes sont en accord avec les valeurs sous-jacentes, la philosophie d'intervention éducative du Centre Premier Berceau et le sens du mandat confié, à l'intérieur duquel prend place l'intervention. Par ailleurs, le code demeure une structure de soutien à l'atteinte des objectifs et non une structure en soi. L'intervenante se garde la possibilité de modifier le code en fonction du niveau de maturité de chacun des participants. Toutes les procédures sont des moyens mis en place pour assurer la qualité de l'intervention, mais ne doivent en aucun cas se substituer au jugement clinique (Renou, 2005). Elles doivent constamment être révisées pour tenir compte de la maturation et de

l'évolution des compétences des participants autant que pour favoriser et supporter cette évolution (Renou, 2005).

Valeur : Considération, respect

Norme : Respect de l'autre, de ses opinions

Code : Pendant les rencontres, chacun doit pouvoir s'exprimer, avoir l'attention de l'autre

Procédure : On se met à l'écoute de celui qui parle, l'intervenante peut aider par la reformulation le parent qui a plus de difficultés à s'exprimer.

Valeur : Plaisir

Normes : Plaisir partagé avec l'autre

Code : Pendant les rencontres, chacun doit pouvoir avoir du plaisir

Procédures : On détermine les ingrédients susceptibles de procurer du plaisir à l'ensemble des partenaires d'interaction.

2.1.9 Composante système de responsabilités

Le parent

La mère est appelée à jouer un rôle actif lors des rencontres et à identifier les stratégies de soins les plus appropriées. Le cas échéant, la mère doit s'engager à réaliser une activité entre deux visites à domicile (devoir) et à faire part de ses observations. Si le parent se trouve dans l'impossibilité de recevoir l'intervenante à son domicile alors qu'une rencontre était prévue, il doit aviser l'intervenante en téléphonant au Centre si possible au moins trois heures avant le moment fixé pour le rendez-vous.

L'intervenante principale

Bien que l'intervenante possède une expertise concernant le développement de l'enfant et les relations parent-enfant, elle ne se place pas en position de spécialiste vis-à-vis le parent. Son rôle est davantage de favoriser chez le parent le développement d'un sentiment de compétence et de confiance en soi. Le rôle de l'intervenante est d'aider le parent à détecter et interpréter correctement les signaux émis par son enfant, et de l'amener à réaliser qu'il peut utiliser ces divers indices comportementaux pour le guider dans le choix des comportements à adopter à l'endroit de son enfant (St-Laurent et al., 2008). L'intervenante principale est la seule responsable de la mise en place de l'intervention et réalise l'ensemble des opérations professionnelles jusqu'à l'évaluation des effets de cette intervention. Lors de chacune des visites d'intervention, l'intervenante s'assure

d'avoir les jouets ainsi que le matériel audiovisuel requis pour effectuer l'activité choisie. L'intervenante se doit également de rencontrer tous les intervenants impliqués auprès des familles participant à l'intervention afin de les mettre au parfum de l'évolution des compétences et d'éviter le dédoublement des services.

Le cas échéant, l'intervenante a aussi la responsabilité de diriger la famille vers les ressources du milieu ou des ressources spécialisées. Par exemple : (a) s'il y a des indices de dépression majeure (b) si les représentations mentales du parent nuisent à l'exercice de son rôle parental et représentent un danger pour la santé physique ou mentale de l'enfant, ou (c) si le parent est non disponible étant donné des préoccupations d'ordre social; l'intervenante doit consulter l'équipe interdisciplinaire du Centre Premier Berceau et diriger le parent vers les ressources spécialisées (MSSS, 2007a). Enfin, si l'intervenante juge qu'il existe un risque de compromission pour le développement ou la sécurité de l'enfant, elle a la responsabilité de faire un signalement à la DPJ.

Autres intervenants

Les autres intervenants impliqués auprès de la famille ont pour responsabilité d'informer l'intervenante principale de la nature de leurs interventions puisque cela peut influencer les résultats de l'intervention. Les différents intervenants (intervenant principal, thérapeute, travailleuse sociale et intervenante en santé) doivent également s'assurer d'un bon arrimage de leur intervention afin que cela demeure cohérent pour la famille.

2.1.10 Composante système d'évaluation et de reconnaissance

a) Système d'évaluation

Du point de vue de l'intervenante, l'évaluation lui permet (a) de mieux connaître le sujet afin de pouvoir éventuellement mieux répondre à ses besoins (b) de pouvoir prendre des décisions à court, moyen et long terme de façon plus objective (c) de se remettre en question et de revoir ses méthodes, ses contenus et ses moyens d'intervention, ainsi que de vérifier l'atteinte et conséquemment la pertinence des objectifs fixés (Renou, 2005). Tout au long de l'intervention, l'intervenante évalue (a) la conformité de l'intervention (b) le degré d'exposition (c) la qualité de la participation des sujets, et (d) la qualité de la mise en application de l'intervention. La section 2.2 sur l'évaluation de la mise en œuvre explicite dans le détail ces différentes composantes. Enfin, au terme de l'intervention (T10), le parent est invité à donner son appréciation de l'ensemble des visites

et de la qualité de l'animation dans le cadre d'une courte entrevue qualitative présentée à l'Annexe IX.

Du point de vue du sujet, l'évaluation lui permet de situer son niveau de compétence actuel, de mieux situer sa progression et ses capacités réelles, de mieux fixer ses propres objectifs, de lui fournir des points de repère concrets dans sa démarche adaptative à court, moyen et long termes (Renou, 2005). Pour cela, l'intervenante donne fréquemment de la rétroaction au parent et elle effectue un bilan lors de la quatrième rencontre (T6). Elle utilise alors le Bulletin d'information périodique présenté à l'Annexe X (Larin et al., 2006). L'intervenante effectue aussi un bilan à la toute fin de l'intervention (T10) en utilisant le même Bulletin d'information périodique. Le parent est enfin invité à évaluer la qualité de sa participation (T4-T6-T8-T10) au moyen de la grille d'évaluation maison présentée à l'Annexe XV. Les différents mécanismes qui sont utilisés pour évaluer l'atteinte des objectifs par les participants sont discutés à la section 2.3 sur l'évaluation des effets de l'intervention.

b) Système de reconnaissance

Le système de reconnaissance permet de valoriser les efforts accomplis et les résultats atteints par le parent et, d'autre part, de favoriser l'atténuation ou la disparition de conduites inadéquates.

Reconnaissance implicite

Dans cette intervention, l'outil privilégié pour l'identification, la valorisation et le renforcement des pratiques parentales appropriées est la rétroaction vidéo (St-Laurent et al., 2008). Le fait que le parent puisse lui-même observer les aspects positifs de son comportement par le biais du visionnement rend le renforcement positif plus accessible et plus efficace. Cette forme de reconnaissance est dite implicite puisque le contenu du résultat de l'évaluation se transmet sans qu'une extériorisation sous une forme matérielle relativement durable soit utilisée (félicitations, témoignages de satisfaction, etc.) (Renou, 2005).

Reconnaissance explicite

Ce type de reconnaissance fait référence à l'extériorisation de l'appréciation par des moyens le plus souvent tangibles ou utilisables à d'autres fins (Renou, 2005). Une collation offerte par le Centre Premier Berceau et servie pendant la rétroaction vidéo ou la discussion dirigée agit comme

un renforcement positif pour la dyade. Elle favorise aussi le contact avec l'enfant et le parent et constitue un moment positif durant la rencontre. Finalement, afin de souligner la participation de la dyade à l'intervention, la mère reçoit le certificat se trouvant à l'Annexe XI lors de la dernière visite à domicile (T12).

c) Stratégie de transfert et de généralisation

Lors de chacune des visites à domicile, le choix d'une activité dyadique (p. ex. : le jeu effectué durant la rencontre) à reproduire durant la semaine favorise le réinvestissement quotidien des apprentissages (St-Laurent et al., 2008). L'intervenante incite aussi le parent à utiliser un carnet d'activités pour développer ses habiletés d'observation durant l'intervalle entre les rencontres. Le carnet d'activités est présenté à l'Annexe XII. L'intervenante fait également des rappels fréquents des notions abordées et laisse au parent du matériel (p. ex. : aide-mémoire) auquel il peut faire référence (Annexe VI et VII).

2.2 Évaluation de la mise en œuvre

2.2.1 Composantes retenues : procédure et instruments d'évaluation

L'évaluation de l'implantation de l'intervention répond à plusieurs besoins : (a) bien comprendre l'intervention (b) identifier ses forces et ses faiblesses et (c) évaluer et expliquer les écarts quant à l'intervention planifiée initialement. Les informations collectées permettent donc (a) de stimuler la réflexion concernant l'atteinte ou non des objectifs en permettant d'identifier rapidement les variables ayant pu jouer un rôle (b) d'orienter les changements s'il y a lieu ainsi que (c) de conserver des traces de l'histoire et de l'évolution de l'intervention. L'approche développementale d'évaluation est adaptée à la présente situation. Cette approche favorise que l'évaluateur produise régulièrement des analyses de façon à pouvoir utiliser rapidement l'information pour améliorer l'implantation de l'intervention plutôt que de présenter une évaluation globale à la toute fin du processus.

Afin de prendre en considération l'ensemble des facteurs qui influencent la qualité de la mise en œuvre (humain, matériel, contexte d'implantation, planification, etc.) et de cibler plus efficacement ce qui mérite d'être retravaillé, les composantes présentées ci-dessous sont évaluées à des moments prédéfinis :

1. Conformité de l'intervention
2. Degré d'exposition

3. Qualité de la participation des sujets
4. Qualité de la mise en application
5. Débordement de l'intervention préventive

Conformité de l'intervention

Tout d'abord, après chaque rencontre (T3 à T10), une liste de vérification (Annexe XIII) est complétée par l'intervenante afin de vérifier la conformité (a) des thèmes abordés (b) du dosage et (c) des stratégies de gestion des apprentissages. Il s'agit là d'un certain nombre d'éléments qui sont nécessaires au succès de l'intervention. Cette rigueur permet à l'intervenante de revoir l'organisation de son contenu et de son temps avant la prochaine visite à domicile ainsi que d'ajuster ses moyens de mise en relation de façon à répondre adéquatement aux besoins de la famille.

Degré d'exposition

L'intervenante consigne également dans un journal de bord (Annexe XIV) les informations concernant le degré d'exposition. Afin d'être en mesure de calculer le pourcentage d'exposition de la dyade mère-enfant à l'ensemble de l'intervention (nombre de visites à domicile réalisées, durée totale de chaque visite), il est important de recueillir cette information tout au long de l'intervention (T3 à T10). Par ailleurs, puisque la principale stratégie de gestion des apprentissages est la rétroaction vidéo, il apparaît primordial de noter le pourcentage d'exposition de la mère à ce moyen d'intervention (durée de la phase de rétroaction vidéo) puisque cela peut avoir un impact important sur l'atteinte ou non des objectifs de l'intervention.

Qualité de la participation des sujets

Qui plus est, une grille d'évaluation maison (Annexe XV) est complétée en alternance par l'intervenante (T3-T5-T7-T9) et par la mère (T4-T6-T8-T10) afin d'évaluer la qualité de la participation du parent à l'activité interactive, à la rétroaction vidéo et à la discussion. Cela permet aux participantes de s'approprier davantage leur démarche. Par ailleurs, l'intervenante peut utiliser cette évaluation pour renforcer positivement la mère, ajuster ses stratégies de gestion des comportements, s'il y a lieu, ou encore discuter avec le parent qui se juge très sévèrement de façon à encourager l'émergence d'un meilleur sentiment de compétence.

Qualité de la mise en application

L'intervenante consigne dans un journal de bord (Annexe XVI) le déroulement des visites à domicile (T3 à T10) en prenant soin d'analyser la qualité de la mise en application, plus

spécifiquement l'actualisation de ses schèmes relationnels et l'application des opérations professionnelles. Il est reconnu que l'intervenante est son premier outil de travail et que sa capacité à être à l'écoute de sa résonance subjective en intervention lui permet d'avoir une influence éducative positive sur les familles qu'elle accompagne. Par ailleurs, l'actualisation des schèmes relationnels est ce qui permet d'offrir des réponses sensibles et ajustées à l'expérience spécifique des familles. De plus, la capacité de l'intervenante à identifier les enjeux personnels et relationnels de la mère est ce qui permet de susciter des prises de conscience chez elle et ultimement de favoriser l'émergence d'une plus grande sensibilité maternelle.

Une entrevue qualitative est aussi réalisée (Annexe XVII) à la fin de l'intervention (T10) pour évaluer le niveau de satisfaction de la mère à l'égard des activités auxquelles elle a participé. Cette entrevue permet de faire un bilan avec le parent et d'évaluer si l'intervention a répondu aux attentes et besoins de la famille. Cela permet aussi de prendre en notes les changements perçus par le parent dans les comportements de son bébé et au niveau de ses connaissances eu égard au développement de son enfant. La perception subjective du parent quant aux effets de l'intervention est prise en considération par l'intervenante lors de l'analyse de l'atteinte des objectifs.

Débordement de l'intervention préventive

Enfin, une vérification des interventions dont la famille aurait bénéficié en dehors de l'intervention proposée est effectuée à la fin de l'intervention (T11) au moyen de la consultation du dossier informatisé des familles et des intervenants impliqués auprès de la famille en question. Bien entendu, si la dyade mère-enfant bénéficiait d'autres services de relation d'aide pendant l'intervention, cela peut influencer les résultats et doit être pris en considération lors de l'analyse.

Le tableau 5 à la page suivante donne le détail de l'évaluation de la mise en œuvre.

Tableau 5 : Évaluation de la mise en œuvre

Composantes	Instruments de mesure	Source d'évaluation	Variables dérivées (items)	Échelle de mesure	Temps de mesure ¹
Conformité de l'intervention	Liste de vérification	Intervenante	Thème abordé Dosage (3) Stratégies de gestion des apprentissages (7)	Totalement = 100 % Nombre de rencontres	T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10
Degré d'exposition	Journal de bord	Intervenante	Nombre de visites à domicile réalisées Durée totale de chaque visite Durée de la phase de rétroaction vidéo	En minute Nombre d'activités	T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10
Qualité de la participation des sujets	Grille d'évaluation maison	Intervenante	Activité interactive Rétroaction vidéo Discussion	Faible = 0 % Excellent = 100 %	T3, T5, T7, T9
		Mère	Activité interactive Rétroaction vidéo Discussion	Faible = 0 % Excellent = 100 %	T4, T6, T8, T10
Qualité de la mise en application	Journal de bord	Intervenante	Actualisation des schèmes relationnels Application des opérations professionnelles	Faible = 0 % Excellent = 100 %	T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10
	Entrevue qualitative sur la satisfaction eu égard à l'intervention	Mère	Besoins Attentes Changements observés (2) Animation (2) Commentaires généraux	Qualitatif	T10
Débordement de l'intervention préventive	Dossier informatisé des familles Intervenants impliqués auprès de la famille	Intervenante	Autres interventions dont la famille a bénéficié au Centre ou à l'externe (p. ex. : thérapie, accompagnement par une intervenante en santé) pendant l'intervention	0 = aucune autre intervention 1 = autre intervention	T11

¹ Implantation de l'intervention : T3-T10

2.3 Évaluation des effets

2.3.1 Devis

L'évaluation des effets répond à deux principaux besoins : assurer un suivi clinique auprès des familles en étant au fait de leur évolution et réaliser un bilan de l'efficacité de l'intervention mise en place (degré d'atteinte des objectifs poursuivis). Le protocole d'évaluation privilégié pour cette intervention est le protocole ABA. Il présente des limites au plan méthodologique, mais il semble le plus réaliste étant donné les contraintes du milieu d'intervention. Le protocole ABA permet malgré tout d'établir une certaine relation causale entre les changements observés dans le comportement des mères et des nourrissons et l'introduction ou le retrait contrôlé de l'intervention (Ladouceur & Bégin, 1986). Cependant, il faut se rappeler que ce type de protocole ne contrôle pas toutes les sources d'invalidité interne et externe. Par conséquent, les effets observés et l'atteinte des objectifs ne pourront pas être attribués uniquement à l'intervention.

L'un des principes de base de ce type de protocole est la prise de mesures répétées dans le temps (avant, pendant et après l'intervention). Pour établir le niveau de base, l'intervenante prend deux points de mesures avant le début de l'intervention (T1-T2), puis après (T11-T12). Elle effectue les mesures dans les mêmes conditions, à chaque période d'évaluation, et en respectant des intervalles égaux dans le temps (Rivard & Bouchard, 1998). Ainsi, deux semaines sont consacrées au pré-test (A), huit semaines à l'intervention (B) et deux semaines au post-test (A). Par la suite, les moyens privilégiés par l'intervenante pour interpréter les résultats sont l'inspection visuelle (stabilité du niveau de base, variabilité et tendance, taux de recouvrement) des graphiques et des tableaux ainsi que la réalisation de deux tests statistiques simples (carte de contrôle du processus et l'indicateur non paramétrique PAND) (Juhel, 2008).

2.3.2 Instruments et procédures

Afin d'évaluer si l'intervention a permis de (a) favoriser l'acquisition de compétences d'autorégulation chez le nourrisson (b) d'augmenter les connaissances de la mère sur son enfant (c) d'augmenter son niveau de proximité physique et affective avec son bébé ainsi que (d) de développer sa sensibilité parentale, les construits présentés ci-dessous sont évalués à des moments prédéfinis :

1. Capacités d'autorégulation du nourrisson
2. Connaissance de la mère concernant son enfant

3. Sensibilité maternelle
4. Niveau de proximité physique et affective entre la mère et le bébé
5. Stress parental

Selon l'instrument d'évaluation utilisé (outils validés ou maison) ces construits font tantôt l'objet de mesures répétées, tantôt l'objet de mesures en pré-test et post-test. Le stress parental est également évalué puisqu'il s'agit d'une variable modératrice pouvant moduler les effets de l'intervention tels qu'explicités dans le contexte théorique.

Évaluation des capacités d'autorégulation chez le nourrisson

D'emblée, il est important de souligner que l'outil d'observation relationnel utilisé dans le cadre de cette intervention pour recueillir des informations sur les compétences d'autorégulation du bébé, soit le Newborn Behavioral Observations (Nugent et al., 2007) (Annexe XVIII), n'est pas un instrument d'évaluation. Il a été développé à partir du Newborn Behavioral Assessment Scale (Brazelton, 1977), une évaluation complexe du nourrisson, longue et difficile à administrer, afin de mieux répondre aux besoins des cliniciens. Il s'agit donc d'une grille d'observation courte se composant de 18 items qui permet (a) de dresser un profil du comportement du bébé de 0 à 3 mois (b) de promouvoir ses compétences et (c) de reconnaître ses difficultés et vulnérabilités afin de mieux orienter le travail lors des rencontres subséquentes avec la famille. Bien entendu, il existe un nombre considérable d'instruments permettant d'obtenir un quotient de développement pour l'enfant, mais aucun outil validé n'est aussi sensible au construit des compétences d'autorégulation que ne peut l'être le Newborn Behavioral Observations.

L'intervenante réalise un Newborn Behavioral Observations en présence de la mère lors de la première semaine de pré-test (T1) et de post-test (T11). La passation peut prendre entre cinq minutes et une heure selon les objectifs de l'intervenante, les besoins de la famille et la nature de la relation entre l'intervenante et la famille. L'ordre de présentation des items dépend toujours de l'état de vigilance du bébé et les items inclus dépendent de la situation présente lors de la visite. L'intervenante commence par présenter les grandes lignes et le but du Newborn Behavioral Observations en rassurant le parent qu'il s'agit d'observer comment le bébé communique et se calme. Après une période d'observation initiale de 30 secondes, l'intervenante commence à interagir avec le bébé. L'intervenante complète la grille d'observation suite à chacune de ces rencontres. L'approche permet non seulement d'obtenir des renseignements quant aux habiletés

d'autorégulation du bébé, mais aussi de développer le sentiment de compétence parentale ainsi que la sensibilité maternelle en favorisant l'établissement d'un lien de confiance avec la mère et en permettant au parent d'apprendre à connaître son bébé.

Évaluation des connaissances de la mère concernant son enfant

En plus de l'observation de son bébé lors des passations du Newborn Behavioral Observations, la mère remplit, sous la supervision de l'intervenante, un questionnaire maison (Annexe XIX) lors de la deuxième semaine de pré-test (T2) et de post-test (T12) ainsi que lors de la deuxième rencontre d'intervention (T4). Ce questionnaire permet d'évaluer si la mère a augmenté, au terme de l'intervention, ses connaissances sur le développement global des nourrissons ainsi que ses connaissances sur les caractéristiques spécifiques de son bébé. Le choix d'utiliser un outil maison plutôt qu'un instrument validé se justifie par le fait que les connaissances évaluées sont directement en lien avec les objectifs de l'intervention et les thèmes qui sont discutés avec le parent. Le questionnaire est non seulement utilisé à des fins d'évaluation, mais permet aussi à la mère de tester ce qu'elle a appris lors de la deuxième rencontre d'intervention (T4). L'intervenante prend d'abord un temps pour expliquer les questions à la mère et s'assurer de sa compréhension. La mère remplit ensuite le questionnaire en identifiant (a) les activités à réaliser (b) les soins à prodiguer (c) les principaux besoins et (d) les stades de développement correspondant à l'âge de son bébé. Elle doit également identifier (a) les compétences (b) les signes de difficultés ainsi que (c) les préférences actuelles de son bébé. Le questionnaire peut prendre entre 10 et 20 minutes à remplir selon le niveau de connaissance de la mère et son rythme d'écriture.

Évaluation de la sensibilité maternelle

La communauté scientifique s'entend pour dire que le Q-Sort des comportements maternels est l'instrument qui mesure actuellement le mieux le concept de sensibilité maternelle (Pederson, Morant, & Bento, 1999). Le Mini-Q-Sort des comportements maternels a été développé pour offrir une méthode de description des interactions mère-enfant qui demande moins de temps que la version originale de 90 items. La version courte est par ailleurs tout à fait indiquée dans le contexte d'interventions à domicile et qui utilisent la rétroaction vidéo (Tarabulsky et al., 2009). Pour ces différentes raisons, c'est la version courte du tri-de-cartes des comportements maternels qui a été retenue pour évaluer la sensibilité maternelle dans le cadre de cette intervention.

À l'instar de la version originale, le Mini-Q-Sort s'utilise auprès de dyade où l'enfant a moins de 12 mois. L'outil vise à estimer la qualité des interactions entre un nourrisson et sa figure d'attachement par une description détaillée des comportements maternels. Dans cette version, 25 comportements sont à observer chez la mère. Certains comportements sont des indicateurs de sensibilité maternelle (3 items) et peuvent favoriser un attachement sécurisé alors que d'autres comportements sont des indicateurs de déficit dans la sensibilité maternelle (3 items) et peuvent favoriser le développement d'un lien d'attachement insécurisé (Pederson et al., 1999).

Lors de l'intervention auprès de la dyade mère-enfant, l'intervenante observe les interactions entre eux afin de dresser le profil de l'organisation de ces interactions. L'observation permet d'identifier (a) les compétences (b) les forces de la mère et (c) également de cibler rapidement les comportements de la mère qui risquent de développer un attachement insécurisé. Puisque la sensibilité maternelle est l'un des facteurs qui a le plus d'influence sur le développement des capacités d'autorégulation du nourrisson et que son amélioration correspond à un objectif important de l'intervention, l'intervenante complète un Mini-Q-Sort après chacune de ses visites (T1 à T12).

Pour compléter le Q-Sort des comportements maternels, l'intervenante classe de manière spontanée et rapide chacun des items, par ordre décroissant, selon la fréquence des comportements observés chez la mère. Le temps requis pour compléter la version courte est d'environ 15 minutes. La feuille-réponse (Annexe XX) aide à situer les catégories et sous catégories. En lisant les cartes, une à la fois, l'intervenante tente de classer une première fois les 25 comportements en trois grandes catégories : typiques, neutres, atypiques. Ensuite, l'intervenante raffine sa classification afin de diviser les comportements typiques en 4 niveaux et les comportements atypiques en 4 niveaux (Pederson et al., 1999).

Dans le cadre de l'intervention, l'option d'interprétation qui consiste à analyser le positionnement des items sur la feuille de cotation des résultats dans une perspective qualitative afin d'obtenir une vision détaillée de la situation a été privilégiée. L'intervenante utilise donc la feuille-réponse et note les numéros des items dans chacune de leur catégorie. L'intervenante localise ensuite sur sa feuille-réponse les items qui peuvent favoriser un attachement sécurisé, car ils sont typiques d'une mère sensible et elle les encercle. Puis, elle localise les items qui risquent de développer un attachement insécurisé, car ils sont atypiques d'une mère sensible et elle les encadre. L'analyse des positions des items encadrés consiste à identifier les forces de la mère donc ses

habiletés parentales positives. Si ces items sont dans la section typique, ils sont les items à valoriser auprès de la mère. Si ces items sont dans la section atypique, ils sont les items qui feront l'objet de l'intervention, car ils sont les items les plus éloignés de leur position idéale, soit de la section typique. L'analyse des positions des items encadrés consiste à identifier les incapacités parentales de la mère. Si ces items sont dans la section typique, ils sont les items qui feront l'objet de l'intervention, car ils sont les items les plus éloignés de leur position idéale, soit de la section atypique. Si ces items sont dans la section atypique, ils sont à leur place puisqu'il s'agit de comportements maternels non favorables au développement d'un attachement sécurisé (Pederson et al., 1999).

Évaluation du niveau de proximité physique et affective entre la mère et le bébé

Constatant qu'il existe peu d'outils permettant d'évaluer la qualité de l'interaction entre les mères et leur bébé âgé de 0 à 4 mois, et qui ne demande pas une formation exigeante (p.ex. : CARE-index), la Grille Marcé (Poinso & Glangeaud-Freudenthal, 2009) (Annexe XXI) a été retenue pour l'évaluation du niveau de proximité physique et affective entre la mère et le bébé. Elle permet d'obtenir une appréciation sur plusieurs niveaux de la qualité des interactions corporelles, visuelles et vocales, d'une part du côté maternel et d'autre part du côté du bébé, avec *in fine* une évaluation globale des interactions. L'établissement de cette grille a débuté en France et en Belgique en 1994-1995 dans l'Unité mère-bébé de Créteil dirigée alors par Bernard Durand. Elle a été développée dans le but de former l'équipe soignante à mieux identifier les signes de souffrance du bébé et à mieux partager leurs observations. Cette grille apporte un beau complément au Mini-Q-Sort des comportements maternels qui lui se centre davantage sur le parent, alors que la Grille Marcé formalise le recueil d'informations sur l'enfant, de façon indépendante de celles de la mère. La Grille Marcé utilisée dans le cadre de cette intervention est valide en clinique pour les enfants âgés entre 2 et 6 mois.

Il faut à l'intervenante entre 15 et 30 minutes, tout dépendant de son expérience, pour compléter la grille à partir de la moyenne de ses observations. Cela demande donc à l'intervenante d'observer finement les interactions mère-bébé lors de chacune de ses rencontres. Par contre, l'intervenante ne remplit une grille qu'à trois reprises durant l'intervention (T2, T7 et T12). Cela est suffisant pour permettre à l'intervenante de garder une trace de l'évolution des interactions et au besoin, de se servir de la grille comme soutien dans les transmissions cliniques sur l'état et l'évolution de l'enfant.

Évaluation du stress maternel

Les facteurs de stress pré, per et postnatal sont nombreux au sein des familles vulnérables et peuvent affecter de façon importante l'état émotif de la mère qui, à son tour, peut modifier le type de soins qu'elle procurera à son bébé. Pour cette raison, cette variable modératrice est évaluée en pré (T1) et post-test (T11), au moyen de l'Indice de Stress Parental (Bigras, LaFrenière, & Abidin, 1996) (Annexe XXII), version française du Parenting Stress Index (Abidin, 1983). L'Indice de Stress Parental est un questionnaire de 101 items qui permet d'évaluer les difficultés que le parent éprouve lorsqu'il éduque son enfant âgé de 0 à 10 ans. Les items qui le composent appartiennent à deux catégories principales de stressseurs pour les parents : la première reliée au domaine de l'enfant (comportements, attitudes, caractéristiques de l'enfant); la deuxième au domaine du parent (conditions, rôle, sentiment de compétence, etc.). Le parent fournit ses réponses sur une échelle variant de 1 à 5 (Bigras et al., 1996).

La passation se fait en entrevue individuelle. L'intervenante pose les questions et vérifie que la mère les comprend. Elle encourage la mère à répondre à chaque question en encerclant une seule réponse. La passation dure entre 20 et 45 minutes. La version longue a été validée au Québec. Nous disposons donc de normes québécoises ainsi que de percentile. Suite à la rencontre, l'intervenante entre les chiffres sélectionnés par la famille dans le fichier Excel qui calcule les scores (15 minutes). Elle obtient alors 16 scores à interpréter soit un score total, un score total à l'échelle reliée à l'enfant, un score total à l'échelle reliée au parent, un score à chacune des 6 sous-échelles liées à l'enfant et un score à chacune des 7 sous-échelles liées au parent. Selon les normes québécoises, le parent qui obtient un score total de stress élevé (284 et +) devrait être soutenu dans son rôle de parent par un professionnel. Un score extrêmement faible (en dessous de 175) peut aussi être un indice de difficulté de fonctionnement dans le système parent-enfant. Le score normal de stress parental varie entre 180 et 250. Le manuel francophone de l'Indice de Stress Parental (Bigras et al., 1996) fournit l'ensemble des informations nécessaires à l'interprétation (45 minutes) des résultats obtenus par la famille. Le tableau 6 fournit de plus amples informations à propos (a) des instruments de mesure (b) des cibles et des sources d'évaluation (c) des variables dérivées (d) de la nature des mesures (e) des caractéristiques psychométriques et (f) des temps de mesure.

Tableau 6 : Évaluation des effets

Objectifs évalués	Instruments de mesure (type)	Cible de l'évaluation	Source d'évaluation	Variabiles dérivées (nombre d'items)	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques	Temps de mesure ²
<p>1. La mère augmentera ses connaissances sur les caractéristiques spécifiques de son bébé.</p> <p>2. Favoriser l'acquisition des capacités d'autorégulation chez le nourrisson</p>	<p>Newborn Behavioral Observations (Nugent et al., 1997)</p> <p>Outil d'observation</p>	Enfant	Intervenante	<p>Habitude (2)</p> <p>Tonus musculaire et réflexes (6)</p> <p>Orientation et comportements sociaux (5)</p> <p>Pleurs et consolabilité (2)</p> <p>Régulation des états et réponse au stress (3)</p>	<p>Likert en 3 points</p> <p>3=facile/fort/bonne/peu/facilement/organisé/modulé</p> <p>2= quelque difficulté/modéré/assez bonne/parfois/avec soutien/moyen</p> <p>1=grande difficulté/faible/beaucoup/avec difficulté/désorganisé/très élevé ou bas</p>	<p>Étude sur l'utilité du NBO (Philliber, 2001)</p> <p>Parents apprennent de nouvelles choses sur leur bébé (p<.01)</p> <p>Parents deviennent de meilleurs observateurs (p<.001)</p>	T1, T11
<p>1. La mère augmentera ses connaissances sur le développement global d'un nourrisson.</p>	Questionnaire maison	Mère	Mère	<p>Activités à réaliser</p> <p>Soins à prodiguer</p> <p>Principaux besoins</p> <p>Stade de développement du nourrisson (3)</p>	<p>Réponses courtes de nature qualitative</p> <p>Réponse appropriée=2</p>	Non disponibles	T2, T4, T12
<p>2. La mère augmentera ses connaissances sur les caractéristiques spécifiques de son bébé.</p>	Questionnaire			<p>Compétences du bébé</p> <p>Difficultés du bébé</p> <p>Préférences du bébé</p>	<p>Réponse incorrecte=1</p> <p>Incomplet=0</p>		

² Pré-test : T1-T2; Implantation de l'intervention : T3-T10; Post-test : T11-T12

<p>La mère développera sa sensibilité parentale.</p> <p>1. La mère augmentera ses habiletés à reconnaître les signaux utilisés par son bébé pour indiquer ses états internes.</p> <p>2. La mère augmentera ses habiletés à interpréter avec justesse les signaux de son bébé.</p> <p>3. La mère augmentera ses habiletés à sélectionner et à appliquer rapidement une réponse juste et appropriée aux signaux de son bébé.</p>	<p>Mini-Q-Sort des comportements maternels (Pederson, Morant & Bento, 1999)</p> <p>Tri-de-cartes</p>	<p>Mère Interaction dyadique</p>	<p>Intervenante</p>	<p>Synchronie (7)</p> <p>Conscience (5)</p> <p>Communication positive (6)</p> <p>Enseignement (4)</p>	<p>Typique = 1</p> <p>Neutre =2</p> <p>Atypique =3</p> <p>○ = comportement typique d'une mère sensible</p> <p>□ = comportement atypique d'une mère sensible</p>	<p>Bonne validité prédictive</p> <p>Bonne validité convergente</p> <p>Score de sensibilité : $r = .99$</p> <p>Forte consistance interne</p> <p>M=.32, SD=.59 distribution entre -.87 et .95</p> <p>Alpha de .55 à .94</p>	<p>T1, T2, T3, T4, T5 T6, T7, T8 T9, T10, T11, T12</p>
<p>1. La mère augmentera son niveau de proximité physique et affective avec son bébé.</p>	<p>Grille Marcé (Poinso & Glangeaud-Freudenthal, 2009)</p> <p>Grille d'observation</p>	<p>Mère Enfant Interaction dyadique</p>	<p>Intervenante</p>	<p><u>Point de vue de l'enfant</u> Interactions corporelles (3) Interactions visuelles (3) Interactions vocales (3) Interactions faciales (2)</p> <p><u>Point de vue de la mère</u> Interactions corporelles (3) Interactions visuelles (3) Interactions vocales (3) Interactions faciales (1)</p> <p><u>Appréciation globale</u> Interactions corporelles (3) Interactions visuelles (3) Interactions vocales (3)</p>	<p>Likert en 5 points</p> <p>ou</p> <p>0= interaction optimale</p> <p>5= interaction pauvre</p>	<p>Les analyses multivariées sur les données 2001-2007 concernant la Grille Marcé sont en cours.</p>	<p>T2, T7, T12</p>

Stress parental (variable modératrice)	Indice de Stress Parental (Bigras, LaFrenière, & Abidin, 1996) Questionnaire	Mère	Mère	<u>Informations sur l'enfant</u> Distraction-hyperactivité (9) Adaptabilité (11) Renforcement (6) Exigence (9) Humeur (5) Acceptabilité (7) <u>Informations sur le parent</u> Sentiment de compétences parentales (13) Isolement social (6) Attachement à l'enfant (7) Santé du parent (5) Restrictions (7) Dépression (9) Relation conjugale (7)	Échelle de type Likert en 5 points 1 = Profondément d'accord 2= D'accord 3= Pas certain 4= En désaccord 5= Profondément en désaccord Interprétation de scores bruts et percentiles	Bonne stabilité temporelle : coefficients de Spearman .82 (domaine de l'enfant) et .71 (domaine du parent) Bonne validité concurrente et discriminante Alpha de Cronbach pour le stress total = .93 Coefficient de consistance interne pour le score total de stress = .93	T1, T11
---	---	------	------	--	---	--	------------

3. RÉSULTATS

3.1 *Évaluation de la mise en œuvre*

Cette section est réservée à la comparaison de l'intervention planifiée avec celle qui a bel et bien été implantée. Rappelons que l'évaluation de l'implantation de l'intervention répond à plusieurs besoins : (a) bien comprendre l'intervention (b) identifier ses forces et ses faiblesses, et (c) évaluer et expliquer les écarts quant à l'intervention planifiée initialement. Les informations collectées permettent donc de stimuler la réflexion concernant l'atteinte ou non des objectifs en permettant d'identifier rapidement les variables ayant pu jouer un rôle.

L'intervention comportant huit visites à domicile a été animée comme prévu auprès de dyades mère-nourrisson fréquentant le Centre Premier Berceau sans changements majeurs dans l'implantation de l'intervention. Aucun changement ne fut apporté au but et aux objectifs proximaux de l'intervention. Tel que prévu, (a) la sensibilité parentale (b) la proximité (c) l'engagement et (d) la réciprocité sont les dimensions de la qualité des soins qui ont été considérées dans le processus d'intervention. Les composantes (a) code et procédures (b) système de responsabilités et (c) système de reconnaissance n'ont pas fait l'objet d'évaluation formelle. Pour l'évaluation de la mise en œuvre, il sera question (a) de la sélection des participants (b) de la conformité du programme et contenu (c) du contexte temporel et du degré d'exposition à l'intervention (d) des stratégies de gestion des apprentissages et des comportements (e) du contexte spatial (f) de l'animation (g) de la qualité de la participation (h) de la satisfaction des participants et enfin (i) du débordement de l'intervention préventive.

3.1.1 *Les participants : caractéristiques et recrutement*

Trois dyades mère-enfant fréquentant le Centre Premier Berceau ont été recrutées, selon la procédure prévue, pour participer à l'intervention. Cependant, la famille #570, famille multipare originaire du Burkina Faso, n'a participé qu'au pré-test et à la première rencontre d'intervention étant donné un départ planifié pour l'Afrique. Elle ne sera donc pas considérée pour la suite des analyses. Les deux autres familles qui ont, pour leur part, complété l'intervention, répondaient aux critères d'admission du Centre et possédaient les caractéristiques de base suivantes : (a) en attente d'un premier enfant (b) de faible statut socio-économique et (c) dont l'histoire de vie a mené à une vulnérabilité psychologique et/ou sociale. Le tableau 7 dresse le portrait des deux familles et permet d'apprécier leurs différences ainsi que leurs ressemblances. La non-équivalence des caractéristiques

sociodémographiques des mères sera à prendre en considération lors de l'interprétation des effets puisqu'elle pourra potentiellement expliquer l'atteinte différentielle des objectifs de l'intervention.

Tableau 7 : Portrait sociodémographique des familles ayant participé à l'intervention.

Portrait de la famille	#1082	#1108
Âge	18 ans	21 ans
Niveau de scolarisation	Secondaire 1 complété	Secondaire 4 complété
Pays d'origine	Canada	Guinée
Date d'arrivée		18-10-2005
Statut	Citoyenne	Résidente permanente
Famille au Canada	Oui	Oui
Revenu	Moins de 20 000 \$	Moins de 20 000 \$
Conditions de vie	Déménagement récent, sa mère habite parfois avec elle	À la recherche d'un logement, habite chez sa mère
Santé	Opération mineure prévue le 18 octobre 2010	Avortement en mai 2008
Psychologique	Se dit très introvertie, conflits avec sa mère	Conflits avec sa mère
Père biologique reconnu	Non, mère monoparentale	Oui, originaire du Mali, citoyen canadien vivant à Laval

Les familles qui ont participé à l'intervention ont été assignées à la psychoéducatrice selon la procédure prévue. Elles étaient à l'aube d'entreprendre un suivi du développement pour leur bébé né respectivement le 20-05-2010 (#1082) et le 08-07-2010 (#1108). En ce qui concerne les bébés, ils n'ont effectivement pas été sélectionnés en fonction (a) de signes d'irritabilité néonatale (b) d'un tempérament difficile et/ou (c) de difficultés d'autorégulation. Par contre, le bébé #1082 était âgé de 3 mois au début de l'intervention alors que le bébé #1108 respectait le critère initial et était âgé de 2 mois au début de l'intervention. Rappelons aussi que la cible prioritaire de cette intervention ne concernait ni le parent, ni l'enfant, mais bien la dyade mère-enfant. Les mères qui ont participé à l'intervention manifestaient au pré-test des comportements forts différents à l'endroit de leur bébé et cela peut, bien entendu, avoir eu un impact sur l'effet de l'intervention.

3.1.2 Programme et contenu : conformité

Après chaque rencontre (T3 à T10), une liste de vérification a été complétée par l'intervenante afin de vérifier (a) la conformité des thèmes abordés (b) du dosage et (c) des stratégies de gestion des apprentissages. Comme prévu, l'intervention a été présentée aux mères comme un atelier de stimulation de l'enfant. En analysant les données recueillies, il a été constaté qu'à l'exception de deux rencontres pour la famille #1082 (T9 et T10) et d'une rencontre pour la

famille #1108 (T4), chacune des huit visites à domicile a comporté une activité interactive filmée suivie d'une rétroaction vidéo et d'une discussion sur un thème spécifique.

Les activités ludiques proposées pour l'interaction filmée ont été choisies parmi une banque d'activités. Lors des deux dernières rencontres d'intervention (T9 et T10), le bébé #1082 dormait. Les activités *Visage impassible* et *Tout nouveau, tout beau*, n'ont donc pas pu être réalisées avec cette dyade. Cependant, la mère a été invitée à reproduire l'activité *Visage impassible* pendant la semaine et un retour sur le vécu de cette activité fut effectué à la rencontre suivante. En ce qui concerne la famille #1108, bébé a dormi pendant toute la deuxième rencontre (T4). L'activité *Quand je serai grande* n'a donc pas été réalisée avec cette dyade. Les visites ont été structurées de manière à couvrir les différents axes d'intervention prévus afin d'éviter le plus possible que cela ait un impact sur les effets de l'intervention. Malgré ces précautions, il sera nécessaire d'en tenir compte lors de l'évaluation des effets de l'intervention. Les discussions ont été orientées en fonction des besoins de chaque dyade. 100 % des cinq grands thèmes à composante éducative et thérapeutique; à savoir (a) la découverte (b) la proximité physique (c) le contact affectif (d) la communication et (e) l'engagement, ont été abordés avec les familles au moment prévu dans la planification de l'intervention. L'ensemble de la documentation a également été remise aux familles.

3.1.3 Contexte temporel de l'intervention

L'intervention devait s'échelonner sur deux mois et comporter huit visites à domicile d'une durée moyenne de 120 minutes.

Calendrier des rencontres

Les familles devaient recevoir la visite de la psychoéducatrice une fois par semaine. Dans les faits, seule la dyade #1082 a été exposée au contenu de l'intervention avec la constance prévue; les douze rencontres ayant été réalisées consécutivement à une semaine d'intervalle entre le 5-08-2010 et le 21-10-2010. Avec la dyade #1108, les six premières rencontres ont été réalisées consécutivement à une semaine d'intervalle entre le 19-08-2010 et le 23-09-2010. Par la suite, il y eut deux semaines sans intervention soit le 30-09-2010 et le 7-10-2010 (la mère a quitté le domicile familial pour aller vivre chez son conjoint). L'intervention a repris le 14-10-2010 au T7 et s'est poursuivie jusqu'au T10 (4-11-2010) sans interruption. La famille ne pouvant me recevoir le 11-11-2010 pour le post-test (rendez-vous au CLSC pour le vaccin de bébé), l'ensemble des mesures post

intervention ont été recueillies au T12 soit le 18-11-2010. En somme, ces interruptions pourraient avoir eu un impact sur la rétention des acquis chez cette dyade.

Structure des rencontres

Dans la planification initiale de l'intervention, chaque rencontre devait comprendre (a) une phase d'accueil et de préparation d'une durée maximum de 25 minutes (b) une phase de réalisation d'une durée de 70 minutes incluant l'activité interactive filmée (3 à 15 minutes), le visionnement de l'enregistrement vidéo (15-20 minutes) et la discussion (30 minutes) et (c) une phase d'intégration et de départ d'une durée maximum de 25 minutes. La figure 2 témoigne de ce qui a été effectivement réalisé.

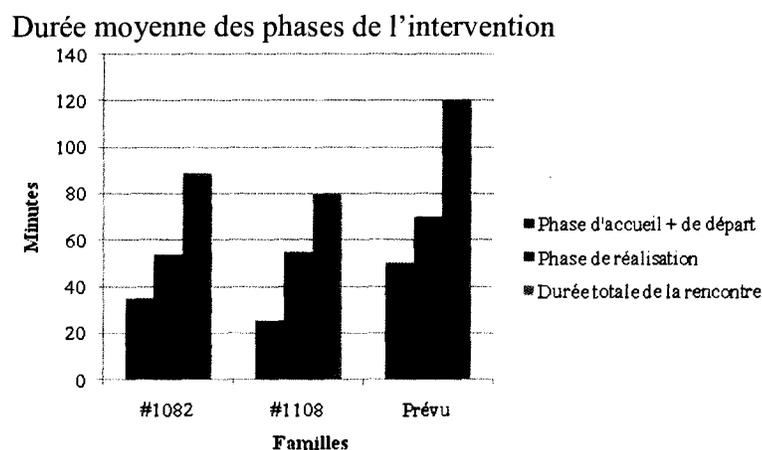


Figure 2. Durée moyenne (en minutes) consacrée à chaque phase de l'intervention.

Il est possible de constater que les périodes consacrées à la phase d'accueil et de préparation ainsi qu'à la phase d'intégration et de départ, n'ont jamais excédé le maximum de temps prévu. La durée totale moyenne des rencontres a été de 89 minutes pour la dyade #1082 et de 80 minutes pour la dyade #1108 alors que la planification initiale prévoyait une durée moyenne de 120 minutes. Il est à noter que certaines rencontres effectuées avec la famille #1108 ont été de plus courte durée, entre 60 minutes et 75 minutes, puisque la dyade n'éprouvait aucune difficulté au niveau de ces composantes du lien mère-enfant (contact affectif et communication). L'expérience acquise par l'intervenante auprès de la famille #1082 et sa meilleure appropriation des contenus à transmettre peut aussi expliquer la durée moindre des rencontres auprès de la famille #1108.

Il est également possible d'observer que contrairement aux 70 minutes prévues, la phase de réalisation a été d'une durée moyenne de 54 minutes pour la famille #1082 et de 55 minutes pour la famille #1108. Par ailleurs, il est à noter que l'ordre dans lequel les trois étapes principales de la

phase de réalisation ont été présentées aux mères a varié en fonction de la situation vécue dans la famille le jour de la visite à domicile. De plus, lors de certaines rencontres, tantôt la discussion, tantôt l'activité interactive devait être interrompue pour répondre aux besoins du bébé, la plupart du temps, pour le boire ou encore devait être écourtée étant donné les signes de fatigue du bébé. Le tableau 8 précise la durée moyenne de chacune des étapes de la phase de réalisation en comparaison avec ce qui était prévu.

Tableau 8 : Durée moyenne (en minutes) de chaque étape de la phase de réalisation.

Composantes	#1082	#1108	Prévu
Activité interactive	5,16	5	3 à 15
Phase de rétroaction	17,5	17,1	15 à 20
Discussion	31,25	32,5	30
Total	53.91	54.6	70

Dans l'ensemble, il faudra prévoir que les changements au niveau du contexte temporel peuvent avoir influencé négativement l'atteinte des objectifs de l'intervention.

3.1.4 Degré d'exposition à l'intervention

Bien entendu, les changements au niveau du contexte temporel ont eu un impact sur le degré d'exposition des dyades à l'intervention. Les données sur le degré d'exposition proviennent du journal de bord complété par l'intervenante à la fin de chacune des rencontres (T3 à T10). En faisant référence au tableau 8, il est possible de déduire que les familles #1082 et #1108 ont été respectivement exposées à 77 % et 78 % de la phase de réalisation. Au total, le temps alloué en moyenne aux rencontres effectuées avec la famille #1082 représente 74 % du temps prévu et 67 % pour la famille #1108. Tel qu'illustré dans le tableau 9, les familles ont participé à 100 % des rencontres et des discussions. Par contre, la famille #1082 a participé à 75 % des activités interactives et des rétroactions vidéo alors que la famille #1108 a été exposée à ces composantes dans une proportion de 87.5 %. Cela peut avoir eu un impact important sur l'atteinte ou non des objectifs de l'intervention, principalement pour la dyade #1082.

Tableau 9 : Degré d'exposition à l'intervention et à ses principales composantes (nombre d'activités réalisées).

Composantes	#1082	#1108	Prévu
Activité interactive	6	7	8
Phase de rétroaction	6	7	8
Discussion	8	8	8
Rencontre	8	8	8

3.1.5 Stratégies de gestion des apprentissages

Pour favoriser les apprentissages, l'intervenante a adopté, tel que suggéré, l'approche des petits pas en respectant les besoins et le rythme tant des mères que des enfants et en tenant compte des valeurs des familles participant à l'intervention. L'intervenante s'est également assurée de souligner les efforts du parent aussi souvent que possible. Comme planifié, l'intervenante a utilisé le génogramme lors de la première visite d'intervention (T3) afin de créer un premier lien avec les mères. Par la suite, les différentes stratégies permettant aux mères d'apprendre de nouvelles façons d'être et de se comporter avec leur enfant ont été déployées dans les proportions illustrées par les figures 3 et 4.

Stratégies de gestion des apprentissages

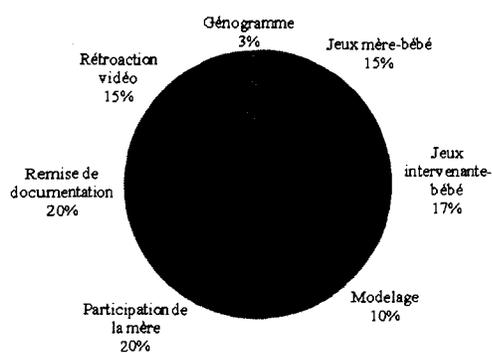


Figure 3. Répartition (en %) des différentes stratégies utilisées auprès de la famille #1082

Stratégies de gestion des apprentissages

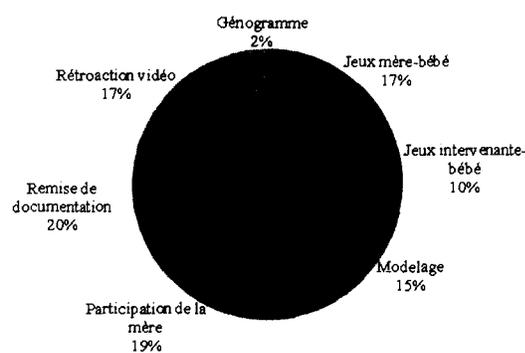


Figure 4. Répartition (en %) des différentes stratégies utilisées auprès de la famille #1108

Il est possible de constater que la principale stratégie de gestion des apprentissages qui devait être utilisée tout au long de l'intervention, soit la rétroaction vidéo, n'obtient pas le plus haut pourcentage, et ce, pour les deux familles. Cela peut s'expliquer par le fait que les rétroactions n'ont pas pu être réalisées lors des T9 et T10 avec la famille #1082 et lors du T4 avec la famille #1108 puisque les activités interactives filmées n'ont pas été animées (les bébés dormaient). Par contre, chaque fois qu'une rétroaction vidéo fut possible, l'intervenante a respecté la procédure prévue (organisation, consigne, interventions verbales, défis graduels). La planification initiale prévoyait que le jeu serait un des moyens privilégiés étant donné son importance dans la vie du jeune enfant et qu'il permet de créer un espace relationnel en multipliant les opportunités de communication et de coopération. Cela fut réellement le cas dans l'implantation de l'intervention puisque (a) les jeux mère-bébé (b) les jeux intervenante-bébé (p. ex. : imitations, réponse aux vocalisations du bébé) et (c) le modelage (p. ex. : emmaillotement, activités à réaliser, retournements) représentent 42 % des

stratégies de gestion des apprentissages utilisées auprès des familles. La rétroaction vidéo et le jeu représentent donc à eux seuls plus de la moitié des stratégies employées.

3.1.6 Stratégies de gestion des comportements

Tel que planifié, l'intervenante a tenu compte des caractéristiques des dyades mère-enfant dans le choix des techniques d'intervention à utiliser. Rappelons qu'il s'agissait d'une banque d'attitudes à privilégier et non d'un cadre rigide. Par ailleurs, les techniques d'intervention ne revêtaient aucun caractère d'automatisme et ne s'appliquaient qu'à la lumière des considérations liées à une situation particulière. Ici, il est important de noter que l'intervenante a dû composer, à l'exception de deux rencontres, avec la présence de la grand-mère maternelle, dans le cadre des visites au domicile de la famille #1082. Les règles claires devant être mises en place dès le départ pour aménager un espace particulier à la dyade ciblée ont été respectées. Par contre, le caractère intrusif de la présence de cet adulte, présence par ailleurs non souhaitée par la mère, a créé quelques tensions. Cela a parfois eu un impact sur le déroulement des activités et sur la disponibilité de la mère.

3.1.7 Contexte spatial

Comme convenu, l'intervention s'est déroulée à domicile. Par contre, elle n'a pas eu lieu dans un environnement idéal, c'est-à-dire dans une pièce avec lumière tamisée, tranquille et sans interruptions pendant la rencontre. Avec la famille #1082, les deux rencontres de pré-test ainsi que la première rencontre d'intervention se sont déroulées à l'extérieur, dans la cour arrière puisque l'appartement était très encombré suite au déménagement récent de la famille. Par la suite, l'intervenante a demandé la permission au parent pour aménager la cuisine afin de réduire les sources de stimulation pour le bébé. En ce qui concerne la famille #1108, les six premières visites se sont déroulées dans le salon de la résidence de la grand-mère maternelle. La pièce étant particulièrement sombre, il a parfois été difficile d'installer la caméra de façon à pouvoir bien capturer les moments d'échanges mère-enfant. Les quatre dernières rencontres d'intervention se sont déroulées au domicile du conjoint de la mère. L'absence de conditions spatiales optimales pour réaliser l'intervention a pu avoir des impacts sur les effets de celle-ci. Malgré tout, l'intervenante s'est assurée de demeurer à égale distance de la mère et du bébé, ni trop près, ni trop loin afin de ne pas être intrusive dans la relation, mais de pouvoir observer les interactions.

3.1.8 Animation : Qualité de la mise en application

Tel que planifié, l'intervenante a consigné dans un journal de bord le déroulement des visites à domicile (T3-T10) en prenant soin d'analyser la qualité de la mise en application, plus spécifiquement, l'actualisation de ses schèmes relationnels et l'application des opérations professionnelles. Tel qu'il est possible de l'observer à la figure 5, au début de l'intervention auprès de la dyade #1082, la confiance de l'animatrice n'était que de 70 %. Elle utilisait alors pour la première fois la rétroaction vidéo et devait, par ailleurs, composer avec la présence de la grand-mère maternelle. Rapidement, il a été possible de trouver des modalités de régulation interactive afin de demeurer à égale distance de chacune des personnes en présence. Le faible score obtenu au T5 pour l'animation auprès de la famille #1082 s'explique par le fait que la chaleur indisposait considérablement l'intervenante qui en plus avait faim, d'où sa faible disponibilité. Par la suite, on peut constater que le sentiment de compétence de l'animatrice a eu tendance à augmenter. Lors des deux dernières rencontres (T9 et T10), l'intervenante a également noté une bonne actualisation de sa congruence et de sa capacité d'écoute empathique.

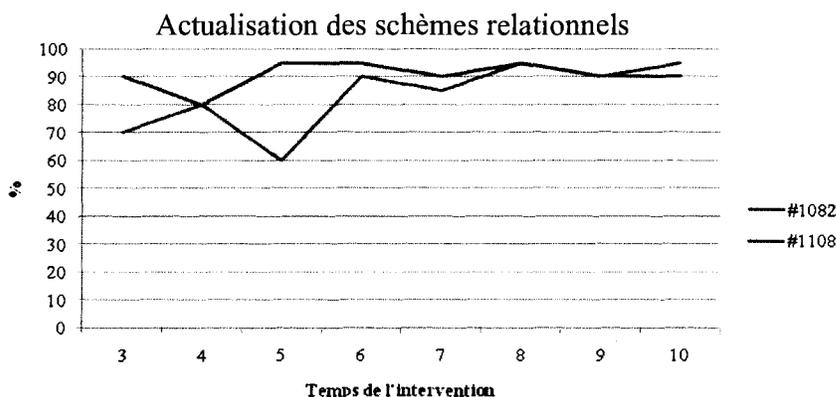


Figure 5. Perception de l'intervenante du pourcentage d'actualisation de ses schèmes relationnels tout au long de l'animation de l'intervention.

D'emblée, il a été plus facile pour l'intervenante d'actualiser ses schèmes relationnels dès le début de l'intervention auprès de la dyade #1108 étant donné l'expérience de l'animation déjà entamée avec la famille #1082. Cela explique l'écart observé à la figure 5 entre les scores que l'intervenante s'est attribués au T3. À l'exception de la deuxième rencontre (T4) où la télévision ouverte et la maladie ont eu un impact sur la disponibilité de l'intervenante, l'animatrice a su actualiser sa confiance, sa congruence et son empathie tout au long de l'intervention auprès de la famille #1108. Le plaisir était davantage au rendez-vous puisque l'intervenante ne se sentait pas dans l'obligation d'offrir une performance contrairement au vécu des premières rencontres avec la

famille #1082. La légère diminution du score au T7 témoigne du stress vécu par l'intervenante étant donné le changement du lieu de la rencontre et la reprise de l'intervention après deux semaines d'interruption. En résumé, l'intervenante a pu remarquer que sa capacité à être à l'écoute de sa résonance subjective en intervention s'est améliorée dans le temps. Cela a pu avoir un impact sur la possibilité d'exercer une influence éducative positive sur les familles accompagnées.

Concernant l'application des opérations professionnelles, l'intervenante a jugé que (a) son organisation (b) sa planification et (c) son animation étaient de bonne qualité au début de l'intervention auprès de la dyade #1082. Elle a situé le niveau de base à 75 % tel qu'illustré par la figure 6. Au fil du temps, sa capacité à ajuster le rythme de la rencontre en fonction des événements et à utiliser les situations pour permettre au parent d'approfondir sa réflexion n'a pas été constante. Les rencontres qui ont été les mieux notées sont celles où (a) l'intervenante a été capable de faire des liens avec le vécu des rencontres précédentes et de se réajuster sur-le-champ afin de respecter le rythme de la dyade et où (b) elle a su identifier les enjeux personnels et relationnels des mères lui permettant de profiter des opportunités d'utilisation pour susciter des prises de conscience et la généralisation des acquis. Il en va de même pour l'actualisation des opérations professionnelles dans le cadre des rencontres avec la famille #1108. Le plus faible score obtenu au T6 résulte d'une critique de la planification; l'intervenante jugeant qu'il aurait été pertinent de prévoir une poupée pour faire les démonstrations liées au thème de discussion. Enfin, la légère diminution du score observé à la dernière rencontre avec la dyade #1108 s'explique par les complications techniques occasionnées par le brie du fil de la caméra.

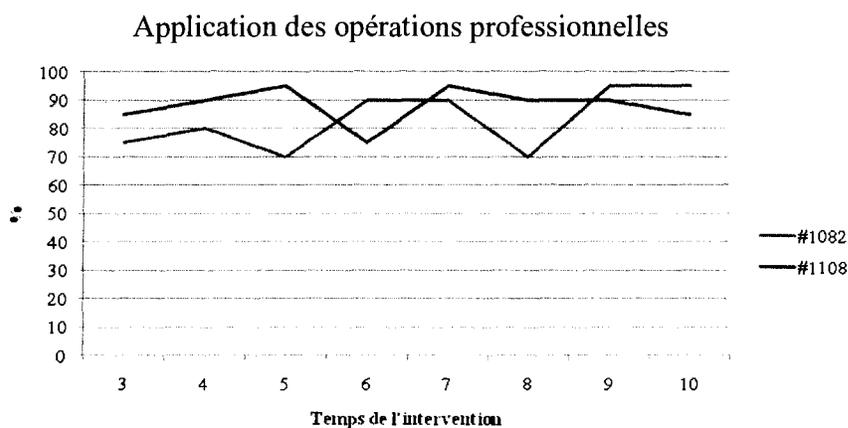


Figure 6. Perception de l'intervenante du pourcentage d'application des opérations professionnelles tout au long de l'animation de l'intervention.

3.1.9 Évaluation formelle des autres composantes retenues pour l'évaluation de l'implantation

Qualité de la participation

Pour évaluer la qualité de la participation des mères (a) à l'activité interactive (b) à la rétroaction vidéo et (c) à la discussion, une grille d'évaluation maison a été complétée en alternance par l'intervenante (T3-T5-T7-T9) et par les mères (T4-T6-T8-T10). En observant la figure 7, il est possible de constater qu'il existe un écart assez important entre les perceptions de la mère #1082 et celles de l'intervenante eu égard à la qualité de la participation de la mère. Par contre, les deux évaluatrices s'accordent sur le fait que la participation à la rétroaction vidéo a été de meilleure qualité, suivi par la participation à l'activité interactive et au dernier rang, la participation à la discussion.

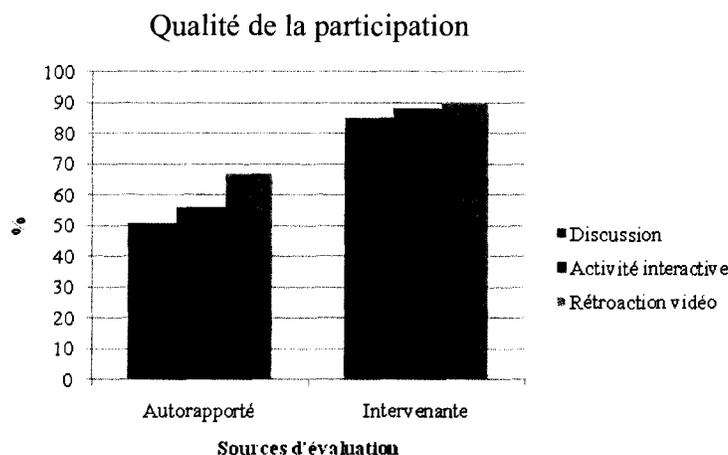


Figure 7. Scores moyens (en pourcentage) obtenus par la mère #1082 pour la qualité de sa participation à chacune des composantes de l'intervention tels qu'autorapportée par la mère et évaluée par l'intervenante.

Tout au long de l'intervention, la mère a démontré son intérêt lors du visionnement des enregistrements vidéo et a accepté volontiers de réaliser chacune des activités interactives proposées. La mère #1082 a témoigné de sa grande exigence de performance qui peut expliquer, du moins en partie, les plus faibles scores de l'autoévaluation. Il est à noter que la perception de la mère eu égard à la qualité de sa participation a évolué dans le temps. Lors de la dernière rencontre (T10), la mère a partagé qu'elle trouvait plus difficile de se laisser aller dans le jeu au début de l'intervention puisqu'elle était un peu gênée et nerveuse. Dans le cadre de la rétroaction vidéo et de la discussion, la mère est peu à peu passée d'une position d'écoute et d'apprentissage à une prise de

parole et un partage du vécu. En somme, pour cette mère, la qualité de la participation allait de pair avec son sentiment de compétence et de confiance lors des rencontres.

La figure 8 illustre les scores moyens obtenus par la mère #1108 pour sa participation à chacune des composantes de l'intervention.

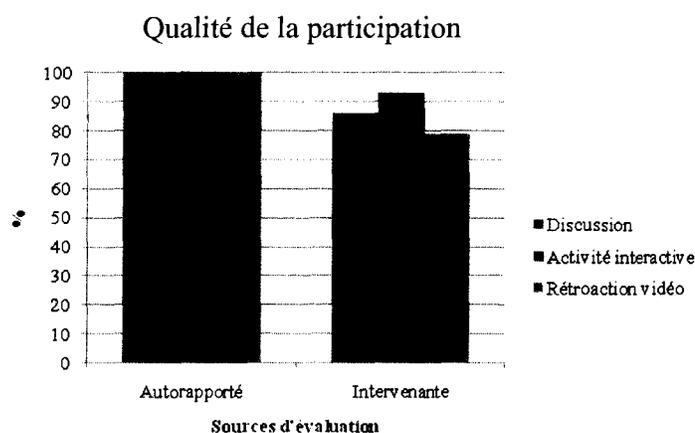


Figure 8. Scores moyens (en pourcentage) obtenus par la mère #1108 pour la qualité de sa participation à chacune des composantes de l'intervention tels qu'autorapportée par la mère et évaluée par l'intervenante

D'emblée, il est possible d'observer que la mère s'est octroyé un score parfait de participation. À la lecture des grilles d'évaluation maison, l'intervenante a constaté que la mère, dans ses commentaires qualitatifs, parlait de son appréciation (a) de l'activité interactive (b) de la rétroaction vidéo et (c) de la discussion et (d) décrivait les apprentissages qu'elle avait réalisés. Il faut donc être prudent dans l'interprétation de ses résultats puisqu'il s'agit davantage d'un score d'appréciation de l'intervention plutôt qu'un score autorapporté sur la qualité de la participation. Du point de vue de l'intervenante, la mère #1108 a fait preuve d'une participation exemplaire aux activités interactives en s'impliquant dans les jeux avec son bébé et en respectant les consignes données. Lors des discussions, des échanges significatifs sur les thèmes abordés ont été possibles; la mère acceptant de partager des moments de vécu avec son bébé. Enfin, il est à noter que la qualité de la participation de la mère à la rétroaction vidéo a connu une évolution dans le temps, passant d'un score de 60 % au T3 à un score de 90 % au T9. En général, les deux mères ont eu une bonne qualité de participation, laquelle se situe entre 85 % et 90 % pour la mère #1082 et entre 79 % et 93 % pour la mère #1108.

Satisfaction des participants

Au terme de l'intervention (T10), les mères étaient invitées à donner leur appréciation de l'ensemble des visites et de la qualité de l'animation dans le cadre d'une courte entrevue qualitative. Cette entrevue a permis de faire un bilan avec les mères et d'évaluer si l'intervention a répondu aux attentes et besoins des familles. Cela a aussi permis de prendre note des changements perçus par les mères dans les comportements de leur bébé et au niveau de leurs connaissances eu égard au développement de leur enfant.

L'analyse du contenu des réponses données par chacune des mères aux questions de l'entrevue dirigée révèle d'abord que l'intervention a répondu à leurs besoins et leurs attentes. Eu égard à leur bébé, les mères ont toutes deux rapporté qu'elles ont observé beaucoup de changements positifs chez leur enfant entre le début et la fin de l'intervention. Elles mentionnent plus particulièrement les progrès réalisés dans le domaine de la communication comme en témoigne la réponse suivante de la mère #1108 :

Ma fille a fait beaucoup de progrès. Elle manifeste plus d'intérêt pour être en interaction avec les objets. Elle vocalisait peu au début et maintenant elle a un désir clair de communication.

À la question concernant le développement de connaissances eu égard à leur bébé et son développement, les mères expliquent qu'elles ont fait de nombreux apprentissages qui leur permettent maintenant de mieux décoder les besoins de leur enfant et d'y répondre tout en ayant davantage de certitudes à propos des compétences que possèdent ou devraient posséder leur bébé à son âge. La mère #1082 répond :

Au début, j'y allais au jour le jour. J'avais des connaissances de base, mais maintenant je peux prévoir les étapes de développement à venir. J'ai appris à quoi ça sert ce que je fais avec mon bébé et ce que ça apporte à son développement.

Par ailleurs, les mères rapportent que l'utilisation de la rétroaction vidéo leur a permis de prendre conscience de certaines compétences chez leur bébé auxquelles elles n'avaient pas porté attention auparavant et d'être attentives aux petits détails de l'interaction moins facilement observable dans le ici et maintenant. Les mères soulignent aussi leur appréciation de l'animation des discussions, lesquelles leur ont permis de développer leur sentiment de compétence et de se sentir soutenues et encouragées dans les soins qu'elles donnent à leur bébé. La mère #1082 ajoute :

J'ai apprécié de recevoir des renseignements moins généraux, mais vraiment spécifiques à mon bébé. Ça m'a permis de développer ma confiance et de répondre avec assurance aux autres lorsqu'il me demande pourquoi mon bébé réagit comme ci, comme ça.

En somme, la perception subjective des mères est positive. Elles se disent très satisfaites de l'intervention. La mère #1108 conclue l'entrevue en disant : « C'était amusant et j'ai beaucoup appris! ».

Débordement de l'intervention préventive

Une vérification des interventions dont les familles ont bénéficié en dehors de l'intervention proposée a été effectuée, comme convenu, à la fin de l'intervention (T11) au moyen de la consultation du dossier informatisé des familles et des intervenants impliqués auprès de chacune d'elles. Bien entendu, ces autres services de relation d'aide dont ont bénéficié les familles pendant l'intervention peuvent avoir joué un rôle et ne permettront pas d'affirmer que seule l'intervention est responsable de l'atteinte des objectifs.

Lors de la première rencontre de post-test (T11), l'intervenante a questionné la mère #1082 à savoir si elle avait participé à d'autres activités ou reçu d'autres services de relation d'aide pendant la durée de l'intervention. Tel qu'indiqué au tableau 10, la mère a mentionné ses deux rendez-vous avec son thérapeute et a affirmé qu'elle n'avait pas rencontré l'infirmière du CLSC ni l'intervenante en santé du Centre depuis son postnatal immédiat.

Tableau 10 : Débordement de l'intervention préventive pour la famille #1082.

#1082	Rencontres avec des intervenants internes ou externes pendant la durée de l'intervention
10-09-2010 (T6)	Séance de thérapie familiale
01-10-2010 (T9)	Séance de thérapie familiale

La consultation du dossier informatisé de la famille #1108 a permis de déterminer qu'elle ne s'est jamais présentée aux rendez-vous prévus avec son intervenant principal (thérapeute) pendant la durée de l'intervention. Par contre, comme en témoigne le tableau 11, la mère a reçu d'autres services pendant l'intervention, lesquels toutefois, n'entraient pas en conflit avec les composantes de l'intervention.

Tableau 11 : Débordement de l'intervention préventive pour la famille #1108.

#1108	Rencontres avec des intervenants internes ou externes pendant la durée de l'intervention
23-08-2010 (T2)	Le CLSC pense se retirer du dossier puisqu'un suivi santé est assuré par le Centre Premier Berceau. Visite postnatale de la nutritionniste : prise de poids du bébé, remise de suppléments Avec la travailleuse sociale : démarches pour allocations fédérales et provinciales et carte d'assurance maladie
14-09-2010 (T5)	Rencontre avec l'intervenante santé : prise de poids du bébé
25-10-2010 (T9)	Entretien avec l'enseignant : Madame souhaite terminer son secondaire.

3.1.10 Jugement global sur la conformité de l'intervention

En somme, le degré de conformité de l'intervention est bon. Toutefois, il est possible de constater que certaines composantes de l'intervention, présentées dans le tableau 12, ont fait l'objet de modifications au moment de l'implantation de l'intervention.

Tableau 12 : Tableau synthèse des composantes qui n'ont pas été conformes au moment de l'implantation de l'intervention.

Composantes de l'intervention	Description
Sujets	Perte d'une famille (#570) au début de l'intervention Le bébé #1082 était âgé de 3 mois au début de l'intervention alors que le critère initial spécifiait que l'enfant devait être âgé de 2 mois.
Contexte spatial	Les rencontres n'ont pas eu lieu dans un environnement idéal, c'est-à-dire dans une pièce avec lumière tamisée, tranquille et sans interruptions pendant la rencontre.
Contexte temporel	La dyade #1108 n'a pas été exposée au contenu de l'intervention avec la constance prévue (plusieurs interruptions). La durée totale moyenne des rencontres a été de 89 minutes pour la dyade #1082 et de 80 minutes pour la dyade #1108 alors que la planification initiale prévoyait une durée moyenne de 120 minutes. Contrairement aux 70 minutes prévues, la phase de réalisation a été d'une durée moyenne de 54 minutes pour la famille #1082 et de 55 minutes pour la famille #1108.
Degré d'exposition	La famille #1082 a participé à 75 % des activités interactives et des rétroactions vidéo alors que la famille #1108 a été exposée à ces composantes dans une proportion de 87.5 %.

Les composantes (a) but et objectifs (b) animateur (c) programme et contenu (d) stratégies de gestion des apprentissages et des comportements (e) code et procédures (f) système de responsabilités et (g) système de reconnaissance n'ont pas fait l'objet de modifications. Même si la majorité des composantes de l'intervention planifiée a été respectée, il est approprié de tenir compte

des composantes modifiées puisque cela est susceptible d'avoir des impacts sur les effets de l'intervention.

3.1.11 Implications eues égard à l'évaluation des effets

Étant donné les quelques modifications apportées aux composantes de la mise en œuvre de l'intervention, il est possible que les effets observés suite à l'évaluation de l'intervention soient moins prononcés que ce à quoi il aurait été possible de s'attendre.

D'abord, il est important de remarquer que la non-équivalence des caractéristiques sociodémographiques des mères pourra potentiellement expliquer l'atteinte différentielle des objectifs de l'intervention. En effet, il est probable que la mère #1082 ait bénéficié davantage de l'intervention considérant son plus jeune âge, son plus faible niveau de scolarité et sa monoparentalité. Par contre, le parcours migratoire effectué par la mère #1108 représente aussi un facteur de risque la prédisposant à bénéficier de l'intervention. À ce propos, il faut toutefois noter que la présence d'un certain soutien social (mère et conjoint au Canada) agit comme facteur de protection eu égard à l'absence du système de transfert des connaissances relatives à l'acquisition des habiletés parentales en contexte migratoire. Il est donc possible que des effets plus modestes de l'intervention soient observés chez cette mère, notamment au niveau de l'acquisition de nouvelles connaissances (questionnaire maison).

Par ailleurs, tel que mentionné précédemment, la mère #1108 répondait déjà de façon sensible aux besoins de son bébé lors du pré-test alors que la mère #1082 éprouvait des difficultés à faire preuve de constance et à être sensible aux états affectifs de son bébé. Dans ces circonstances, l'intervention devrait avoir permis à la mère #1108 de maintenir ses acquis et à la mère #1082 de développer davantage sa sensibilité parentale telle qu'évaluée par le Mini-Q-Sort des comportements maternels (Pederson et al., 1999). Étant donné la maturation et l'évolution rapide du développement des nourrissons, il est à envisager que l'âge différentiel des bébés au début de l'intervention ait pu avoir un impact sur les résultats obtenus à certaines évaluations, notamment au Newborn Behavioral Observations (Nugent et al., 2007). Un autre aspect important dont il faudra tenir compte dans l'évaluation des effets concerne le contexte temporel et le degré d'exposition des dyades à l'intervention. En premier lieu, les changements dans le calendrier des rencontres (interruptions) pourraient avoir eu un impact sur la rétention des acquis chez la dyade #1108 alors que ce n'est pas le cas pour la dyade #1082. Dans l'ensemble, il faudra aussi prévoir qu'une plus

faible exposition à l'intervention peut influencer négativement l'atteinte des objectifs même si les visites à domicile ont été structurées de manière à couvrir les différents axes d'intervention. Plus précisément, l'exposition différentielle des deux familles au contenu des activités interactives et de la rétroaction vidéo pourrait contribuer à expliquer l'atteinte ou non des objectifs ciblant (a) la sensibilité parentale et (b) le niveau de proximité physique et affective entre la mère et le bébé tel qu'évalué par la Grille Marcé (Poinso & Glangeaud-Freudenthal, 2009).

Rappelons également que l'intervenante a du composer avec la présence de la grand-mère maternelle dans le cadre des visites au domicile de la famille #1082. Le caractère intrusif de la présence de cet adulte, présence par ailleurs non souhaitée par la mère, a eu un impact sur la disponibilité de celle-ci, ce qui, à son tour, pourrait avoir influencé les résultats obtenus par cette mère à l'Indice de Stress Parental (Bigras et al., 1996). Par ailleurs, l'absence de conditions spatiales optimales pour réaliser l'intervention a globalement eu des répercussions, quoique mineures, sur la capacité d'attention des mères et la disponibilité des bébés. En conséquence, cela peut avoir influencé l'ensemble des résultats obtenus aux différentes évaluations.

En ce qui concerne l'animation, l'intervenante a pu remarquer que sa capacité à être à l'écoute de sa résonance subjective en intervention s'est améliorée dans le temps. Cela a pu avoir un impact sur la possibilité d'exercer une influence éducative positive sur les familles accompagnées et encourager l'acquisition de comportements de soins plus sensibles chez ces mères. De surcroît, la bonne qualité de la participation des mères à l'intervention et leur degré élevé de satisfaction permet de faire preuve d'optimisme quant aux effets de celle-ci. Par contre, les autres services de relation d'aide dont ont bénéficié les familles pendant l'intervention peuvent avoir joué un rôle et ne permettront pas d'affirmer que seule l'intervention est responsable de l'atteinte des objectifs.

3.2 Évaluation des effets

3.2.1 Stratégie d'analyse employée

Afin d'assurer un suivi clinique auprès des familles et de réaliser un bilan de l'efficacité de l'intervention mise en place, le protocole ABA employé, malgré ses limites au plan méthodologique, permet d'établir une certaine relation causale entre les changements observés et l'introduction de l'intervention. Les moyens privilégiés pour effectuer cette démonstration sont l'inspection visuelle des graphiques et des tableaux ainsi que la réalisation de tests statistiques simples. Par souci de clarté, les résultats sont présentés par construits (capacités d'autorégulation, connaissances,

sensibilité, proximité physique et affective et stress parental). Selon l'instrument d'évaluation utilisé, ces construits ont fait, tantôt l'objet de mesures répétées, tantôt l'objet de mesures en pré-test et post-test. Il faut noter que les rencontres avec la famille #1108 n'ont pas toutes été réalisées à une semaine d'intervalle. Étant donné ces interruptions, l'ensemble des mesures post intervention ont été recueillies uniquement au T12 pour cette famille.

Rappelons qu'afin de favoriser l'acquisition des compétences d'autorégulation chez le nourrisson (but), l'intervention visait à augmenter la qualité de la relation d'attachement (objectif général distal non évalué). Plus spécifiquement, les objectifs généraux proximaux à atteindre étaient (a) d'augmenter les connaissances des mères sur leur enfant (b) d'augmenter le niveau de proximité physique et affective entre les mères et leur bébé et (c) d'améliorer la sensibilité maternelle. Par ailleurs, les facteurs de stress périnataux étant nombreux au sein des familles vulnérables et pouvant affecter de façon importante l'état émotif de la mère, cette variable modératrice a aussi été évaluée bien qu'elle ne constituait pas un objectif de l'intervention.

3.2.2 Résultats obtenus

Évaluation des capacités d'autorégulation chez le nourrisson

Bien que le but de l'intervention fût de favoriser l'acquisition de bonnes capacités d'autorégulation chez le nourrisson, il s'agit d'un objectif distal qui peut s'évaluer de façon valide et fidèle seulement à long terme. De ce fait, l'outil d'observation relationnel utilisé dans le cadre de cette intervention pour recueillir des informations sur les compétences d'autorégulation du bébé, soit le Newborn Behavioral Observations (Nugent et al., 2007), n'est pas un instrument d'évaluation. Il s'agit d'une grille d'observation qui a plutôt permis (a) de dresser un profil du comportement du bébé (b) de promouvoir ses compétences et (c) de reconnaître ses difficultés et vulnérabilités. L'intervenante a réalisé un Newborn Behavioral Observations en présence de la mère lors de la première semaine de pré-test (T1) et de post-test (T11). Les items *habituat*ion à la lumière et *habituat*ion au son n'ont jamais été observés puisque cela exigeait que les bébés dorment avant le commencement de la procédure et cela ne s'est pas produit. Par conséquent, ces items ne sont pas représentés dans les graphiques.

Il est possible d'observer à la figure 9 que le bébé #1082 possède une très bonne organisation comportementale et réflexe au T11. Ce bébé a amélioré ses capacités pour 31 % des items (5/16) et a maintenu le même niveau d'organisation pour 50 % des items (8/16). Par contre, il y a eu une baisse

de la force de la succion. Ceci dit, la compétence réelle du bébé pour cet item est probablement plus près du score obtenu au T11 puisque lors du pré-test, le bébé venait tout juste de dormir et de boire. Au T1, l'intervenante avait observé chez ce bébé (a) un niveau d'activité moyen (b) un très bon tonus musculaire dans les jambes (c) une succion forte et rythmique (d) un grasping solide (e) un très bon maintien de la tête dans la ligne médiane du corps lors du tiré-assis et (f) des mouvements coordonnés des bras et des jambes en position ventrale. Les vulnérabilités du bébé se situaient alors au niveau du tonus musculaire dans les bras, des points cardinaux et de l'orientation à la voix de maman. Au T11, l'intervenante a observé que le bébé répondait maintenant à l'appel de son nom en se tournant très rapidement vers la source du son (orientation à la voix et au son) et en suivant l'adulte du regard (suivi visuel). Par contre, pour son âge, le bébé est demeuré un peu hypotonique. Aucune donnée sur les pleurs et la consolabilité n'est disponible pour ce bébé puisqu'il n'a pas pleuré pendant la période d'observation.

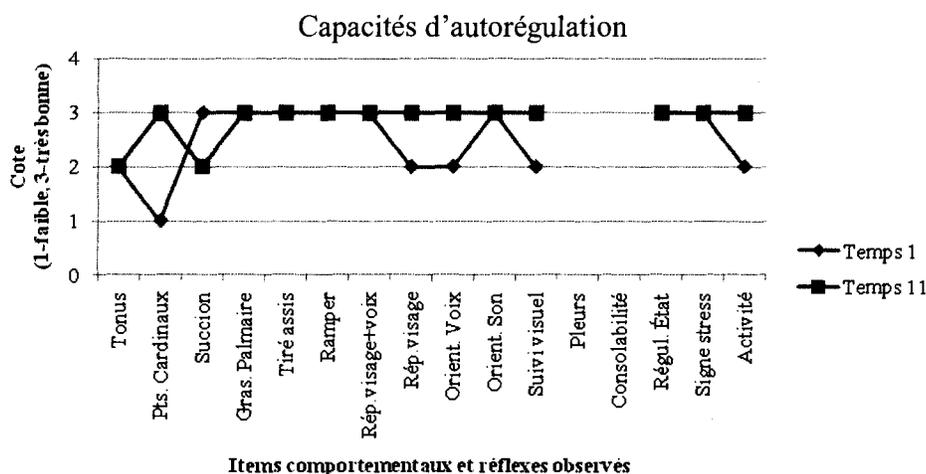


Figure 9. Résultats obtenus au NBO au pré-test (T1) et au post-test (T11) pour le bébé #1082.

De façon similaire, la figure 10 illustre que le bébé #1108 possède une très bonne organisation comportementale et réflexe au T11. Ce bébé a amélioré ses capacités pour 69 % des items (11/16) et a maintenu le même niveau d'organisation pour 31 % des items (5/16). L'interprétation de ces résultats doit être faite avec prudence puisqu'au T1, le bébé #1108 venait d'être allaité au moment où l'observation a débuté. La mère avait alors mentionné que normalement, après le boire, son bébé dort. Les observations faites témoignent donc peut-être de l'effort du bébé pour se couper de la stimulation et s'amener dans le sommeil. L'intervenante avait entre autres constaté (a) une très forte succion (b) un bon seuil sensoriel aux stimulations chez ce bébé ainsi que (c) la possibilité d'établir un contact visuel et de parler au bébé pour lui permettre de se calmer

rapidement. Par contre, le bébé regardait fixement sa mère. Au T11, un niveau moyen d'activité a été observé chez ce bébé qui a parfois pleuré, mais tout en étant très facilement consolable.

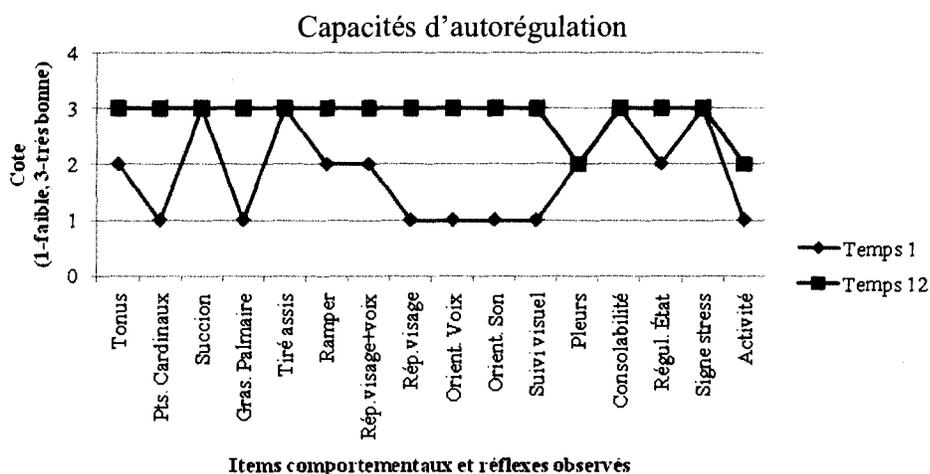


Figure 10. Résultats obtenus au NBO au pré-test (T1) et au post-test (T12) pour le bébé #1108.

En somme, les graphiques témoignent que les bébés ont globalement augmenté leur niveau d'organisation comportemental et réflexe. Par ailleurs, il est important de noter que la variabilité des scores est plus grande chez le bébé #1108, qui au T1, performait de façon excellente à certains items (4/16) et très faiblement pour d'autres (7/16), alors que le bébé #1082 n'a obtenu qu'un seul score faible pour l'ensemble des observations.

Évaluation des connaissances de la mère concernant son enfant

Les mères ont rempli, sous la supervision de l'intervenante, un questionnaire maison lors de la deuxième semaine de pré-test (T2) et de post-test (T12) ainsi que lors de la deuxième rencontre d'intervention (T4). Rappelons que, selon le témoignage des mères, l'intervention leur a permis de faire de nombreux apprentissages qui se sont traduits par une amélioration du décodage des besoins de leur enfant et l'augmentation de leurs connaissances eu égard à leur bébé. Dans les faits, le tableau 13 révèle qu'il y a eu une légère augmentation des connaissances de la mère #1082 à propos (a) des activités à réaliser avec son bébé (b) des soins à lui donner et (c) de la reconnaissance que son bébé peut vivre des difficultés. Le pourcentage de réponses appropriées est passé de 57 % (4/7) au T2 à 86 % (6/7) au T12. Par contre, la qualité des réponses de cette mère au questionnaire a été très variable de sorte qu'il est difficile d'interpréter ces résultats.

Tableau 13 : Qualité des réponses de la mère #1082 au questionnaire maison (0-réponse incomplète, 1-réponse incorrecte, 2-réponse appropriée)

#1082	Activité	Soins	Besoins	Développement	Compétences	Difficultés	Préférences
Temps 2	1	0	2	2	2	0	2
Temps 4	2	2	0	2	0	2	0
Temps 12	2	2	0	2	2	2	2

Au T2, la mère #1108 avait déjà atteint l'effet plafond pour l'ensemble des questions à l'exception de celle qui concerne les activités à réaliser avec son bébé. Pour cette variable uniquement, la mère a complété sa réponse au T4, de sorte qu'elle a obtenu un score parfait lors des deux dernières prises de mesures.

Évaluation de la sensibilité maternelle

Le Mini-Q-Sort des comportements maternels a été retenu pour évaluer la sensibilité maternelle dans le cadre de cette intervention (Tarabulsy et al., 2009). Vingt-cinq comportements ont été observés par l'intervenante au pré-test (T1 et T2), tout au long de l'intervention (T3 à T10) et du post-test (T11 et T12) et classés selon qu'ils étaient typiques ou non des comportements des mères. L'analyse de la position des 3 items suivants, correspondant à des indicateurs de sensibilité maternelle, permet d'apprécier les progrès effectués par les mères : (a) la capacité de la mère à superviser son bébé et à répondre à ses besoins même lorsqu'elle est occupée à d'autres activités comme la conversation avec un visiteur (b) la capacité de la mère à interagir en accord avec le rythme et l'état de son bébé et (c) la capacité de la mère à interagir en fonction des centres d'intérêt de son bébé. Ainsi, un score optimal de sensibilité est obtenu lorsque lesdits comportements se trouvent classés dans la catégorie typique.

Il a été observé au pré-test (T1 et T2) que la mère #1108 était sensible, répondant de façon chaleureuse et prévisible à son bébé. Les évaluations subséquentes ont révélé un maintien des acquis de sorte que l'obtention du score optimal de sensibilité au Mini-Q-Sort (effet plafond) rend impossible l'observation d'une amélioration. Il en était autrement pour la mère #1082 qui, au pré-test, recherchait davantage la compétence de son bébé au détriment de son état affectif et dont les comportements sensibles manquaient de régularité. D'emblée, l'inspection visuelle de la figure 11 permet de constater que du T1 au T3, la mère #1082 avait dans son répertoire typique qu'un seul des comportements sensibles listés plus haut soit, la capacité de superviser son bébé et de répondre à ses besoins même lorsqu'elle était occupée à d'autres activités.

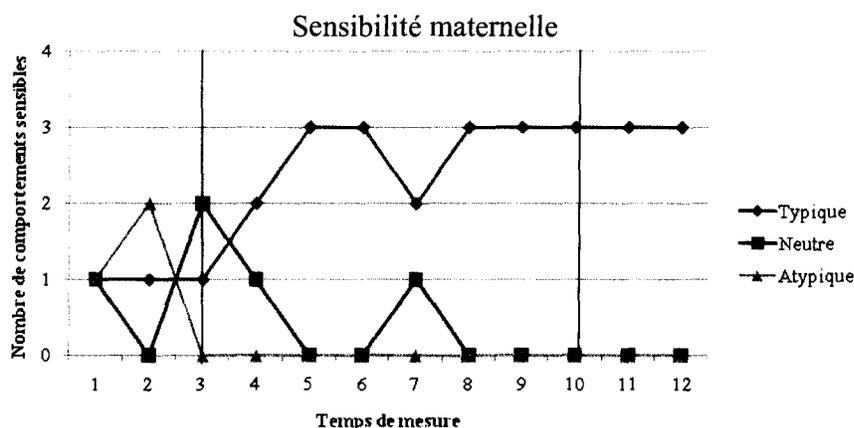


Figure 11. Résultats obtenus au Mini-Q-Sort par la mère #1082.

À partir de la deuxième semaine d'intervention (T4), l'intervenante a pu observer que les interactions se déroulaient maintenant en accord avec le rythme et l'état du bébé; acquis qui s'est maintenu par la suite. La compétence qui a été plus difficile à développer pour cette mère fut d'interagir en fonction des centres d'intérêt de son bébé. Lors des deux prises de mesure du pré-test (T1 et T2), ce comportement était même atypique pour cette mère. Il a par la suite été classé dans la catégorie neutre au T3 et T4. D'ailleurs, il est possible de remarquer qu'au T7, il a été plus difficile pour la mère d'actualiser cette compétence, de sorte que l'intervenante a classé ce comportement dans la catégorie neutre. Lors de cette rencontre, le bébé avait sommeil, mais la mère insistait pour qu'il demeure éveillé.

Bien que le seul examen visuel des données permette de se prononcer sur l'existence d'une augmentation des comportements sensibles dans le répertoire de la mère #1082, l'utilisation de la carte de contrôle du processus (Juhel, 2008) permet d'interpréter les résultats avec plus de prudence. La carte de contrôle est une bande de confiance dont les limites supérieures et inférieures ont été ici établies à ± 2 écarts-type de la moyenne des observations de la phase A. Étant donné le nombre limité de points de mesure, les T3 et T4 ont été intégrés à la phase A et les T11 et T12 à la phase B pour permettre ce calcul. La figure 12 illustre que 7/8 observations de la phase B se trouvent à l'extérieur de la bande de confiance et cinq points sont consécutifs. Cela suggère qu'un paramètre du processus a changé, constat en faveur d'un effet de l'intervention. L'usage est aussi de considérer qu'il y a eu un changement dans la moyenne du processus puisque huit points consécutifs se retrouvent du même côté de la ligne moyenne (Juhel, 2008).

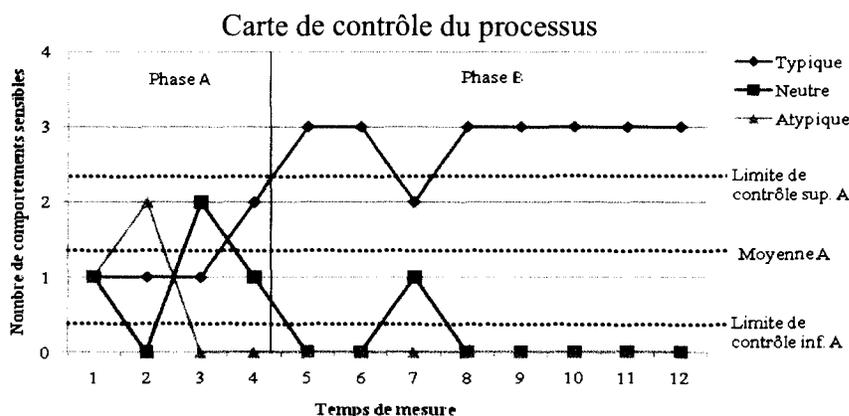


Figure 12. Carte de contrôle du processus pour la dyade #1082.

La taille de l'effet de l'intervention sur l'amélioration de la sensibilité maternelle a été calculée au moyen de l'indicateur non paramétrique PAND et correspond au pourcentage d'observations qui ne se recouvrent pas entre la phase A et la phase B. La figure 12 illustre que le recouvrement entre phases disparaît avec l'élimination de l'observation 7 de la phase B (T5-T12). Le nombre d'observations qui ne se recouvrent pas est donc de 11/12 et la valeur de PAND de 0,91, ce qui correspond à une taille de l'effet élevée (Juhel, 2008).

Évaluation du niveau de proximité physique et affective entre la mère et le bébé

La Grille Marcé (Poinso & Glangeaud-Freudenthal, 2009) est l'outil qui a été utilisé pour évaluer le niveau de proximité physique et affective entre la mère et le bébé. Elle a permis d'obtenir une appréciation sur plusieurs niveaux de la qualité des interactions corporelles, visuelles et vocales, d'une part du côté maternel et d'autre part du côté du bébé, avec *in fine* une évaluation globale des interactions. L'intervenante a rempli une grille à trois reprises durant l'intervention (T2, T7 et T12), de façon à garder une trace de l'évolution des interactions. Les interactions entre la mère #1108 et son bébé étaient déjà optimales au T1 (effet plafond), ce qui rend impossible l'observation d'une amélioration. Les interactions étaient continues, riches, et il y avait un bon ajustement des deux partenaires dans la relation interactive. Aucun graphique ne sera donc présenté pour cette dyade.

La figure 13 témoigne qu'il y a eu une amélioration de la qualité de la proximité physique et affective entre la mère #1082 et son bébé. Au T2, les interactions corporelles, visuelles et vocales étaient le plus souvent discontinues, plutôt pauvres et il y avait absence d'ajustement des deux partenaires dans la relation interactive. Au T7, une petite évolution se fait sentir puisque les interactions sont maintenant parfois continues et il existe parfois un bon ajustement entre la mère et le bébé. Enfin, au T12, le constat est en faveur d'une amélioration notable de la qualité des

interactions dyadiques; lesquelles sont en moyenne parfois continues, plutôt riches et souvent ajustées. Il est à noter que le nombre d'observations qui ne se recouvrent pas entre le T2 et le T12 est de 8/9, constat en faveur d'un effet de l'intervention.

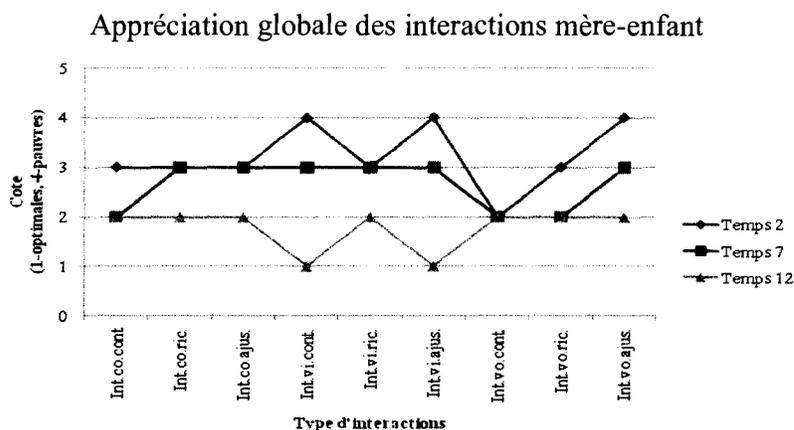


Figure 13. Appréciation globale des interactions mère-enfant évaluée par la Grille Marcé au pré-test, au T7 ainsi qu'au post-test pour la dyade #1082.

Plus spécifiquement, concernant l'enfant, la figure 14 met en évidence qu'à l'exception du dialogue corporel du bébé qui est demeuré globalement adéquat, mais avec des ruptures de tonus hypotonique et des échanges vocaux du bébé qui demeurent discontinus malgré une amélioration, les interactions du bébé sont optimales au T12. Concernant les pleurs, la différence importante entre les cotes reflète le fait qu'au T2, l'intervenante avait très peu observé le bébé pleurer, d'où la cote 4, alors qu'au T12, la moyenne des observations de l'intervenante lui permettait de dire que le bébé pleurait de temps en temps, mais se montrait facilement consolable par sa mère ou un tiers (cote 0).

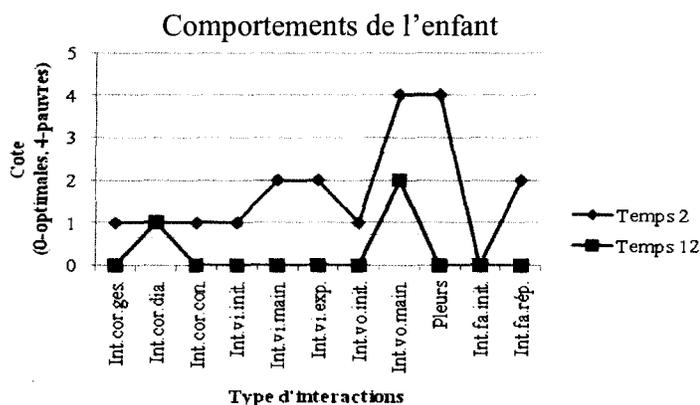


Figure 14. Les comportements de l'enfant #1082 évalués par la Grille Marcé aux pré et post-test.

En ce qui concerne les comportements de la mère, la figure 15 met en évidence qu'à l'exception du fait que la mère parlait fréquemment à son bébé, mais avec des moments de rupture,

les interactions de celle-ci avec son enfant sont optimales au T12. Pour certaines dimensions, l'amélioration a été très importante, notamment pour (a) la qualité du dialogue corporel de la mère (b) la qualité des gestes de tendresse et (c) la qualité de l'expression vocale de la mère.

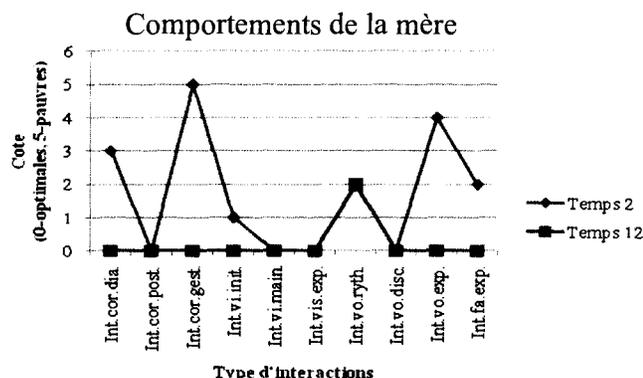


Figure 15. Les comportements de la mère #1082 évalués par la Grille Marcé aux pré et post-test.

Évaluation du stress maternel

Cette variable modératrice a été évaluée en pré (T1) et post-test (T11), au moyen de l'Indice de Stress Parental (Bigras et al., 1996). La passation en entrevue individuelle a permis d'obtenir trois scores globaux à interpréter. Selon les normes québécoises, le parent qui obtient un score total de stress élevé (284 et +) devrait être soutenu dans son rôle de parent par un professionnel. Un résultat total élevé à l'échelle liée à l'enfant (122 et +) signifie que l'enfant est considéré comme une charge difficile pour la mère et que les caractéristiques de l'enfant sont des facteurs importants qui contribuent à l'ensemble des stress dans le système parent-enfant. Un résultat total élevé à l'échelle liée au parent (153 et +) suggère que les sources de stress et les difficultés dans la relation parent-enfant peuvent être reliées aux dimensions du fonctionnement parental; par exemple, le sentiment d'être inadéquate dans son rôle de mère. La figure 16 représente les scores totaux obtenus par les mères.

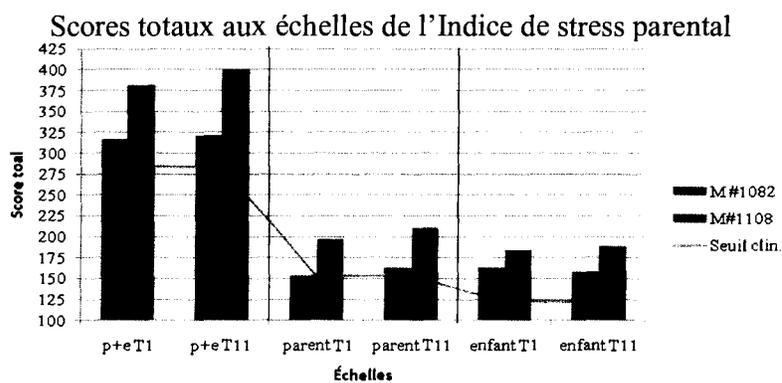


Figure 16. Scores à l'ISP des familles #1082 et #1108 au pré-test (T1) et au post-test (T11).

D'emblée, il est possible de constater que les mères ont obtenu des scores largement supérieurs au seuil clinique suggérant un niveau de stress considérable relié tant à l'enfant qu'aux dimensions du fonctionnement parental. Pour la mère #1082, il est à noter que bien que le score total ait augmenté de 4 points entre les T1 et T11, les résultats aux trois sous-échelles suivantes se trouvaient dans la norme au post-test : (a) distractivité-hyperactivité (b) restriction et (c) sentiment de compétence parentale. De plus, par comparaison avec le T1, le score total à l'échelle liée à l'enfant a diminué de 5 points (163 vs 158) ainsi que les scores aux sous-échelles suivantes qui se sont rapprochés de la norme : (a) acceptation (b) exigence (c) humeur (d) renforcement et (e) attachement. C'est plutôt l'augmentation de 9 points (154 vs 163) du score total à l'échelle liée au parent qui peut expliquer la hausse globale. Au terme de l'intervention, la mère #1082 avait malgré tout l'impression que son enfant était moins exigeant et qu'elle éprouvait moins de difficultés à comprendre les sentiments ou les besoins de son enfant.

En ce qui concerne la mère #1108, le score total a augmenté de 19 points entre les T1 et T11. Les résultats totaux obtenus tant à l'échelle liée à l'enfant qu'au parent ont augmenté de quelques points. Toutefois, les scores aux sous-échelles (a) adaptabilité et (b) acceptation de l'enfant, ont légèrement diminué et le score obtenu à l'échelle distractivité-hyperactivité est demeuré dans la norme. L'interprétation de ces résultats sera discutée dans la prochaine section.

Atteinte globale des objectifs

Le tableau 14 permet d'apprécier d'un rapide coup d'œil l'atteinte des objectifs proximaux de l'intervention pour chacun des participants.

Tableau 14 : Tableau synthèse des effets de l'intervention sur les objectifs proximaux.

Participants	Connaissances	Proximité physique et affective	Sensibilité maternelle
Famille #1082	Augmentation	Augmentation	Augmentation
Famille #1108	Effet plafond	Effet plafond	Effet plafond

4. DISCUSSION

4.1 Jugement sur l'atteinte des objectifs

L'intervention visait à augmenter la qualité de la relation d'attachement (objectif général distal) dans le but de favoriser l'acquisition de compétences d'autorégulation chez le nourrisson. Pour ce faire, les objectifs généraux proximaux suivants ont été fixés :

- 1) Augmenter les connaissances des mères sur leur enfant;
- 2) Augmenter le niveau de proximité physique et affective entre les mères et leur bébé;
- 3) Améliorer la sensibilité maternelle.

L'intervention a été évaluée à l'aide d'un protocole à cas unique de type ABA.

Analyse objective

D'abord, un regard sur le tableau 14 permet de constater que la mère #1082 a répondu à l'intervention en augmentant ses connaissances sur son enfant tandis que la mère #1108 manifestait déjà un niveau maximal de connaissances au début de l'intervention ce qui n'a pas permis d'observer une amélioration. Il serait toutefois prématuré de conclure que l'intervention est la seule responsable du changement positif observé chez la mère #1082 étant donné les limites du protocole de recherche utilisé. Par ailleurs, le questionnaire maison utilisé n'a pas fait l'objet d'une validation de construit. Il ne peut donc pas être affirmé hors de tout doute qu'il a bel et bien permis d'évaluer les connaissances des mères eu égard au développement global d'un nourrisson et aux caractéristiques spécifiques de leur bébé.

En ce qui concerne les effets de l'intervention sur le niveau de proximité physique et affective entre les mères et leur bébé, ils vont dans le sens d'une augmentation pour la dyade #1082 alors que la dyade #1108 manifestait déjà un niveau optimal d'interactions au début de l'intervention, ce qui n'a pas permis d'observer une amélioration. Les graphiques mettent en évidence qu'il y a eu une évolution chez la mère #1082 vers l'établissement de contacts physiques chaleureux et réconfortants avec son bébé et vers une disponibilité pour lui offrir une réponse émotive. Par contre, une fois de plus, les limites du devis ne permettent pas de conclure que l'intervention est la seule responsable de ce changement positif. De plus, l'intervenante n'a pas fait appel aux accords interjuges afin de fidéliser ses observations, ce qui représente une source de biais potentiel.

Pour la sensibilité maternelle, bien que les limites méthodologiques du devis demeurent, l'inspection visuelle des graphiques combinée aux tests statistiques simples (PAND de 0,91) permettent avec plus de certitude d'affirmer que l'intervention a permis une augmentation des habiletés de la mère #1082 (a) à reconnaître les signaux utilisés par son bébé (b) à interpréter avec justesse ces signaux et (c) à sélectionner et appliquer rapidement une réponse juste et appropriée. Ceci dit, l'intervenante n'a pas fait appel aux accords interjuges afin de fidéliser ses observations; ce qui représente malheureusement une source d'invalidité potentielle. Considérant une fois de plus que la mère #1108 a obtenu un score optimal de sensibilité dès le pré-test, il est difficile d'observer une amélioration de ce construit pour cette mère.

Le but de l'intervention étant de favoriser l'acquisition de bonne capacité d'autorégulation chez le nourrisson, il est intéressant de rapporter ici les résultats obtenus bien qu'il ne s'agissait pas d'un des objectifs proximaux de l'intervention. La comparaison des observations du pré-test et du post-test plaide en faveur d'une augmentation du niveau d'organisation comportemental et réflexe des bébés. Il faut cependant souligner que le Newborn Behavioral Observations est valide jusqu'à 3 mois et que le post-test fut réalisé lorsque les bébés étaient âgés de 4 mois. Les résultats au T11 sont donc contestables puisque la maturation des bébés et le développement cognitif y étant relié expliquent probablement un pourcentage beaucoup plus grand de la variance des observations entre le T1 et le T11, que l'intervention elle-même. Dans le même ordre, les meilleurs résultats obtenus par le bébé #1082 au T1 sont possiblement attribuables au fait qu'il était âgé de 2 mois alors que le bébé #1108 n'avait que 5 semaines et demie. Nonobstant ces considérations, le partage des observations effectuées au moyen du Newborn Behavioral Observations a permis aux mères de découvrir les caractéristiques propres de leur bébé et d'ajuster, au fil des rencontres, leurs comportements en fonction des particularités neurocomportementales de leur enfant. De fait, ce n'est pas la comparaison entre les deux observations qui importe, mais bien l'utilisation de cet outil d'observation pour stimuler la création d'un lien d'attachement.

Sur le plan du stress maternel, la seule analyse visuelle du graphique conduirait à soupçonner que l'intervention a eu un effet iatrogène sur cette variable. En effet, les scores totaux à l'Indice de Stress Parental ont augmenté pour les deux mères entre le début et la fin de l'intervention. Rappelons que ce construit a été évalué uniquement parce qu'il représente un facteur de risque pouvant affecter de façon importante l'état émotif de la mère ainsi que la prise en charge du bébé et

que cela devait être pris en considération par l'intervenante. Par contre, il est reconnu que l'Indice de Stress Parental est un peu long de passation surtout s'il se rajoute à une série d'évaluation et il est fréquent que les parents aient de la difficulté à comprendre certaines phrases et les nuances de l'échelle de cotation. Il est possible que cela ait influencé les réponses des mères, surtout au T1. Les scores plus élevés au T11 reflètent donc peut-être une meilleure compréhension des questions. Qui plus est, les deux mères appartenaient à une population clinique; des scores supérieurs aux normes étaient donc à prévoir. L'utilisation de normes québécoises pourrait expliquer les scores très élevés que la mère #1108, originaire de Guinée, a obtenus. Enfin, divers événements vécus par les mères dans leur quotidien (conflits avec leur mère, recherche d'appartement) entre le T1 et le T11, sont des circonstances non spécifiques à l'intervention qui ont pu affecter négativement leurs stratégies de coping et se traduire par un score total de stress élevé.

Analyse subjective

Au terme de l'intervention, les mères ont été invitées à verbaliser le progrès qu'elles considéraient avoir réalisé concernant la relation avec leur enfant. La mère #1082 a souligné qu'elle avait maintenant (a) une meilleure compréhension des signaux de son bébé (b) plus d'assurance et (c) qu'elle avait trouvé davantage de stratégies pour répondre aux besoins de son enfant comme aux siens. La mère #1108 a répondu que l'intervention lui a permis (a) de connaître davantage son bébé et de s'intéresser à tout ce qu'il fait (b) de développer un lien encore plus fort et (c) d'élargir son répertoire de connaissances sur les activités à réaliser avec son enfant. Les mères ont rapporté que l'intervention leur a permis d'augmenter leur sentiment de compétence et d'être davantage attentives aux petits détails de l'interaction dans le ici et maintenant.

4.2 Liens entre les résultats et les composantes de l'intervention

Les effets de l'intervention observés chez les participantes peuvent être interprétés selon les composantes de l'intervention. D'abord, la non-équivalence des caractéristiques sociodémographiques des mères et surtout les différences observables au niveau de base quant à (a) leurs connaissances (b) leur sensibilité maternelle et (c) leur niveau de proximité physique et affective avec leur bébé, expliquent que l'intervention ait permis à la mère #1082 d'augmenter ses compétences et à la mère #1108 de maintenir ses acquis. Il est également probable que la mère #1082 ait bénéficié davantage de l'intervention considérant son plus jeune âge, son plus faible niveau de scolarité et sa monoparentalité puisqu'il s'agit de facteurs de risque pouvant influencer la

capacité du parent à soutenir le développement des compétences de son bébé (Groleau, 2005; MSSS, 2007b; Schore, 2008).

Étant donné les résultats, il apparaît aussi que la présence d'un certain soutien social a agi comme facteur de protection pour la mère #1108 eu égard à l'absence du système de transfert des connaissances relatives à l'acquisition des habiletés parentales en contexte migratoire. Cela peut expliquer l'effet plafond. Par ailleurs, l'âge différentiel des bébés au début de l'intervention a vraisemblablement eu un impact sur les résultats obtenus au Newborn Behavioral Observations (Nugent et al., 2007). Il faut aussi prendre en considération que l'intervenante se trouvait en présence d'une mère québécoise (#1082) et d'une mère d'origine guinéenne (#1108) ayant des pratiques de maternage à mi-chemin entre l'Occident et l'Afrique. Ces différences ont conduit l'intervenante à ajuster ses moyens de mise en relation, ajustements qui ont certainement eu un impact positif sur l'atteinte des objectifs.

Un autre aspect important dont il faut tenir compte concerne le contexte temporel et le degré d'exposition des dyades à l'intervention. En premier lieu, les changements dans le calendrier des rencontres (interruptions) ont pu avoir un impact sur la rétention des acquis chez la dyade #1108, impact qui ne peut malheureusement pas être mesuré étant donné les effets plafonds obtenus. Dans l'ensemble, il est possible d'envisager que la taille de l'effet aurait été encore plus importante si les familles avaient été exposées à la totalité de l'intervention. Par contre, il est difficile de commenter si l'exposition différentielle des deux familles au contenu des activités interactives et de la rétroaction vidéo a contribué à l'atteinte différentielle des objectifs étant donné les effets plafonds obtenus par la mère #1108. À ce propos, même si les objectifs de l'intervention ont été adéquats et réalistes, les moyens de la prise de mesures choisis pour estimer les changements au cours de l'implantation de l'intervention n'étaient pas optimaux. En effet, plusieurs mesures n'ont pas permis d'évaluer les changements concernant les objectifs de l'intervention à cause des effets plafonds. Donc, il serait nécessaire de réévaluer les mesures utilisées dans le but de les rendre plus sensibles à l'évolution des mères.

Tel qu'imaginé, les discussions sur les cinq grands thèmes à composante éducative et thérapeutique ainsi que les activités dyadiques et la rétroaction vidéo semblent avoir permis aux mères de faire des apprentissages précis favorisant une relation parent-enfant plus positive. Toutefois, il aurait pu être intéressant d'inclure d'autres modalités d'intervention telles que des

séances de massage pour bébé. Il est aussi possible que certaines stratégies aient facilité le recrutement des familles et contribué à la rétention des participantes comme par exemple (a) donner une collation lors des rencontres (b) faire les visites à domicile (c) offrir un certificat de participation et (d) remettre aux mères une copie des enregistrements vidéo des activités interactives.

Rappelons enfin que l'intervenante a dû composer avec la présence de la grand-mère maternelle dans le cadre des visites au domicile de la famille #1082. Le caractère intrusif de la présence de cet adulte a fort probablement eu un impact sur les résultats obtenus par cette mère à l'Indice de Stress Parental (Bigras et al., 1996). De surcroît, la bonne qualité de la participation des mères à l'intervention et leur degré élevé de satisfaction semble avoir contribué aux effets bénéfiques obtenus. Par contre, les autres services de relation d'aide dont ont bénéficié les familles pendant l'intervention peuvent avoir joué un rôle et ne permettent pas d'affirmer que seule l'intervention est responsable de l'atteinte des objectifs.

4.3 Liens entre les résultats et le contexte théorique

Tel qu'indiqué dans la section 1.2 (Interventions déjà expérimentées), plusieurs études, incluant des méta-analyses, révèlent que des programmes d'intervention fondés sur les principes de la théorie de l'attachement et visant l'amélioration de la relation parent-enfant ont des impacts positifs en regard de l'augmentation de la sensibilité parentale (Bakermans-Kranenburg et al., 2003, 2005; Oppenheim & Goldsmith, 2007). Les résultats de l'intervention mise en place vont dans ce sens. Cela corrobore le fait que les programmes de courte durée ciblant la qualité des interactions dyadiques parent-enfant et utilisant comme principale stratégie d'intervention l'observation des comportements sensibles du parent et la rétroaction vidéo sont efficaces (Bakersman-Kranenburg et al., 2003, 2005). En effet, à l'instar du programme Être parent, l'intervention qui a été réalisée a produit des effets positifs dans une population qui présente un ensemble de facteurs de risque psychosociaux menaçant l'établissement d'une relation mère-enfant sécurisante. Par ailleurs, l'intervention a eu des effets positifs sur des variables telles que (a) la confiance maternelle (b) l'estime de soi et (c) l'interaction parent-enfant, résultats similaires à ceux qu'a obtenus Brazelton avec le Newborn Behavioral Observations (1977). De plus, puisque l'intervention a également utilisé une approche basée sur le jeu parent-enfant lors de visites à domicile, cela suggère que la combinaison de plusieurs modalités d'intervention est efficace pour promouvoir le lien parent-enfant comme en témoignent de nombreuses études (MSSS, 2005). Par contre, il est à noter que le protocole d'intervention du Circle of Security a très peu été utilisé dans la mise en œuvre, malgré le

fait qu'il constituait un fondement théorique de l'intervention. Il aurait été intéressant d'exploiter davantage le travail sur les représentations mentales que les mères avaient de leur enfant et d'explorer quels étaient les obstacles internes qui rendaient parfois plus difficile la réponse aux besoins de leur bébé (Cooper et al., 2005).

Rappelons que selon la perspective de la théorie de l'attachement, les différents modes de soins précoces peuvent exercer une influence considérable sur la façon dont se développent les compétences d'autorégulation de l'enfant. Ceci dit, aucun des programmes qui ont été recensés ne cible directement les capacités d'autorégulation du nourrisson. Pourtant, la recherche a démontré que les difficultés d'autorégulation sont accentuées lorsque le bébé signale ses besoins et que le parent n'interprète pas adéquatement ce qu'il tente de communiquer (Nugent et al., 2007). De plus, un bébé qui éprouve de grandes difficultés d'autorégulation mettra à l'épreuve les compétences parentales, notamment celles reliées à la sensibilité (D'apolito, 1991). L'intervention mise en place se voulait donc une initiative vers l'étude empirique de ce lien, décrit dans la littérature, entre la corégulation précoce mère-bébé et la promotion d'une autorégulation mature et d'un bon développement global chez l'enfant (Archer & Burnell, 2008; Nugent et al., 2007). Par contre, la méthodologie employée ne permet pas de démontrer l'existence de ce lien, notamment parce que l'évaluation à plus long terme des capacités d'autorégulation n'était pas réalisable dans le cadre de cette intervention. Il serait donc pertinent que d'autres interventions préventives soient développées considérant que le prix de la non-action peut être lourd à payer pour les enfants (déficits neurobiologiques, hyperkinésie, trouble de la régulation, attachement insécurisé, retard de langage, trouble du sommeil, etc.).

Enfin, il aurait été enrichissant d'évaluer (a) la sécurité d'attachement (b) la capacité des mères à comprendre leurs propres états émotionnels et (c) les stratégies de coping puisqu'ils influencent de façon significative les habiletés du parent à procurer à l'enfant un niveau adéquat de régulation (Fonagy et al., 1993; Groleau, 2005; MSSS, 2007a; Pronovost et al., 1998; Schore, 2008).

4.4 Avantages et limites de l'intervention

L'intervention réalisée comporte plusieurs avantages. D'abord, elle est tirée de programmes qui ont démontré leur efficacité et elle est facilement reproductible par des intervenants qualifiés qui peuvent adapter selon leur bon jugement clinique le déroulement des rencontres en fonction des besoins de leur clientèle. Par ailleurs, bien qu'il ne s'agisse pas réellement d'un manuel complet

d'animation de programme, la description très détaillée de chacune des composantes de l'intervention facilite grandement la préparation aux visites à domicile et leur animation. Il faut cependant s'assurer d'être familiarisé avec l'utilisation de la rétroaction vidéo.

L'intervention a été grandement appréciée par les participantes qui ont pu bénéficier d'une présence intensive de la part de l'intervenante. L'écoute active, la disponibilité et l'empathie dont elle a fait preuve ont permis aux mères d'exprimer leurs émotions et de favoriser leur collaboration active. L'approche d'empowerment a ainsi contribué à la valorisation des savoirs, savoir-faire et savoir-être des mères. Aussi, les intervenants du Centre Premier Berceau ont pu apprécier la valeur ajoutée d'une intervention psychoéducatrice jumelée à d'autres services thérapeutiques pour les familles. Fort de cette expérience, l'équipe a envisagé l'intégration systématique des suivis psychoéducatifs lorsqu'une intervention sur le lien parent-enfant figure au plan d'intervention. Au-delà du plaisir partagé lors des rencontres, la réalisation de cette intervention a permis à l'intervenante de développer des modalités d'autorégulation et de régulation interactive lui permettant d'offrir des réponses sensibles et ajustées à l'expérience spécifique des dyades. L'implantation de cette intervention a également contribué au développement des savoir-faire de l'intervenante relatifs à (a) l'observation (b) l'évaluation clinique et (c) la planification.

Le point fort de l'intervention est qu'elle a démontré son efficacité pour plusieurs objectifs : (a) l'augmentation des connaissances de la mère eu égard au développement de son enfant (b) l'augmentation de la proximité physique entre la mère et le bébé et (c) l'amélioration de la sensibilité maternelle; et ce, sans qu'il y ait d'effets iatrogènes identifiés. Par ailleurs, l'intervention a permis aux mères de développer un meilleur sentiment de compétence parentale et le lien de confiance qui s'est établi entre les participantes et l'intervenante a permis la réalisation d'un suivi du développement des bébés s'échelonnant sur plusieurs mois après la fin de l'intervention.

Malgré les avantages mentionnés plus haut, l'implantation de l'intervention a rencontré certaines limites. En premier lieu, l'une des dyades sélectionnées ne correspondait pas à la clientèle à qui l'intervention s'adressait en priorité. Il faut aussi prendre en considération que les mécanismes de généralisation des acquis étaient peu développés (devoirs); il s'agit donc d'une composante qui serait à bonifier. De plus, les instruments qui ont été utilisés semblent manquer de sensibilité puisque des effets plafonds ont été observés laissant peu de place à la mesure de l'évolution des comportements visés par l'intervention. Par exemple, peut-être aurait-il été pertinent d'employer le

questionnaire sur les étapes du développement (Bricker & Squires, 1995) plutôt qu'un questionnaire maison pour évaluer les connaissances des mères sur le développement de leur bébé? Il semble aussi que l'utilisation de la version courte de l'Indice de Stress Parental (Bigras et al., 1996), ou encore la sélection des sous-échelles les plus pertinentes aurait permis d'éviter une passation fastidieuse. Dans le même ordre, il est suggéré d'obtenir au moins un test de fidélité et un test de validité pour chaque instrument utilisé, ce qui n'a pas été le cas. Par ailleurs, l'absence d'observateur indépendant et, le plus souvent, la présence d'une seule source et d'un seul instrument d'évaluation par construit, a augmenté le risque de biais.

L'intervenante a rencontré certains défis lors de l'animation des rencontres, lesquels sont à prendre en considération par quiconque souhaiterait reproduire l'intervention. Tout d'abord, la présence d'autres personnes lors des visites exige une grande flexibilité et la nécessité de bien informer les participants de l'importance d'aménager un espace particulier à la dyade concernée par les activités interactives. Le respect des cycles d'éveil et de sommeil du bébé peut également engendrer des modifications dans la planification des activités qui doivent être gérées par l'intervenante de façon à s'assurer que l'ensemble du contenu puisse malgré tout être transmis. Enfin, rappelons qu'avec le protocole ABA utilisé, il n'est pas possible d'affirmer que l'intervention est la seule responsable des changements observés sur les variables dépendantes, d'autant plus qu'il est recommandé d'avoir au moins trois points de mesures au pré-test et que ce ne fut pas le cas dans le cadre de cette intervention. En effet, ce protocole ne protège pas l'inférence causale étant donné les sources d'invalidité interne (Christensen, 2007; Ladouceur & Bégin, 1986). Ainsi, (a) l'expérience des sujets (b) la maturation (c) la constance de l'instrument (d) la régression statistique (e) les caractéristiques de l'intervenante et (f) l'interdépendance des comportements sont autant de facteurs qui ont pu jouer un rôle au niveau des changements observés (Christensen, 2007). Si l'intervention était à refaire, un protocole de type ABAB ou encore ABCBC où C correspond à une intervention différente aurait l'avantage de mieux protéger l'inférence causale.

CONCLUSION

En conclusion, l'intervention a été implantée au Centre Premier Berceau auprès de deux dyades mère-nourrisson. Elles ont participé à huit rencontres comportant (a) des discussions sur des thèmes à composante éducative et thérapeutique (b) des activités dyadiques et (c) de la rétroaction vidéo. L'évaluation de la mise en œuvre et des effets de l'intervention a révélé une bonne conformité de celle-ci ainsi que, pour l'une des mères, (a) une augmentation de ses connaissances eu égard au développement de son enfant (b) une augmentation de la proximité physique entre elle et son bébé et (c) une amélioration de sa sensibilité maternelle. Par contre, des effets plafonds ont été constatés pour l'autre participante à l'ensemble des objectifs proximaux évalués. Il a également été difficile de recueillir des informations valides sur les capacités d'autorégulation des bébés ainsi que sur le stress maternel.

Compte tenu des résultats obtenus, l'intervention mériterait d'être bonifiée par quelques recommandations. Tout d'abord, il est important de bien cibler la clientèle à qui s'adressera l'intervention pour avoir les effets désirés. Ainsi, les mères manifestant davantage de difficultés à faire preuve de sensibilité et/ou les mères ayant un enfant particulièrement irritable pourraient bénéficier en priorité de l'intervention. Il serait également pertinent d'ajuster les activités interactives et les thèmes de discussion en fonction des pratiques de maternage en vigueur selon l'origine culturelle de la famille et d'ajouter quelques modalités d'intervention de façon à susciter davantage de prises de conscience chez les mères (p. ex. : l'utilisation de jeux de rôle, du massage ou d'histoires à compléter). Cette dernière modalité pourrait, par ailleurs, favoriser une généralisation des acquis. Ensuite, tel que mentionné précédemment, une révision de la méthodologie d'évaluation des effets serait nécessaire. Enfin, l'intervention s'inspirant de plusieurs programmes reconnus, il serait avisé de suivre les formations offertes (p.ex. : NBO, COS, rétroaction vidéo) afin d'assurer une mise en œuvre optimale de l'intervention.

En conclusion, rappelons que sans l'établissement d'une relation parent-enfant sécurisante, affectueuse et cohérente, le nourrisson fait difficilement l'apprentissage de la régulation de ses états comportementaux et affectifs. Devant l'importance des liens précoces, il est impérieux que les intervenants de la petite enfance soient en mesure (a) d'observer (b) d'évaluer et (c) d'intervenir auprès de cette relation. Il est maintenant clair que plus l'intervention est proximale et porte directement sur les comportements du parent, plus cette intervention est susceptible d'améliorer la qualité de la relation (Bell, 2008).

RÉFÉRENCES

- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229-243.
- Archer, C., & Burnell, A. (2008). *Traumatisme, attachement et permanence familiale. La peur peut vous empêcher d'aimer*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment intervention in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26(3), 191-216.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W.H. Freeman and Company.
- Bell, L. (2008). L'établissement de la relation parent-enfant. Un modèle d'évaluation et d'intervention ayant pour cible la sensibilité parentale. *L'infirmière clinicienne*, 5(2), 39-44.
- Bigras, M., LaFrenière, P.J., & Abidin, R.R. (1996). *Indice de stress parental. Manuel francophone en complément à l'édition américaine*. New York, NY: Multi-Health Systems Inc.
- Brazelton, T.B. (1962). Crying in infancy. *Pediatrics*, 29, 579-588.
- Brazelton, T.B., Als, H., Tronick, E., & Lester, B.M. (1977). The Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale (BNBAS). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5(3), 215-229.
- Brazelton, T.B., & Cramer, B. (1991). *Les premiers liens. L'attachement parents/bébé vu par un pédiatre et par un psychiatre*. Paris, France : Stock/ Laurence Pernoud/Calmann-Lévy.
- Brazelton, T.B. (1994). *Points forts. Les moments essentiels du développement de votre enfant 1. De la naissance à 3 ans*. Paris, France : Stock/ Laurence Pernoud.
- Christensen, L.B. (2007). *Experimental methodology* (10ième édition). Boston, MA: Pearson.
- Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B., & Marvin, R. (2005). The Circle of Security Intervention. Dans L.J. Berlin, Y. Ziv, L.M. Amaya-Jackson, & M.T.Greenberg (dir.), *Enhancing Early Attachments: Theory, Research, Intervention, and Policy*. New York, NY: Guilford Press.
- Craignic-Phillipe, R., & Tordjman, S. (2009). Effets du stress pendant la grossesse sur le développement du bébé et de l'enfant. *Archives de pédiatrie*, 16, 1355-1363.
- D'apolito, K. (1991). What is an organized infant? *Neonatal Network*, 10(1), 23-29.

- Desjardins, N., Dumont, J., Laverdure, J., & Poissant, J. (2003). *L'attachement au cœur du développement de l'enfant : guide pour soutenir le développement de l'attachement de la grossesse à deux ans*. Institut de recherche de santé publique du Québec. Document de travail non publié, version du 10 octobre 2003.
- Egeland, B. (2009). Programmes d'intervention et de prévention portant sur l'attachement et destinés aux jeunes enfants. Dans R.E. Tremblay, R.G. Barr, R.De.V. Peters (dir.), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* (pp. 1-8). Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., Conde, A., & Teixeira, C. (2007). Anxiété, dépression et investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse. *Devenir, 19*, 243-260.
- Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, H., & Higgitt, A. (1993). Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relation between parent's mental representations of childhood experiences and their infant's security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 41*, 957-989.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal, Québec : Éditions Sciences et Culture.
- Groleau, D. (2005). La détresse et l'enfantement : l'hyperemesis gravidarum revisité en contexte migratoire. *Évolution Psychiatrique, 70*(3), 623-641.
- Guedeney, A., Charron, J., Delour, M., & Fermanian, J. (2001). L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (ADBB). *La Psychiatrie de l'enfant, 1*, 211-231.
- Hollins, K. (2007). Consequences of antenatal mental health problems for child health and development. *Current opinion in obstetrics and gynecology, 19*, 568-572.
- Juhel, J. (2008). Les protocoles individuels dans l'évaluation par le psychologue praticien de l'efficacité de son intervention. *Pratiques psychologiques, 14*, 357-373.
- Keren, M., & Copelfi, M.D. (2008). *Dépression chez le bébé : Étiologie, symptomatologie, et traitement*. Dans Recueil de textes du Colloque international de l'AQSMN : Pratiques cliniques en première enfance. Troubles relationnels et fragilités constitutionnelles. (2009).
- Ladouceur, R., & Bégin, G. (1986). *Protocoles de recherche en sciences appliquées et fondamentales*. St-Hyacinthe, Québec : Édisem.
- Larin, S., St-Georges, R., Jacques, C., Otis, N., & Desaulniers, R. (2006). *Programme en intervention relationnelle. Guide d'intervention*. Direction de la qualité des services professionnels. Les Centres jeunesse de Lanaudière.

- Lieberman, A.F., Padron, E., Van Horn, P., & Harris, W.W. (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26, 504-520.
- Logston, M.C., Wisner, K.L., & Pinto-Foltz, M.D. (2006). The impact of postpartum depression on mothering. *JOGNN*, 35, 652-658.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2007a). *L'attachement au cœur du développement du nourrisson. Outil d'aide à la tâche*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2007b). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Naître ici et venir d'ailleurs. Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente*. Gouvernement du Québec.
- Moss, E., Tarabulsy, G.M., St-Laurent, D., Bernier, A., & Cyr, C. (2007). L'intervention auprès des familles maltraitantes fondée sur les principes de l'attachement. Dans C. Chamberlain, S. Léveillé, & N. Trocme (dir.). *Enfants à protéger : parents à aider-des univers à rapprocher*. Québec, Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Noreau, V., & Tarabulsy, G.M. (2001). *Programme de soutien aux jeunes parents*. Document de travail non publié : version préliminaire 1.0 Université Laval.
- Nugent, J.K., Keefer, C.H., Minear, S., Johnson, L.C., & Blanchard, Y. (2007). *Understanding Newborn Behavior Early Relationships. The Newborn Behavioral Observations (NBO) System Handbook*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Oppenheim, D., & Goldsmith, D.F. (2007). *Attachment theory in clinical work with children: Bridging the gap between research and practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Parent, S., Ménard, A., & Pascal, S. (2000). La prévention des problèmes d'attachement à la petite enfance. Dans F. Vitaro & C. Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les jeunes. Tome 1 : les troubles internalisés*. (pp. 305-352). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Pederson, D.R., Morant, G., & Bento, S. (1999). *Q-Sort des comportements maternels : enfant de 0 à 12 mois*. Révision de l'adaptation française d'Andrée Fontaine (1994) du Q-Sort de Pederson et al. (1990).

- Philliber Research Associates. (2001). *The Clinical Neonatal Behavioral Assessment Scale (CLNBAS): Training outcomes*. New York, NY: Accord.
- Poinso, F., & Glangeaud-Freudenthal, N.M.-C. (2009). L'enfant dans les unités mère-bébé en France et en Belgique: Historique et résultats d'une recherche multicentrique (Chapitre 9) dans *Orage à l'aube de la vie. Liens précoces, pathologies puerpérales et développement des nourrissons dans les unités parents-bébé*. Paris, France : Éditions Érès.
- Pronovost, J., Morin, J., Dumont, M., & Leclerc, D. (1998). *Apprendre à faire face*. Traduction française de E. Frydenberg & R. Lewis (1993). Adolescent Coping Scale. Montréal, Québec : La Chenelière.
- Reck, C., Hunt, A., Fuchs, T., Weiss, R., Noon, A., Moehler, E... Mundt, C. (2004). Interactive Regulation of Affect in Postpartum Depressed Mothers and Their Infants: An Overview. *Psychopathology*, 37(6), 272-280.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation. Une conception. Une méthode*. Montréal, Québec : Éditions Sciences et Culture.
- Rivard, V., & Bouchard, S. (1998). Les protocoles à cas uniques. Dans S. Bouchard, & C. Cyr (dir.), *Recherche psychosociale : pour harmoniser recherche et pratique* (pp. 195-230). Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Schore, A.N. (2008). *La régulation affective et la réparation du soi*. Montréal, Québec: Les éditions du CIG.
- Spector, A.Z. (2006). Fatherhood and depression: a review of risks, effects and clinical application. *Issues in mental health nursing*, 27, 867-883.
- Steele, M., & Baradon, T. (2004). Clinical use of the adult attachment interview in parent-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 25(4), 284-299.
- Stern, D.N. (1995). *The Motherhood Constellation*. New York, NY: BasicBooks.
- St-Laurent, D., Larin, S., Tarabulsy, G.M., Moss, E., Bernier, A., Dubois-Comtois, K., & Cyr, C. (2008). Intervenir auprès des familles vulnérables selon les principes de la théorie de l'attachement. *L'infirmière clinicienne*, 5(2), 21-29.
- Tarabulsy, G.M., Larose, S., Pederson, D.R., & Moran, G. (2006). *Attachement et développement. Le rôle des premières relations dans le développement humain*. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Tarabulsy, G.M., Provost, M.A., Bordeleau, S., Trudel-Fitzgerald, C., Moran, G., Trabelsi, M... Pierce, T. (2009). Validation of a brief version of the Maternal Behavior Q-Set. *Infant Behavior and Development*, 32, 132-136.

- Tarabulsky, G.M., Robitaille, J., Lacharité, C., Deslandes, J., & Coderre, R. (1998). L'intervention auprès de jeunes mères et de leur enfant : perspective de la théorie de l'attachement. *Criminologie*, 31(1), 7-23.
- Thomas, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Teti, D. M., Gelfand, D. M., Messinger, D., & Isabella, R. (1995) Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364-376.
- Van den Boom, D.C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers and irritable infants. *Child Development*, 65, 1457-1477.
- Van den Boom, D.C. (1995). Do first-year intervention effects endure? Follow up during toddlerhood of a sample of Dutch irritable infants. *Child Development*, 66, 1798-1816.
- ZERO TO THREE/National Center for Infants, Toddlers and Families. (1998). *Classification Diagnostique de 0 à 3 ans*. Genève, Suisse : Éditions Médecine et Hygiène.

ANNEXE I

Composante programme et contenu :

Présentation du projet aux familles

ANNEXE II

Composante programme et contenu :

Formulaire de consentement au suivi psychoéducatif



Présentation du projet aux familles

1. Prise de contact : présentations mutuelles
2. Présentation du suivi de développement et de mon projet de maîtrise

Au Centre Premier Berceau, lorsque le bébé est âgé d'environ deux mois, nous proposons aux familles un suivi du développement de l'enfant. Le but de ce suivi est de prendre le temps d'observer votre bébé, son développement moteur, cognitif, socio-affectif; de répondre à vos questions et de prévoir les étapes de développement à venir.

En effet, il existe plusieurs études qui confirment que la compréhension du bébé, des différentes stratégies qu'il utilise pour manifester ses besoins, de ses caractéristiques, de sa façon de communiquer, assure le bon développement de ses compétences cognitives et socio-affectives. C'est cette bonne compréhension et la réponse du parent à ses besoins qui permet au bébé de s'investir dans l'exploration de son environnement. Dans le cadre de ma maîtrise, j'ai donc décidé de mettre sur pied des activités permettant d'enrichir la compréhension que les parents possèdent de leur bébé.

Il s'agit de 8 rencontres spéciales d'une durée de 1h30 à 2h00, avec une pause collation. Les rencontres se déroulent à domicile. Chaque rencontre comporte un temps pour une activité interactive filmée, le visionnement de la vidéo et une discussion sur un thème spécifique répondant à vos besoins. Par exemple, il est prévu que l'on discute des activités qu'il est possible de réaliser avec votre bébé selon son âge, des stades de développement, du massage pour bébé. C'est donc une approche basée sur le jeu parent-enfant et un lieu où il sera possible d'entendre vos préoccupations concernant le développement de votre enfant. La vidéo permet de s'attarder à observer les comportements et réactions de votre bébé sans être pris dans le vif de l'action. J'utilise la vidéo parce que c'est un bon moyen pour connaître votre enfant et ça permet de revoir ce qui vient juste de se passer. C'est mieux que de se fier juste à sa mémoire. Il sera possible pour vous de choisir votre enregistrement préféré et de le conserver comme souvenir.

Enfin, pour mon projet, j'aurai besoin de recueillir un certain nombre de données avant, pendant, et après les 8 rencontres spéciales pour évaluer l'impact des activités sur la compréhension que vous avez de votre bébé ainsi que sur son développement. Comme c'est vous l'expert, vous me serez d'une aide précieuse. Vous serez donc appelée à jouer un rôle actif pendant les rencontres. Parfois, il sera possible que je vous demande de réaliser des petites activités avec votre bébé entre deux rencontres. Je vous remettrai également de la documentation qui pourra vous être utile.

3. Réponse aux questions
4. Signature des formulaires de consentement
5. Prise de rendez-vous : Lors des deux premières rencontres, le but sera de me permettre d'apprendre à vous connaître ainsi que votre bébé. J'utiliserai alors la vidéo simplement pour que l'on s'habitue à sa présence, sans que l'on visionne ensemble les enregistrements.

Formulaire de consentement au suivi psychoéducatif

Je, soussigné(e) _____ fais appel
(nom du parent)

aux services de MARIE FRANCE DOUCET, stagiaire à la maîtrise en
psychoéducation, pour procéder au suivi du développement de mon enfant :

(nom de l'enfant)

Je comprends que le suivi consistera en 12 rencontres familiales (mère-enfant) et se
déroulera à domicile.

Je comprends que les rendez-vous doivent être honorés ou annulés au moins 24 heures
avant le moment prévu pour la rencontre.

Signature du parent : _____

Date : _____



ANNEXE III

Composante programme et contenu :
Autorisation pour enregistrement audio et vidéo



Autorisation pour enregistrement audio et vidéo

Je, soussigné(e) _____
(nom du parent)

autorise MARIE FRANCE DOUCET du Centre Premier Berceau, situé au 2187 rue Larivière, Montréal (QC) H2K 1P5, à faire ou à prendre des :

Enregistrements sonores : Oui Non

Enregistrements vidéo : Oui Non

Et à les utiliser pour les fins du suivi de développement de mon enfant et de son projet de maîtrise, à la condition que les précautions soient prises afin de respecter la confidentialité.

Je comprends que tout enregistrement que le Centre pourrait avoir de ma famille sera détruit lors de la fermeture de mon dossier.

Je comprends aussi que je pourrai demander de conserver une copie de ces enregistrements au terme de l'intervention.

J'émet cependant les restrictions suivantes (facultatif) :

Je réserve le droit de faire effacer l'enregistrement de notre famille sur expédition d'un avis écrit à la demanderesse.

Je certifie que j'ai lu et compris ce consentement relatif à l'utilisation d'enregistrement.

Signature du parent : _____

Date : _____

ANNEXE IV

Composante programme et contenu :

Planification des rencontres



Planification des rencontres

Rencontre de présentation de l'intervention

<i>Objectifs</i>	<i>Contenu : thème de discussion</i>	<i>Activité interactive</i>	<i>Moyen de mise en relation</i>	<i>Évaluation des effets</i>	<i>Évaluation de la mise en œuvre</i>
1. Présentation du projet à la famille 2. Signature du formulaire de consentement au suivi psychoéducatif 3. Signature du formulaire de consentement à l'enregistrement vidéo 4. Prise de rendez-vous pour le pré-test	Objectifs, lieu Durée des rencontres Rétroaction vidéo ...	N/D	N/D	N/D	N/D

Pré-test 1 (T1)

<i>Objectifs</i>	<i>Contenu : thème de discussion</i>	<i>Activité interactive</i>	<i>Moyen de mise en relation</i>	<i>Évaluation des effets</i>	<i>Évaluation de la mise en œuvre</i>
1. Apprendre à connaître le bébé et la famille 2. S'habituer à la présence de la caméra	Attentes, besoins en lien avec les activités interactives Énoncé du code et des procédures Présence d'autres personnes lors des rencontres	Activité du quotidien	Vidéo	Mini-MBQS ISP NBO	N/D

Pré-test 2 (T2)

<i>Objectifs</i>	<i>Contenu : thème de discussion</i>	<i>Activité interactive</i>	<i>Moyen de mise en relation</i>	<i>Évaluation des effets</i>	<i>Évaluation de la mise en œuvre</i>
<p>1. Continuer à s'habituer à la présence de la caméra</p> <p>2. Partage des connaissances de la mère sur son enfant</p>	Choix d'un espace au domicile qui favorise la disponibilité de bébé	Activité du quotidien	Vidéo	<p>Questionnaire maison</p> <p>Mini-MBQS</p> <p>Grille Marcé</p>	N/D

Rencontre 1 (T3)

<i>Objectifs</i>	<i>Contenu : thème de discussion</i>	<i>Activité interactive</i>	<i>Moyen de mise en relation</i>	<i>Évaluation des effets</i>	<i>Évaluation de la mise en œuvre</i>
<p>1. Prise de contact</p> <p>2. Introduire comment va se dérouler la rétroaction vidéo</p>	Anamnèse	Comme d'habitude	<p>Génogramme</p> <p>Vidéo : activité dyadique qui ne requiert pas de répondre à une consigne, lecture générale</p>	<p>Mini-MBQS</p>	<p>Check-list Conformité de l'intervention</p> <p>Journal de bord Degré d'exposition</p> <p>Grille d'évaluation Participation des sujets (intervenante)</p> <p>Journal de bord : Qualité de la mise en application</p>

Rencontre 2 (T4)

<i>Objectifs</i>	<i>Contenu : thème de discussion</i>	<i>Activité interactive</i>	<i>Moyen de mise en relation</i>	<i>Évaluation des effets</i>	<i>Évaluation de la mise en œuvre</i>
<p>1. La mère augmentera ses connaissances face aux besoins correspondant à l'âge de son bébé.</p> <p>2. La mère augmentera ses connaissances face aux stades de développement correspondant à l'âge de son bébé.</p> <p>3. La mère augmentera son habileté à identifier les compétences de son bébé.</p> <p>4. La mère augmentera son habileté à identifier les signes de difficultés de son bébé.</p>	<p>Découverte (besoins, stades de développement, compétences et signes de difficultés du bébé)</p>	<p>Quand je serai grande (mise en situation)</p>	<p>Activité dessin : je vous présente mon enfant</p> <p>Vidéo : activité qui ne requiert pas de répondre à une consigne, lecture générale</p> <p>Documentation à remettre au parent : tableau sur les étapes du développement.</p> <p>Réinvestissement quotidien des apprentissages : carnet d'activités</p>	<p>Mini-MBQS</p> <p>Questionnaire maison</p>	<p>Check-list Conformité de l'intervention</p> <p>Journal de bord Degré d'exposition</p> <p>Grille d'évaluation Participation des sujets (mère)</p> <p>Journal de bord : Qualité de la mise en application</p>

Rencontre 3 (T5)

<i>Objectifs</i>	<i>Contenu : thème de discussion</i>	<i>Activité interactive</i>	<i>Moyen de mise en relation</i>	<i>Évaluation des effets</i>	<i>Évaluation de la mise en œuvre</i>
<p>1. La mère explorera diverses façons d'établir des contacts physiques chaleureux et réconfortants avec son bébé (massage, portage)</p>	<p>Proximité</p> <p>Retour sur le carnet d'activité</p>	<p>Collé-Collé et je pars dans l'espace</p>	<p>Vidéo : activité parent-enfant plus directive pour provoquer un changement positif dans la relation</p>	<p>Mini-MBQS</p>	<p>Check-list Conformité de l'intervention</p> <p>Journal de bord Degré d'exposition</p> <p>Grille d'évaluation Participation des sujets (intervenante)</p> <p>Journal de bord : Qualité de la mise en application</p>

Rencontre 4 (T6)

<i>Objectifs</i>	<i>Contenu : thème de discussion</i>	<i>Activité interactive</i>	<i>Moyen de mise en relation</i>	<i>Évaluation des effets</i>	<i>Évaluation de la mise en œuvre</i>
<p>1. La mère augmentera ses connaissances face aux activités à réaliser en lien avec l'âge de son bébé.</p> <p>2. La mère augmentera ses connaissances face aux soins à donner en lien avec l'âge de son bébé.</p> <p>3. La mère augmentera son habileté à identifier les préférences de son bébé.</p>	<p>Découverte (activités, soins à donner et préférences du bébé)</p>	<p>À toi de choisir!</p>	<p>Vidéo : activité parent-enfant plus directive pour provoquer un changement positif dans la relation</p> <p>Bilan : Bulletin d'information périodique</p>	<p>Mini-MBQS</p>	<p>Check-list Conformité de l'intervention</p> <p>Journal de bord Degré d'exposition</p> <p>Grille d'évaluation Participation des sujets (mère)</p> <p>Journal de bord : Qualité de la mise en application</p>

Rencontre 5 (T7)

<i>Objectifs</i>	<i>Contenu : thème de discussion</i>	<i>Activité interactive</i>	<i>Moyen de mise en relation</i>	<i>Évaluation des effets</i>	<i>Évaluation de la mise en œuvre</i>
<p>1. La mère augmentera son habileté à s'engager auprès de son bébé lorsqu'il signale son désir d'interaction.</p> <p>2. La mère décrira les signaux d'intérêt de son bébé.</p> <p>3. La mère reconnaîtra les signaux de contentement de son bébé.</p>	<p>Contact affectif (désir d'interaction, signes d'intérêt et de contentement du bébé)</p>	<p>Je parle pour toi!</p>	<p>Vidéo : activité parent-enfant plus directive pour provoquer un changement positif dans la relation</p>	<p>Mini-MBQS</p> <p>Grille Marcé</p>	<p>Check-list Conformité de l'intervention</p> <p>Journal de bord Degré d'exposition</p> <p>Grille d'évaluation Participation des sujets (intervenante)</p> <p>Journal de bord : Qualité de la mise en application</p>

Rencontre 6 (T8)

<i>Objectifs</i>	<i>Contenu : thème de discussion</i>	<i>Activité interactive</i>	<i>Moyen de mise en relation</i>	<i>Évaluation des effets</i>	<i>Évaluation de la mise en œuvre</i>
<p>1. La mère augmentera son habileté à attendre le signal de son bébé pour se manifester à nouveau à lui suite à une période de désengagement.</p> <p>2. La mère décrira les signaux de désintérêt de son bébé.</p>	Communication	Miroir, miroir	<p>Vidéo : activité parent-enfant plus directive pour provoquer un changement positif dans la relation</p> <p>Documentation à remettre au parent</p> <p>Réinvestissement quotidien des apprentissages : carnet d'activités</p>	Mini-MBQS	<p>Check-list Conformité de l'intervention</p> <p>Journal de bord Degré d'exposition</p> <p>Grille d'évaluation Participation des sujets (mère)</p> <p>Journal de bord : Qualité de la mise en application</p>

Rencontre 7 (T9)

<i>Objectifs</i>	<i>Contenu : thème de discussion</i>	<i>Activité interactive</i>	<i>Moyen de mise en relation</i>	<i>Évaluation des effets</i>	<i>Évaluation de la mise en œuvre</i>
<p>1. La mère décrira les signaux de fatigue de son bébé.</p> <p>2. La mère reconnaîtra les signaux de détresse de son bébé.</p> <p>3. La mère augmentera son habileté à apaiser son bébé lorsqu'il est en détresse.</p> <p>4. La mère se rendra disponible pour offrir une réponse émotive positive à son bébé.</p>	Contact affectif (signaux de fatigue et de détresse chez le bébé et disponibilité maternelle)	Visage impassible	Vidéo : consolider les acquis, visionnement d'une activité des premières semaines pour voir le progrès	Mini-MBQS	<p>Check-list Conformité de l'intervention</p> <p>Journal de bord Degré d'exposition</p> <p>Grille d'évaluation Participation des sujets (intervenante)</p> <p>Journal de bord : Qualité de la mise en application</p>

Rencontre 8 (T10)

<i>Objectifs</i>	<i>Contenu : thème de discussion</i>	<i>Activité interactive</i>	<i>Moyen de mise en relation</i>	<i>Évaluation des effets</i>	<i>Évaluation de la mise en œuvre</i>
<p>1. La mère augmentera la constance de sa réponse aux besoins de son bébé.</p> <p>2. La mère décrira les réactions de son bébé à la suite de ses comportements.</p> <p>3. Durant les jeux et les soins, la mère augmentera son habileté à maintenir l'intérêt de son bébé en lui parlant et en imitant ses comportements.</p>	<p>Engagement</p> <p>Retour sur le carnet d'activité</p>	Tout nouveau, tout beau	<p>Vidéo : consolider les acquis, ramener un jeu qui a eu beaucoup de succès auprès de la dyade</p> <p>Bilan : Bulletin d'information périodique</p>	Mini-MBQS	<p>Check-list Conformité de l'intervention</p> <p>Journal de bord Degré d'exposition</p> <p>Grille d'évaluation Participation des sujets (mère)</p> <p>Journal de bord : Qualité de la mise en application</p> <p>Entrevue qualitative : niveau de satisfaction (mère)</p>

Post-test 1 (T11)

<i>Objectifs</i>	<i>Contenu : thème de discussion</i>	<i>Activité interactive</i>	<i>Moyen de mise en relation</i>	<i>Évaluation des effets</i>	<i>Évaluation de la mise en œuvre</i>
1. Bilan de la situation de la famille et des compétences du bébé	<p>Prise de la photo pour le certificat</p> <p>Vérification de l'intérêt du parent à obtenir un CD des enregistrements vidéo</p>	N/D	N/D	<p>Mini-MBQS</p> <p>ISP</p> <p>NBO</p> <p>Consultation du dossier des familles et du clinicien de référence : Débordement de l'intervention</p>	N/D

Post-test 2 (T12)

<i>Objectifs</i>	<i>Contenu : thème de discussion</i>	<i>Activité interactive</i>	<i>Moyen de mise en relation</i>	<i>Évaluation des effets</i>	<i>Évaluation de la mise en œuvre</i>
1. Bilan des connaissances acquises par la mère 2. Remerciements	Poursuite de l'accompagnement au niveau du suivi du développement de l'enfant	N/D	Remise du certificat de participation	Questionnaire maison Mini-MBQS Grille Marcé	N/D

ANNEXE V

Composante programme et contenu :

Activités interactives

LES ACTIVITÉS INTERACTIVES IMPLIQUANT DES BÉBÉS (DE 0 À 9 MOIS)

Tableau 3. Activités interactives impliquant des bébés (de 0 à 9 mois)

Activités	Axes d'intervention ciblés	Annotations
1. Comme d'habitude...	↓ Sensibilité ☺ Engagement	
2. À toi de choisir !	↻ Réciprocité ↓ Sensibilité	
3. Miam-miam !	↓ Sensibilité ☺ Engagement	
4. Miroir, miroir !	↓ Sensibilité ↻ Réciprocité	
5. Visage impassible	☺ Engagement ↻ Réciprocité	
6. Dos à dos, face à face	✋ Proximité ↻ Réciprocité	
7. Collé, collé	✋ Proximité	
8. Jeux enfantins	☺ Engagement ✋ Proximité	

Légende			
👉 Consignes suggérées	✍ Matériel proposé	ⓘ Remarque importante	
↓ Sensibilité	↻ Réciprocité	✋ Proximité	☺ Engagement

FICHE # 1 : COMME D'HABITUDE...

De 0 à 9 mois

MATÉRIEL

✍ Cubes en plastique, marmite de triage, hochet, anneaux de couleur, livre mou, marionnette, petit toutou, autre jouet de la maison ou provenant du matériel de l'intervenant.

① Choisir un jouet approprié à l'âge de l'enfant.

CONSIGNES/AXES D'INTERVENTION CIBLÉS

☞ « Voici un jouet. Je vous demande de jouer avec votre enfant comme vous le faites d'habitude. »

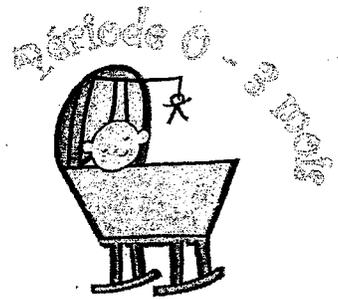
① Cette consigne est souvent la première activité interactive filmée durant l'intervention.

! Déceler la capacité du parent à décoder et à répondre à l'enfant.

☞ « Voici un jouet. Je vous demande de jouer comme vous le faites habituellement mais j'aimerais que vous félicitez votre enfant plusieurs fois durant le jeu (p. ex. : Bravo ! Tu es bon ! WOW !). C'est important de mettre de l'emphase sur vos bravos et vos encouragements lors d'une réussite (verbale, non verbale ou physique) ».

☺ Augmenter la réponse émotionnelle du parent face à l'enfant.

Quand je serai grand, quand je serai grande



Contenu

Cette fiche propose une activité de mise en situation axée sur les étapes du développement de l'enfant.

Axes d'intervention

Engagement et régularité

Objectifs

Augmenter la connaissance des stades de développement de l'enfant.

Augmenter la connaissance des caractéristiques individuelles de l'enfant.

Demander au parent d'installer confortablement son enfant dans ses bras et d'imaginer comment ce dernier sera dans un mois, dans un an et enfin, dans deux ans.

Amorcer la discussion en posant au parent les questions suivantes :

- quelles sont les compétences actuelles de son enfant?
- quels sont ses traits de caractère ou manières d'agir?
- comment voit-il son enfant lorsque celui-ci pourra s'asseoir sans aide?
- comment voit-il son enfant lorsque celui-ci pourra manger des purées?
- comment voit-il son enfant lorsque celui-ci marchera?
- comment voit-il son enfant lorsque celui-ci parlera?

Cette mise en situation vise à échanger sur les compétences actuelles de l'enfant et les étapes de son développement à venir. Ces informations permettront au parent de mieux se préparer aux étapes ultérieures et de s'adapter aux nouvelles habiletés de l'enfant.

Suggestions et commentaires pour l'intervention

Être attentif aux attentes et aux croyances du parent. Aider le parent à formuler des attentes réalistes.

FICHE # 7 : COLLÉ, COLLÉ

De 0 à 9 mois

MATÉRIEL

✍ Aucun

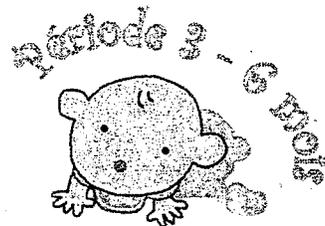
CONSIGNES/AXES D'INTERVENTION CIBLÉS

🗣 « Je vous demande de bercer votre enfant, de le faire rebondir sur vos genoux ou de vous coucher par terre et de courber votre corps de sorte qu'il entoure votre enfant qui est assis devant vous. Le dos de l'enfant est ainsi appuyé sur votre ventre. Je vous invite à lui parler, à lui chanter une chanson ou à le caresser doucement. »

① Prendre en considération les aptitudes ou intérêts du parent.

👉 Favoriser et augmenter la fréquence des contacts physiques.

Je pars dans l'espace!



Contenu

Cette fiche propose deux activités de jeu axées sur le contact physique entre le parent et son enfant.

Axes
d'intervention

Sensible à
proximité

Objectifs

Augmenter les
habiletés à
détecter les
signaux de
l'enfant

Augmenter les
habiletés à
interpréter
correctement les
signaux de
l'enfant

Augmenter les
habiletés à
saisir et
appliquer

rapidement une
réponse juste et
appropriée au
signal de
l'enfant

Augmenter la
fréquence et la
durée des
contacts

physiques et
chaud entre
le parent et son
enfant

Augmenter la
réponse motiva-
tionnelle à l'enfant

L'avion

Demander au parent de prendre le bébé par la taille et de le soulever doucement en regardant son visage et en lui souriant. Le parent peut dire à l'enfant ce qu'il fait.

On monte, on descend, on vole, etc.

Évaluer avec le parent s'il est temps de cesser le jeu au moyen des réactions de l'enfant :

- il ferme les yeux;
- il détourne le visage et met ses mains devant son visage;
- il pleure ou émet de petits cris;
- il repousse le parent;
- il gigote ou se cabre.

La berçante

Demander au parent d'asseoir l'enfant sur ses cuisses face à lui en le soutenant fermement sous les bras. Puis, lui suggérer de se balancer de l'avant à l'arrière, doucement, puis de gauche à droite, tout en parlant.

On se balance! Ouh! Ouh!

Évaluer avec le parent s'il est temps de cesser le jeu.

Suggestions et commentaires pour l'intervention

L'activité vise à ce que le parent et l'enfant prennent plaisir à ce jeu de contact et de sensations. Le parent apprend ainsi à reconnaître les signes indiquant que l'enfant ne veut plus jouer, qu'il est temps de changer de jeu, de calmer l'enfant, de le cajoler ou encore de lui laisser un temps de repos.

FICHE # 2 : À TOI DE CHOISIR!

De 0 à 9 mois

MATÉRIEL

✍ Cubes en plastique, marmite de triage, hochet, anneaux de couleur, livre mou, marionnette, petit toutou, autre jouet de la maison ou provenant du matériel de l'intervenant.

① Disposer entre un et trois jouets différents appropriés à l'âge de l'enfant.

CONSIGNES/AXES D'INTERVENTION CIBLÉS

🔊 « Vous allez proposer trois jouets à l'enfant. C'est l'enfant qui choisit avec quoi il veut jouer et comment. Vous allez l'accompagner dans ses choix et suivre son jeu. »

① Il est recommandé de présenter des jeux que l'enfant a déjà explorés dans des situations antérieures et qui ont eu un « succès » avec la dyade.

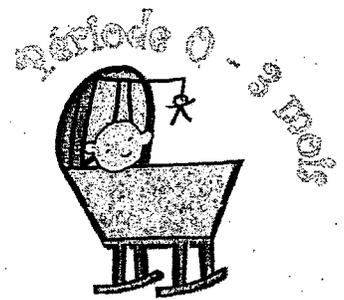
② Augmenter les connaissances du parent sur les caractéristiques individuelles de l'enfant (les jeux qu'il préfère, lui).

🔊 « Voici un jouet, vous allez accompagner votre enfant dans le jeu. Votre tâche est de suivre votre enfant, de lui laisser les initiatives. Vous pouvez répondre quand il vous parle et entrer dans son jeu, mais vous ne prenez pas les commandes ».

① Pour plus de détails sur cette consigne, il faut consulter les documents sur l'intervention « *Watch, Wait and Wonder* » (Muir, Lojkasek et Cohen, 1999).

⚡ Augmenter la capacité du parent à détecter et à répondre aux signaux de l'enfant, à suivre le rythme et les choix de l'enfant.

Je joue et tu souris!



Contenu

Cette fiche propose deux activités de mise en situation, servant à outiller les parents afin qu'ils comprennent mieux les signaux du bébé.

AXES

d'intervention

Sensibilité et engagement

Objectifs

Augmenter les

habiletés de

signaux de

l'enfant

Atteindre les

habiletés à

interpréter

correctement les

signaux de

l'enfant

Augmenter les

habiletés à

sélectionner et à

produire

rapidement une

réponse juste et

appropriée aux

signaux de

l'enfant

Atteindre la

préoccupation

de maintenir

surveillance

constante de

l'enfant

Et si j'étais toi?

Profiter d'un moment où le parent interagit naturellement avec son enfant pour traduire en mots les signaux de l'enfant, soit en parlant à la place de l'enfant, soit en décrivant ses réactions.

Regarde maman, comme je suis bien dans cette position. Je te souris maintenant et je veux continuer à jouer avec toi!

Regarde comme il est bien dans cette position. Il te sourit. Il veut continuer à jouer avec toi.

Cette intervention permet au parent d'apprendre à décoder les signaux de l'enfant. Verbaliser au parent tous les gestes, sourires, pleurs et autres attitudes de l'enfant, pendant deux ou trois minutes, en disant par exemple :

Je t'écoute et j'aime quand tu me parles.

Tiens bien mon hochet devant mes yeux, j'aime regarder ses couleurs.

Ton bébé t'écoute et aime quand tu lui parles. Continue à bien tenir son hochet devant ses yeux, il aime ses couleurs.

Je parle pour toi!

Dans cette deuxième activité, inverser les rôles avec le parent. Pendant l'interaction de l'intervenante avec l'enfant, le parent parle à la place de l'enfant en traduisant en paroles ce qu'il semble exprimer par son regard, ses gestes, etc. Par exemple, si l'activité semble agréable pour l'enfant, le parent peut dire :

J'aime serrer ton doigt dans mon petit poing, laisse-le là encore un peu.

Si le parent se sent mal à l'aise de parler à la place de l'enfant, lui proposer de décrire ce que ressent l'enfant durant l'activité, ce que lui-même comprend de son sourire ou de ses pleurs, de ses réactions, de son attitude corporelle, etc. Encourager le parent à poser des questions sur les réactions de son enfant.

FICHE # 4 : MIROIR, MIROIR !

De 0 à 9 mois

MATÉRIEL

✍ Aucun

CONSIGNES/AXES D'INTERVENTION CIBLÉS

☞ « Vous allez imiter les mimiques, mouvements et sons de votre enfant. Centrez-vous sur le haut du corps de l'enfant. »

① L'enfant doit être en position assise ou semi-assise ; la dyade est face à face. La durée maximum de l'activité est de trois minutes.

⚡ Augmenter chez le parent la connaissance des signaux de l'enfant.

☞ *Idem.*

⌚ Augmenter chez le parent la connaissance des caractéristiques individuelles de l'enfant.

⌚ Augmenter la capacité de communiquer de l'enfant.

FICHE # 5 : VISAGE IMPASSIBLE

De 0 à 9 mois

MATÉRIEL

✍ Aucun

CONSIGNES/AXES D'INTERVENTION CIBLÉS

↩ « Il y a trois étapes dans cette activité (chacune dure entre 30 et 60 secondes).

Phase 1 : Vous allez interagir avec votre enfant comme habituellement (sans jouet).

Phase 2 : Vous allez adopter le visage neutre (impassible) sans réagir à votre enfant.

Phase 3 : Idem à la phase 1. »

① Installer le parent et l'enfant face à face ; il n'y a pas de jouet. Il est important de tolérer un certain malaise dans la phase #2. Ce malaise pourra être utilisé pendant la rétroaction.

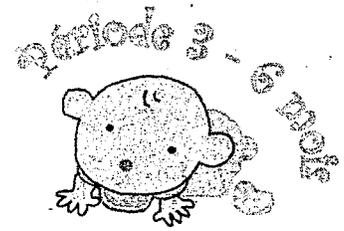
☺ Augmenter la réponse émotionnelle du parent par rapport à l'enfant.

↩ *Idem.*

⌚ Favoriser les contacts visuels parent-enfant.

⌚ Reconnaissance des efforts de l'enfant dans l'interaction.

Tout nouveau, tout beau!



Contenu

Cette fiche propose une activité de jeu axée sur les comportements d'exploration.



Demander au parent de présenter un jouet à son enfant. À cet âge, les enfants découvrent les objets par la bouche. Il est donc normal que le bébé tente de goûter à l'objet présenté.

Encourager le parent à observer son enfant.

- ☆ Que fait l'enfant lorsque le parent lui présente l'objet : se détourne-t-il ou s'anime-t-il?
- ☆ Que fait-il avec l'objet : cherche-t-il à savoir, en le frappant sur sa petite chaise, si celui-ci est dur ou mou, ou s'il produit des sons?
- ☆ Porte-t-il l'objet à sa bouche pour en connaître la forme et le goût?

Suggérer au parent de verbaliser les comportements de son enfant par des phrases telles que : *Ah! Tu veux savoir si ton nouveau hochet fait du bruit?*

Inviter le parent à présenter différents objets à son enfant afin de diversifier les expériences tactiles de ce dernier; les objets peuvent être rugueux ou doux, ronds ou carrés, et peuvent être touchés avec la bouche, la main, la plante du pied, le dessus de la tête, etc.

Encourager le parent à faire preuve de créativité en choisissant les objets qu'il présente à l'enfant et féliciter tous les efforts d'imagination.

Suggérer de changer l'enfant de position lorsqu'il procède à ses explorations (ex. : assis, sur le ventre, sur le dos, debout, etc.).

Si l'enfant veut garder l'objet dans sa bouche, encourager le parent à le lui laisser et à prendre son temps avant de lui en présenter un autre. Un enfant peut explorer le même objet pendant plusieurs minutes.

Suggestions et commentaires pour l'intervention

Des parents peuvent penser que l'enfant exprime du désintérêt lorsqu'il porte les objets à sa bouche. Expliquer à la mère et au père que la bouche constitue le premier moyen d'exploration des enfants, et que tous les enfants de cet âge l'utilisent pour apprendre à connaître et à reconnaître les objets et les personnes.

ANNEXE VI

Composante programme et contenu :

Documentation remise aux mères lors de la discussion du thème Découverte



Grands principes du développement

- Le développement d'un enfant suit un ordre prévisible : la séquence de développement que suit l'enfant est la même pour tous.
- Le développement se fait de façon logique; l'enfant développe d'abord des habiletés simples et ensuite des habiletés plus complexes.
- Le développement est cumulatif : Chez l'enfant, toute nouvelle habileté s'ajoute aux précédentes et peut être appliquée à divers contextes.
- Tout enfant se développe à son propre rythme. Malgré la prévisibilité des étapes de développement, chaque enfant les franchit à son rythme. D'une sphère à l'autre du développement, on peut aussi noter des différences entre les enfants.
- Tout enfant présente des préférences et des caractéristiques individuelles qui se reflètent dans son comportement. Le caractère unique de l'enfant se manifeste non seulement dans son rythme de développement, mais aussi dans ses préférences.
- Le développement de l'enfant n'est pas linéaire.

Principes du développement moteur

- Le développement moteur suit une direction, allant de la tête vers les pieds.
- Le contrôle moteur se fait d'abord dans les parties proximales puis distales du corps. L'enfant contrôle les parties près de son corps avant les extrémités.
- Il y a dissociation progressive des parties du corps.
- Avant l'émergence d'une activité motrice volontaire, l'enfant démontre certaines réactions de type réflexe.



JE VOUS PRÉSENTE MON ENFANT

Nom : _____

Dessin :

Voici 3 compétences que je lui reconnais :

du développement de l'enfant

	Caractéristiques	Observations possibles
Développement socio-affectif	<ul style="list-style-type: none"> • Dès la naissance, préfère les visages humains. • La vie émotionnelle du nouveau-né est centrée sur ses sensations physiques (ex. : avoir faim, être fatigué, avoir froid ou chaud) et le répertoire de ses émotions varie des pleurs au gazouillement. • Les émotions du nourrisson peuvent être extrêmes. Celui-ci ne les régule pas facilement, il a besoin de l'aide de ses parents pour le faire. • Premier sourire vers 4 à 6 semaines. • Les sons familiers le rassurent. Lui parler doucement le calme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Je souris à un visage connu. • Je réagis au son d'une voix connue (bouge la tête). • Je distingue clairement ce qui se trouve à 30 cm et moins de moi. • Je commence à réagir à mon nom. • Je distingue la joie de la colère. • J'aime qu'on me caresse.
Développement physique et moteur	<ul style="list-style-type: none"> • De la naissance à 1 mois, exerce ses réflexes innés (ex. : réflexe de sursaut, réflexe de succion, réflexe de préhension). • Vers 2 mois, commence à maîtriser les mouvements de sa tête. • Vers 2-3 mois, saisit, relâche, saisit de nouveau et relâche un même objet. • En position ventrale, lève la tête. • Flexion ou demi-flexion des bras et des jambes. • Dès l'âge de 1 mois, suit des yeux un objet qui se déplace lentement dans son champ de vision. 	<ul style="list-style-type: none"> • Je dors plus longtemps entre mes boires. Je demeure éveillé deux heures d'affilée. • Je tiens ma tête droite et je peux la tourner pour suivre un objet des yeux. • Je soulève la tête et la poitrine, à plat ventre. • Je suis capable de me tourner sur le dos lorsque je suis couché sur le côté. • Je regarde inlassablement mes mains et mes pieds et étudie attentivement leurs mouvements. • Je commence à saisir des objets. • Je cherche à toucher le visage de mes parents.
Développement cognitif et du langage	<ul style="list-style-type: none"> • Ne fait pas la différence entre lui et son environnement, qu'il perçoit comme une extension de sa personne. • Dès la naissance, est capable d'imiter certains gestes simples comme ouvrir la bouche et sortir la langue. • Très tôt, établit les liens entre les événements de son environnement : <ul style="list-style-type: none"> - l'association au temps (ex. : le coucher après le bain); - les réactions provoquées par ses comportements (ex. : l'attention des parents en réponse à ses pleurs); - les liens de causalité (ex. : accéder à un objet en tirant sur la nappe). • De 1 à 4 mois, reproduit les comportements qui lui ont procuré par hasard des sensations agréables (ex. : sucer son pouce). • Les pleurs constituent un moyen rudimentaire de communication avec l'entourage. Au début, ils sont un réflexe généralement associé à des états désagréables. Graduellement, les pleurs deviennent volontaires, car l'enfant apprend qu'ils déclenchent des réponses à ses besoins. • Différents types de pleurs sont associés à des besoins variés (ex. : des pleurs liés à la fatigue, d'autres à la faim). • Dès les premiers mois, il vocalise et progresse vers le babillage (ex. : ga ga ga). • Bien qu'il ne comprenne pas le sens des paroles, il peut déduire les émotions comme la joie, la colère ou la tendresse à partir des intonations de la voix. 	<ul style="list-style-type: none"> • J'émet des sons surtout quand on me parle. • Je pleure pour signaler ma peine ou ma détresse. • Je suis capable d'imiter des comportements simples tels que ouvrir la bouche et sortir la langue. • Je m'intéresse de plus en plus à ce qui m'entoure. • Je m'intéresse aux couleurs vives.

du développement de l'enfant

	Caractéristiques	Observations possibles
<p>• Développement social affectif</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vers 4 mois, il commence à différencier sa mère et les gens familiers. • Il exprime une plus grande variété d'émotions : joie, colère, tristesse et anxiété. • Il commence à réagir aux inconnus. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>J'exprime mon affection aux figures connues par des sourires et regards plus fréquents.</i> • <i>Je réagis à mon image dans le miroir et souris.</i> • <i>Je m'intéresse beaucoup aux visages et aux objets.</i> • <i>Je tourne la tête en direction du bruit.</i>
<p>• Développement physique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vers 4 mois, il commence à s'intéresser aux objets qu'il considère comme attirants (ex. : il suit des yeux ou se tourne la tête vers les objets colorés, brillants ou qui produisent des sons). • Vers 4 mois, il apprend à saisir les objets et porte sa main ou des objets volontairement à sa bouche. • Entre 4 et 6 mois, il se tourne sur le dos lorsqu'il est en position ventrale et tient la position assise. • Vers 6 mois, il peut commencer à se mettre à quatre pattes et à ramper. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Je regarde la bouche, les yeux et les lèvres de celui qui me parle.</i> • <i>Je vois clairement les objets situés à moins d'un mètre.</i> • <i>Je reste éveillé plus longtemps.</i> • <i>Je peux demeurer assis quelques instants en équilibre sans aide.</i> • <i>Je joue avec mes mains et j'aime jouer avec mes pieds.</i> • <i>Je soulève la tête lorsque je suis couché sur le dos.</i> • <i>Je me tourne sur le dos lorsque je suis couché sur le ventre.</i>
<p>• Développement cognitif</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 4 et 8 mois, l'enfant commence à manipuler les objets et aime les agiter pour entendre leurs bruits (ex. : son hochet). • Il apprend à prolonger les expériences intéressantes : il découvre, par exemple, qu'en se mettant à gazouiller lorsqu'un visage amical apparaît, il parvient à prolonger la présence de ce visage. • La conscience de la permanence de l'objet s'amorce entre 4 et 8 mois et est totalement acquise vers 24 mois. • À 6 mois, il connaît certaines propriétés physiques des objets (ex. : un objet tombe s'il n'est pas supporté, un objet ne peut pas passer au travers d'un autre objet). • La compréhension du langage apparaît toujours plus tôt que la production volontaire du langage. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Je réagis à mon nom.</i> • <i>Je vocalise en faisant différents sons (ex. : ba, ma, pa, ta).</i> • <i>J'aime manipuler un hochet pour le bruit qu'il fait.</i> • <i>Je ris aux éclats.</i> • <i>Je réagis aux bruits familiers.</i> • <i>J'observe l'objet que je laisse tomber volontairement.</i>

Tableaux des stades de développement selon les groupes d'âge⁹

Les enfants de 0 à 9 mois (*les bébés*)

DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET AFFECTIF	DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE	DÉVELOPPEMENT COGNITIF	DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE
<p>De 0 à 2 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> Phase pré-attachement. Comportements qui favorisent la proximité émise, signalent ses besoins. Symbiose avec mère généralement. <p>De 2 à 6 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> Attachement en formation, mais personne n'est encore une base de sécurité. Dirige et discrimine de + en + ses préférences envers certaines personnes. Pas encore peur des étrangers. (ou amorce). Premiers sourires /interactions. <p>6 mois et plus</p> <ul style="list-style-type: none"> Imitation de plus en plus. Début de la peur des étrangers. Tout va dans la bouche. Interactions plus dynamiques. Rires aux éclats. 	<p>Habiletés motrices globales</p> <ul style="list-style-type: none"> Contrôle de la tête : de 1 à 4 mois. Rotation du corps : de 2 à 5 mois. Position assise seul : de 5 à 8 mois. Locomotion : de 5 à 10-11 mois. Position debout avec appui : 5 à 10 mois. <p>Habiletés motrices fines</p> <ul style="list-style-type: none"> Coordination œil-main s'acquiert de + en + (de 2 à 4-5 mois pour saisir un hochet). Pince pouce-index acquis (de 7 à 11 mois). <p>Général</p> <ul style="list-style-type: none"> Introduction alimentation solide >6 mois. L'exercice réflexes de la naissance s'atténuent avec l'âge. Sommeil entrecoupé. 	<p>Apprentissages</p> <ul style="list-style-type: none"> Intelligence sensimotrice (par les sens). Pas de permanence de l'objet. Vers 8 mois, il peut anticiper la position des objets. De l'exercice de simples réflexes vers la capacité de résoudre des problèmes simples. <p>Capacité de mémoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Mémoire présente dès la naissance surtout à court terme. Discrimination visuelle se raffine. Concentration de + en + grande avec âge. <p>Stimulation</p> <ul style="list-style-type: none"> <2 mois :Parler à l'enfant, le bercer, proposer des objets attirants (contrastes). > 3 mois : placer dans différentes positions, proposer des objets colorés (préhension simple), interagir beaucoup avec l'enfant, provoquer surprises, fournir jeux à transvider et jouets bruyants, procurer livres (tissu ou caoutchouc). 	<p>Langage réceptif</p> <ul style="list-style-type: none"> Dès la naissance, l'enfant a des réactions aux bruits. De + et + discrimine les sons Réagit à la voix. Comprend son nom vers 4-5 mois. <p>Langage expressif</p> <ul style="list-style-type: none"> De 1 à 6 mois : Fait des bruits avec sa bouche de + en + variés. Gazouillis (p. ex. : eueueueu) Vers 6 mois : babillage (p. ex. : bababa).

⁹ Tableaux inspirés de Bee (1997), p. 163-168 et p. 235-240 ainsi que de Duclos, Laporte et Ross (1994). Ces tableaux n'ont pas la prétention d'être complet, ils sont des points de repères pour des discussions avec les parents.

ANNEXE VII**Composante programme et contenu :****Documentation remise aux mères lors de la discussion du thème Communication**

Comment aider votre bébé à développer ses compétences

Ce que votre bébé vous communique :

Regarde-moi



Aide-moi



Partage avec moi



Votre rôle de parent :

Observer



Attendre



Se questionner



Soutenir et s'émerveiller



ANNEXE VIII

Composante programme et contenu :

Matériel nécessaire

1. Caméra vidéo
2. Cassettes
3. Trépied pour la caméra
4. Filage à raccordement pour visionner les images sur la télévision
5. Sac de transport pour le matériel
6. Jouets adaptés à l'âge de l'enfant pour la réalisation des activités (hochet, cubes en plastique, anneaux de couleur, livre avec des images, ballon mousse)
7. Documentation à remettre aux mères
8. Collation santé

ANNEXE IX

Composante moyens de mise en interaction :

Description des techniques d'intervention

L'humour : L'intervenante interprète par gestes ou reformule verbalement la conduite de la mère sous une forme humoristique.

L'aide opportune : L'intervenante intervient pour apporter de l'aide à la mère dans la réalisation de ses tâches, avant que celle-ci ne se bute à une difficulté susceptible de provoquer un déséquilibre inhibiteur.

La clarification : L'intervenante rappelle un ou des éléments de la conduite demandée, afin que le parent puisse la réajuster en fonction des objectifs à atteindre.

ANNEXE X

Composante système d'évaluation et de reconnaissance :

Bulletin informatif



Bulletin informatif

Activités interactives

Ce bulletin est un document informatif décrivant le déroulement et l'évolution des activités.

Rencontres 1 à 4

Rencontres 5 à 8

Nom de l'enfant : _____ Nom du parent : _____

Intervenante assignée au suivi du développement : _____

Date des rencontres réalisées : _____

Commentaires (annulation d'une rencontre, problèmes techniques, etc.) :

Axes touchés par les activités interactives filmées, visionnées et discutées avec le parent (jeux et exercices du quotidien donnant l'opportunité au parent et à l'enfant d'être en interaction) :

- Sensibilité (capacité à décoder, interpréter et répondre aux signaux de l'enfant dans un temps adéquat)
- Réciprocité (qualité de la communication entre le parent et l'enfant où les réponses sont mutuelles et partagées)
- Proximité (aisance mutuelle dans les contacts physiques, rapprochement émotionnel et diminution de la détresse de l'enfant lors de ces contacts)
- Engagement (responsabilité et connaissances du parent face à la sécurité, au développement et au bien-être de l'enfant)

Thèmes de discussion travaillés avec le parent (prises de conscience, information ciblée et pistes de travail sur différents sujets liés à la relation parent-enfant) :

- Anamnèse : Prise de contact avec le parent, la grossesse, les premiers contacts
- Découverte : Les besoins, les stades de développement, les compétences, les signes de difficultés, les activités à réaliser, les soins à donner et les préférences de bébé
- Proximité : Établir des contacts physiques chaleureux et réconfortants
- Contact affectif : Les signaux d'intérêt, de contentement, de fatigue et de détresse du bébé, les émotions
- Communication : Période d'engagement et de désengagement du bébé, l'importance des moments de jeu
- Engagement : La routine

Progrès verbalisés par le parent concernant sa relation avec son enfant :

Impressions de l'intervenante concernant le cheminement réalisé par le parent et l'enfant :

Signature du parent : _____ Date : _____

Signature de l'intervenante : _____ Date : _____

ANNEXE XI

Composante système d'évaluation et de reconnaissance :

Certificat de participation

Certificat de participation

Activités interactives

DÉCERNÉ À



ET

Photo

Été/Automne 2010

Félicitations

ANNEXE XII

Composante système d'évaluation et de reconnaissance :

Carnet d'activités

CARNET D'ACTIVITÉS

AVEC MON ENFANT



REMARQUE RECONNAÎT RÉPOND

SEMAINE NO : _____

DATE : _____

Cette semaine et tout au long du projet, nous vous suggérons de faire au moins une activité de 10 minutes à votre choix.

Le but de l'activité :

AVOIR DU PLAISIR AVEC VOTRE ENFANT

Choisissez idéalement un moment où vous vous sentez calme et disponible. En général, si vous faites une activité que l'enfant a envie de faire et qui vous fait plaisir, il y a de fortes chances que le but soit atteint.

À la fin de l'activité, nous vous invitons à remplir le carnet en répondant à quelques questions.

N'oubliez pas que lorsque votre enfant a du plaisir à faire une activité avec vous, c'est vous qui lui procurez ce plaisir.

ACTIVITÉ

- Je m'occupe de ses soins corporels.
- Je le berce.
- Je joue avec lui (legos, blocs, poupée).
- Je l'amène au parc, au magasin.
- Je regarde la télévision avec lui.
- Je regarde des livres et lui raconte des histoires.
- Je dessine avec lui.
- Autre :

QUEL A ÉTÉ LE COMPORTEMENT DE MON ENFANT ? (remarque)

- Réagit calmement.
- Agité.
- Rit.
- Sourit.
- Pleure.
- Se met en colère.
- Parle.
- Autre :

QU'EST-CE QUE JE COMPRENDS DE SON COMPORTEMENT ? (reconnait)

- Il a un mauvais caractère.
- Il fait exprès.
- Il manipule.
- Il a un problème, et j'avais le même quand j'étais enfant.
- C'est moi le problème.
- Nous avons une incompatibilité de caractère.
- Il m'en veut, il est méchant avec moi.
- Il aime vraiment cette activité.
- Autre :

COMMENT AI-JE RÉPONDU À MON ENFANT ? (répond)

- Je le félicite.
- Je le cajole.
- Je crie.
- Je le critique.
- Je l'ignore.
- Autre :

QU'EST-CE QUE MON ENFANT A VOULU ME DIRE ? (reconnait)

- Il était fatigué.
- Il n'aimait pas cette activité.
- Il était en colère.
- Il était content.
- Il voulait continuer de jouer.
- Il aimait être avec moi.
- Autre :

Suite à l'activité...

J'ai eu du plaisir avec mon enfant lorsque...

J'ai vécu des difficultés avec mon enfant lorsque...

Je suis content(e) de moi parce que...

ANNEXE XIII

Évaluation de la mise en œuvre :
Liste de vérification de la conformité



Liste de vérification

Date

Conformité :

Thèmes

Prévus	Abordés

Commentaires : _____

Dosage

Prévu	Alloué
Durée de la rencontre : 120 minutes	
Durée de l'activité interactive : 3 à 15 minutes	
Durée de la discussion : 30 minutes	

Commentaires : _____

Stratégies de gestion des apprentissages

Prévus	Utilisées
Génogramme	
Jeux parent-bébé	
Jeux intervenant-bébé	
Modelage/démonstrations	
Participation du parent	
Discussions/documentation remise	
Rétroaction vidéo	

Commentaires : _____

ANNEXE XIV

Évaluation de la mise en œuvre :
Journal de bord, degré d'exposition



Rencontres		Durée
1	Durée totale de la visite	
	Durée de la phase de rétroaction vidéo	
2	Durée totale de la visite	
	Durée de la phase de rétroaction vidéo	
3	Durée totale de la visite	
	Durée de la phase de rétroaction vidéo	
4	Durée totale de la visite	
	Durée de la phase de rétroaction vidéo	
5	Durée totale de la visite	
	Durée de la phase de rétroaction vidéo	
6	Durée totale de la visite	
	Durée de la phase de rétroaction vidéo	
7	Durée totale de la visite	
	Durée de la phase de rétroaction vidéo	
8	Durée totale de la visite	
	Durée de la phase de rétroaction vidéo	

Nombre de visites à domicile réalisées au terme de l'intervention : _____

ANNEXE XV

Évaluation de la mise en œuvre :

Grille d'évaluation maison, qualité de la participation

ANNEXE XVI

Évaluation de la mise en œuvre :

Journal de bord, qualité de la mise en application



Journal de bord

Qualité de la mise en application

Date

--

Actualisation de mes schèmes relationnels

Faible-----Excellent

Application des opérations professionnelles

Faible-----Excellent

Voir mes notes libres dans le cahier de la famille

ANNEXE XVII

Évaluation de la mise en œuvre :

Entrevue qualitative sur la satisfaction eu égard à l'intervention

Entrevue qualitative sur la satisfaction eu égard à l'intervention

Date



1. Nature du répondant

Père Mère

2. Participant

Âge de l'enfant : _____

Sexe de l'enfant :

F M

3. Questions ouvertes

Par rapport à vos attentes à propos des activités à domicile, que constatez-vous au terme des rencontres?

Par rapport aux besoins auxquels souhaitaient répondre les activités à domicile, que constatez-vous au terme des rencontres?

Par rapport aux comportements de votre bébé, qu'avez-vous observé entre le début et la fin des activités à domicile?

Par rapport à vos connaissances eu égard à votre bébé et son développement, qu'avez-vous constaté entre le début et la fin des activités à domicile?

Par rapport à la rétroaction vidéo, qu'avez-vous observé entre le début et la fin des activités à domicile?

Par rapport à l'animation des discussions lors des activités à domicile, qu'avez-vous à souligner?

Quels seraient vos commentaires généraux sur les activités à domicile auxquelles vous avez participé?

ANNEXE XVIII

Évaluation des effets :

Évaluation des capacités d'autorégulation chez le nourrisson, Newborn Behavioral Observations

Newborn Behavioral Observations (NBO) system

(Nugent, Keefer, Minear, Johnson & Blanchard, 2007)

Nom _____ Sexe du bébé _____ Date de naissance _____
 Date _____
 Age gestationnel _____ Poids _____ APGAR _____ Parité _____
 Type d'alimentation _____ Lieu: _____
 Nom de l'observateur _____ Présent _____

ITEM	OBSERVATION	CHECKLIST
1. Habituation à la lumière	<i>Habitue</i> facile quelque difficulté grande difficulté	___ Sommeil
2. Habituation au son	<i>Habitue</i> facile quelque difficulté grande difficulté	___ Protection du sommeil
3. Tonus: bras et jambes	fort modéré faible	___ Tonus musculaire
4. Points cardinaux	fort modéré faible	___ Alimentation
5. Succion	fort modéré faible	___ Alimentation
6. Grasping palmaire	fort modéré faible	___ Toucher et contact
7. Tiré-assis	fort modéré faible	___ Force/robustesse
8. Ramper	fort modéré faible	___ Position de sommeil
9. Réponse au visage et voix	bonne assez bonne faible	___ Interaction social
10. Réponse au visage	bonne assez bonne faible	___ Vision
11. Orientation à la voix	bonne assez bonne faible	___ Ouïe
12. Orientation au son (hochet)	bonne assez bonne faible	___ Ouïe
13. Suivi visuel (balle)	bonne assez bonne faible	___ Signes de communication
14. Pleurs	peu parfois beaucoup	___ Pleurs
15. Consolabilité	facilement avec soutien avec difficulté	___ Consolabilité
16. Régulation des états	organisé modéré désorganisé	___ Régulation/tempérament
17. Signes de stress: couleur, trémulations, sursauts	organisé modéré désorganisé	___ Seuil sensoriel aux stimulations
18. Activité	bien modulé mélangé beaucoup ou peu	

NBO RECORDING GUIDELINES

Profil du comportement et recommandations

Points forts:

Vulnérabilités et besoin de soutien :

Autres commentaires :

*** Utiliser le « checklist » pour vous aider à identifier les points à discuter ou à poursuivre.**

NBO RECORDING GUIDELINES

1. Habituation à la lumière 2. Habituation au son (Hochet)

3 facile	<i>Habitue au stimulus facilement (après 1 ou jusqu'à 5 présentations)</i>
2 quelque difficulté	<i>Habitue avec quelque difficulté (après 6 ou plus présentations)</i>
1 grande difficulté	<i>Demeure incapable de s'habituer aux stimulus après 10 présentations</i>

3. Tonus musculaire: Bras et Jambes

3 fort	<i>Tonus modulé dans les bras et les jambes, observation d'un bon "repli"</i>
2 modéré	<i>Tonus mélangé ou inégal</i>
1 faible	<i>Peu ou pas de tonus dans les jambes ou bras</i>

4. Points cardinaux

3 fort	<i>Se tourne vers le côté stimulé</i>
2 modéré	<i>Tourne après un délai</i>
1 faible	<i>Minime ou ne tourne pas la tête</i>

5. Succion

3 fort	<i>Maintient une succion forte et rythmique</i>
2 modéré	<i>Succion faible</i>
1 faible	<i>Pas de succion</i>

6. Grasping palmaire

3 fort	<i>Grasping solide</i>
2 modéré	<i>Réponse modérée - léger mouvement des doigts</i>
1 faible	<i>Pas de réponse</i>

7. Tiré-assis

3 fort	<i>Peu de relâchement de la tête, ramène la tête à la ligne médiane, maintient pour 3 secondes</i>
2 modéré	<i>Relâchement de la tête, peut la ramener à la ligne médiane mais ne peut la maintenir</i>
1 faible	<i>Incapable de ramener la tête à la médiane</i>

8. Ramper

3 fort	<i>Mouvements coordonnés des bras et jambes, dégage le visage</i>
2 modéré	<i>Tentatives de bouger les bras et les jambes</i>
1 faible	<i>Ne dégage pas le visage, ni bouge les membres</i>

9. Réponse au Visage et Voix

3 bonne	<i>Se centre et suit avec des mouvements harmonieux des yeux et de la tête</i>
2 assez bonne	<i>Se calme et se centre avec un peu de suivi visuel</i>
1 faible	<i>Se centre brièvement, et/ou pas de suivi avec les yeux</i>

10. Réponse au Visage

3 bonne	<i>Se centre et suit avec des mouvements harmonieux des yeux et de la tête</i>
2 assez bonne	<i>Se calme et se centre avec un peu de suivi visuel</i>
1 faible	<i>Se centre brièvement, et/ou pas de suivi avec les yeux</i>

11. Orientation à la Voix & 12. Orientation au Son

3 bonne	<i>Se calme et s'éclaire, tourne et trouve la source du son</i>
2 assez bonne	<i>Se calme et s'éclaire, peut tourner les yeux mais ne trouve pas la source du son</i>
1 faible	<i>Yeux demeurent fermés ou engourdis, aucune réaction au son</i>

13. Suivi Visuel (balle)

3 bonne	<i>Se centre et suit avec des mouvements harmonieux des yeux et de la tête</i>
2 assez bonne	<i>Se calme et se centre avec un peu de suivi visuel ; « perd » souvent la balle</i>
1 faible	<i>Se centre brièvement et/ou aucun suivi avec les yeux</i>

14. Pleurs

3 peu	<i>Pleure peu ou peu agité</i>
2 parfois	<i>Pleure et/ou est agité parfois</i>
1 beaucoup	<i>Pleure constamment</i>

15. Consolabilité

3 facilement	<i>Se calme facilement ou s'auto-apaise par lui-même</i>
2 avec soutien	<i>Se calme si bercer ou emmaillotté</i>
1 avec difficulté	<i>Très difficile à consoler ou inconsolable; ne s'auto-apaise jamais</i>

16. Régulation des Etats

3 organisé	<i>Etats sont bien définis et les passages entre états sont harmonieux et peuvent être prédits</i>
2 modéré	<i>Etats sont relativement bien définis et les passages entre états relativement harmonieux et peuvent être prédits</i>
1 désorganisé	<i>Incapable de maintenir des états bien définis, passages entre états imprévisibles</i>

17. Signes de Stress (Trémulation, Couleur, Sursaut)

3 organisé	<i>Pas de trémulations ou sursauts, changements minimes de couleur; haut seuil de tolérance</i>
2 modéré	<i>Quelques trémulations et sursauts, changements de couleur; seuil moyen de tolérance</i>
1 désorganisé	<i>Beaucoup de sursauts et/ou trémulations et/ou changements de couleur; base seuil de tolérance</i>

18. Activité

3 modulé	<i>Toujours bien modulé</i>
2 moyen	<i>Niveau d'activité moyen</i>
1 très élevé/bas	<i>Soit toujours très actif ou aucune activité</i>

Conseils "Checklist"

Utiliser le « checklist » pour vous aider à identifier les points à discuter ou à poursuivre

ANNEXE XIX

Évaluation des effets :

Évaluation des connaissances de la mère concernant son enfant, Questionnaire maison



Questionnaire maison

Date

Selon vous, quelles sont les activités qu'il est possible de réaliser avec un bébé de _____ mois?

1. _____
2. _____
3. _____

Selon vous, quels sont les soins à donner à un bébé de _____ mois?

1. _____
2. _____
3. _____

Selon vous, quels sont les principaux besoins d'un bébé de _____ mois?

1. _____
2. _____
3. _____

Selon vous, qu'est-ce qui caractérise le bébé de _____ mois au niveau de son développement?

1. Socioaffectif : _____

2. Physique et moteur : _____

3. Cognitif et langagier : _____

Selon vous, quelles sont les principales compétences de votre bébé?

1. _____
2. _____
3. _____

Selon vous, votre bébé vit-il certaines difficultés? Si oui, lesquelles?

Selon vous, quelles sont les préférences de votre bébé?

1. _____
2. _____
3. _____

ANNEXE XX

Évaluation des effets :

Évaluation de la sensibilité parentale, Mini-Q-Sort



Feuille de cotation

tri de cartes sur les comportements maternels

Parent : _____ Âge : _____ Enfant : _____ Âge : _____

Évalué le : _____ Par : _____

Évaluation 1 _____ 2 _____ 3 _____

Cette feuille sert à des fins cliniques. L'observateur inscrit les numéros des cartes selon l'ordre du tri effectué. En dessinant un cercle autour des items les plus fortement associés au développement d'un attachement sécurisant et un carré autour des items les plus fortement associés au développement d'un attachement insécurisant, cette procédure permet de visualiser les priorités d'intervention.

Comportements typiques (40 items)

9. Extrêmement _____

8. Très _____

7. Assez _____

6. Peu _____

Total : _____ _____

Comportements neutres (10 items)

5. Neutre _____

Total : _____ _____

Comportements atypiques

4. Peu _____

3. Assez _____

2. Très _____

1. Extrêmement _____

Total : _____ _____

Localisez les numéros des items qui constituent des facteurs de protection favorables au développement d'un attachement sécurisant en encerclant les numéros suivants : 20, 27, 29, 34, 35, 57, 62, 71, 81, 89. Localisez les numéros qui constituent des facteurs de risque de développement d'un attachement insécurisant en encadrant les numéros suivants : 5, 17, 22, 32, 54, 66, 67, 70, 88, 90. Faites la somme dans chaque section.

ANNEXE XXI

Évaluation des effets :

Évaluation du niveau de proximité physique et affective entre la mère et le bébé, Grille Marcé

CAZAS, O. ; French and Belgium MBU's. 2005. « The French standardized file for full-time joint admission to mother-baby Units », *Archives Women's Mental Health*, 8, 2, p. 136.

CHAUVIN, A. 1992. « Troubles mentaux des parents. Souffrance des enfants », *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 40 (8-9), p. 476-485

DURAND, B. ; YEHEZKIEL, G. ; GLANGEAUD-FREUDENTHAL, M.-C. ; CLERC, C. ; AMZALLAG, C. ; The mother-baby Units discussion-group. 1999. « Instrument for weekly nursing assessment of mother-baby interaction », *Archives of Women's Mental Health*, 2, p. 127.

DURAND, B. ; YEHEZKIEL, G. 1999. « Évaluation de la relation mère enfant dans une unité d'hospitalisation conjointe », *Spirale : L'hospitalisation mère-bébé*, n° 10, p. 115-128.

GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N.M.C. ; Groupe de recherche UMB-SMF. 2003. « Données franco-belges (1999-2000) sur les facteurs liés à une séparation mère-enfant à l'issue d'une hospitalisation en Unité mère-bébé (UMB) », dans A. Debouze et M. Blazy (sous la direction de), *Séparation précoce : rapt, échec ou perte*, Toulouse, érès, coll. « Mille et un bébés », 61, p. 69-74

GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N.M.C. ; Groupe de recherche UMB-SMF. 2004. « Prévention et prise en charge des perturbations du lien mère-enfant lors de pathologies mentales maternelles en postpartum précoce », dans M. Dugnat (sous la direction de), *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, Toulouse, érès.

GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N.M.C. ; SUTTER, A.-L. ; LAFONT, Y. ; CAZAS, O. ; RAINELLI, C. ; CAMMAS, R. ; CHAMPION, M. ; ZIMMERMANN, A. ; MASSARI, B. ; DEBOURG, P. ; MARON, M. ; POINSO, F. ; NEZELOF, S. ; SOULIE, M. ; DUMOUTIER, C. ; DAKOWSKI, C. ; MBU-SMF working group. 2006. « Babies admitted with their mother in psychiatric Mother-Baby units (MBU) in France and Belgium », *Infant Mental Health*, suppl 27, 3A (abstract).

MORISSEAU, L. ; CAMMAS, R. ; VOLKINGER, A. 1997. « Aspects développementaux du bébé au sein d'une Unité mère-bébé », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 45, (11-12), p. 730-732.

MORISSEAU, L. 1998. « Comment organiser la sortie d'une mère psychotique et de son bébé sur le secteur ? Hospitalisation mère-bébé et secteur », *Perspectives psychiatriques*, novembre-décembre, 37, 5, p. 353-357.

MIGNOT, C. 2003. « Le signalement et après ? », dans Actes colloques 6^e journées des UMB, Marseille.

POINSO, F. ; GAY, M.-P. ; GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N.M.C. ; RUFO, M. 2002. « Care in a mother-baby psychiatric Unit: analysis of separation at discharge », *Archives of Women's Mental Health*, 5/2, p. 49-58.

INTERACTIONS MÈRE-NOURRISSON POUR UN BÉBÉ DE 2 À 6 MOIS (âge corrigé)
Point de vue de l'enfant

Interactions corporelles	Interactions visuelles	Interactions vocales	Interactions faciales
<p>Gestualité :</p> <p>0 Exprime une gestualité adaptée et satisfaisante, ses mouvements corporels sont réguliers et harmonieux.</p> <p>1 Exprime une gestualité adaptée mais pauvre avec un ralentissement des mouvements corporels</p> <p>2 Exprime une gestualité très importante avec des mouvements corporels vifs accélérés ou dys-harmonieux.</p> <p>3 N'exprime aucune gestualité.</p>	<p>Initiation de l'interaction :</p> <p>0 Recherche du regard sa mère. Peut aussi solliciter un tiers et accrocher un objet.</p> <p>1 Ne recherche pas sa mère du regard mais peut rechercher le regard d'un tiers.</p> <p>2 Ne recherche ni le regard de sa mère ni le regard d'un tiers mais accroche un objet.</p> <p>3 Refuse tout contact visuel ou peut montrer un regard fixe.</p>	<p>Initiation de l'interaction :</p> <p>0 Vocalise vers sa mère régulièrement.</p> <p>1 Vocalise vers sa mère mais avec des moments de rupture.</p> <p>2 Vocalise peu vers sa mère mais vocalise vers un tiers.</p> <p>3 Vocalise de façon excessive et intense.</p> <p>4 Ne vocalise jamais vers sa mère ni vers un tiers.</p>	<p>Initiation du sourire :</p> <p>0 Sourit à sa mère et à un tiers.</p> <p>1 Sourit uniquement à sa mère.</p> <p>2 Sourit à un tiers mais pas à sa mère.</p> <p>3 Sourit sans différenciation quelle que soit la personne.</p> <p>4 Ne sourit jamais.</p>
<p>Dialogue corporel :</p> <p>0 Le dialogue corporel du bébé est adéquat, il semble détendu et peut trouver une position corporelle confortable.</p> <p>1 Le dialogue corporel du bébé est adéquat globalement avec des ruptures de tonus hypertonique et/ou hypotonique.</p> <p>2 Le dialogue corporel du bébé est adéquat mais celui-ci semble très réactif et irritable.</p> <p>3 Le dialogue corporel du bébé montre une hypertonie avec attitudes du torse contractées, figées ou arqueboutées.</p> <p>4 Le dialogue corporel du bébé montre une hypotonie avec un torse peu maintenu et mou.</p>	<p>Maintien de l'interaction :</p> <p>0 Maintient le regard de façon adéquate avec sa mère et avec un tiers.</p> <p>1 Regarde sa mère de façon discontinue mais maintient le regard avec un tiers.</p> <p>2 Regarde de façon discontinue.</p> <p>3 Evite de façon active le regard avec sa mère mais peut le maintenir avec un tiers.</p> <p>4 Evite de façon active le regard.</p>	<p>Maintien des vocalises :</p> <p>0 Maintient l'échange vocal de façon adéquate avec sa mère et avec un tiers.</p> <p>1 Maintient l'échange vocal de façon discontinue avec sa mère mais de façon continue avec un tiers.</p> <p>2 Maintient l'échange vocal mais de façon discontinue.</p> <p>3 Ne vocalise pas en réponse à sa mère mais vocalise vers un tiers.</p> <p>4 Ne vocalise pas.</p>	<p>Réponse au sourire :</p> <p>0 Répond au sourire de sa mère et à un tiers.</p> <p>1 Répond au sourire d'un tiers mais pas à sa mère.</p> <p>2 Ne répond pas au sourire.</p>
<p>Contacts corporels :</p> <p>0 Recherche les contacts corporels avec sa mère de façon adéquate.</p> <p>1 Ne recherche pas les contacts corporels avec sa mère mais les accepte.</p> <p>2 Recherche de façon massive les contacts corporels avec sa mère.</p> <p>3 Refuse les contacts corporels avec sa mère mais les recherche et les accepte avec un tiers.</p> <p>4 Refuse tout contact corporel.</p>	<p>Expression du regard :</p> <p>0 Regarde avec une expression adéquate.</p> <p>1 Regarde avec hypervigilance, semble aux aguets.</p> <p>2 Présente un regard vide.</p>	<p>Pleurs :</p> <p>0 Pleure de temps en temps et se montre facilement consolable par sa mère ou un tiers.</p> <p>1 Pleure longtemps ou très souvent mais se montre consolable par sa mère ou un tiers.</p> <p>2 Pleure longtemps ou très souvent, se montre inconsolable par sa mère mais consolable par un tiers.</p> <p>3 Pleure et geint très souvent. Paraît inconsolable.</p> <p>4 Ne pleure presque jamais.</p>	<p>Autres expressions du visage</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Interactions corporelles	Interactions visuelles	Interactions vocales	Interactions faciales
<p>Dialogue tonique :</p> <p>0 Tient son bébé de manière confortable, assurant à celui-ci une sécurité, avec un ajustement de la distance.</p> <p>1 Tient son bébé de façon confortable mais de façon discontinue avec des réactions brusques fréquentes.</p> <p>2 Tient son bébé dans une trop grande proximité, dans une difficulté à ajuster la distance.</p> <p>3 Tient son bébé à distance supportant mal les rapprochés corporels.</p> <p>4 Tient de façon inconfortable son bébé, dans une difficulté à ajuster la distance, portant atteinte à la sécurité physique du bébé.</p>	<p>Initiation de l'interaction :</p> <p>0 Cherche le regard de son bébé de façon adaptée pour initier l'interaction.</p> <p>1 Cherche le regard de son bébé mais de façon discontinue.</p> <p>2 Cherche le regard de son bébé avec insistance sans initier l'interaction.</p> <p>3 Ne cherche jamais le regard de son bébé.</p>	<p>Rythme et ajustement :</p> <p>0 Parle fréquemment à son bébé dans une continuité d'échanges.</p> <p>1 Parle rarement à son bébé mais dans une continuité d'échanges.</p> <p>2 Parle fréquemment à son bébé mais avec des moments de rupture.</p> <p>3 Parle de façon quasiment ininterrompue à son bébé sans tenir compte de sa disponibilité et de sa réactivité.</p> <p>4 Ne parle que rarement, voire jamais, à son bébé.</p>	<p>Expression du visage :</p> <p>0 Les expressions du visage sont adaptées et variées.</p> <p>1 Les expressions du visage sont variées mais inadéquates.</p> <p>2 Les expressions du visage sont adaptées mais pauvres.</p> <p>3 Les expressions du visage sont inadéquates et pauvres.</p>
<p>Postures :</p> <p>0 Tient ou installe son bébé dans une position qui permet l'échange.</p> <p>1 Peut tenir ou installer son bébé dans une position qui permet l'échange mais de façon discontinue.</p> <p>2 Ne tient pas ou n'installe jamais son bébé dans une position qui permet l'échange.</p>	<p>Maintien de l'interaction :</p> <p>0 Maintient le regard avec son bébé de façon continue.</p> <p>1 Maintient le regard avec son bébé mais de façon discontinue en se laissant distraire par l'environnement.</p> <p>2 Maintient le regard avec son bébé mais de façon discontinue avec évitement actif.</p>	<p>Discours : contenu et affect :</p> <p>0 S'adresse à son bébé dans un discours adapté avec des affects adaptés.</p> <p>1 S'adresse à son bébé dans un discours adapté mais avec des affects non concordants.</p> <p>2 S'adresse à son bébé dans un discours inadéquat, les affects sont présents mais non concordants.</p> <p>3 S'adresse à son bébé dans un discours inadéquat ou pauvre sans affect.</p>	
<p>Gestes de tendresse :</p> <p>0 Caresse et embrasse son bébé de façon adéquate.</p> <p>1 Caresse et embrasse son bébé de façon apparemment adéquate mais avec des ruptures.</p> <p>2 Caresse et embrasse son bébé très souvent sans s'ajuster à lui.</p> <p>3 Manipule ou touche son bébé de façon inadéquate, excessive ou brusque.</p> <p>4 Ne peut pas toucher son bébé.</p> <p>5 Manipule ou touche son bébé de façon mécanique.</p>	<p>Expression du regard :</p> <p>0 Regarde le plus souvent son bébé avec une expression adaptée.</p> <p>1 Regarde le plus souvent son bébé de façon préoccupée et/ou inquiète.</p> <p>2 Regarde le plus souvent son bébé de façon intrusive et/ou agressive.</p> <p>3 Regarde le plus souvent son bébé de façon triste.</p> <p>4 Regarde le plus souvent son bébé de façon vide.</p> <p>5 Evite en permanence le regard de son bébé.</p>	<p>Expression vocale :</p> <p>0 L'expression vocale de la mère est adaptée.</p> <p>1 L'expression vocale de la mère est marquée par l'inquiétude.</p> <p>2 L'expression vocale de la mère est globalement ralentie et triste, sans modulation.</p> <p>3 L'expression vocale de la mère est marquée par l'agressivité.</p> <p>4 L'expression vocale de la mère est indifférente et mécanique.</p>	

APPRECIATION GLOBALE DES INTERACTIONS MÈRE-ENFANT

(en s'appuyant sur les deux pages précédentes)

	Interactions corporelles	Interactions visuelles	Interactions vocales
Continuité	<p>1 Continue</p> <p>2 Parfois</p> <p>3 Le plus souvent discontinue</p> <p>4 Toujours discontinue</p>	<p>1 Continue</p> <p>2 Parfois</p> <p>3 Le plus souvent discontinue</p> <p>4 Toujours discontinue</p>	<p>1 Continue</p> <p>2 Parfois</p> <p>3 Le plus souvent discontinue</p> <p>4 Toujours discontinue</p>
Richesse	<p>1 Riche</p> <p>2 Plutôt riche</p> <p>3 Plutôt pauvre</p> <p>4 Pauvre</p>	<p>1 Riche</p> <p>2 Plutôt riche</p> <p>3 Plutôt pauvre</p> <p>4 Pauvre</p>	<p>1 Riche</p> <p>2 Plutôt riche</p> <p>3 Plutôt pauvre</p> <p>4 Pauvre</p>
Bon ajustement des deux partenaires dans la relation interactive	<p>1 Très souvent</p> <p>2 Souvent</p> <p>3 Parfois</p> <p>4 Jamais</p>	<p>1 Très souvent</p> <p>2 Souvent</p> <p>3 Parfois</p> <p>4 Jamais</p>	<p>1 Très souvent</p> <p>2 Souvent</p> <p>3 Parfois</p> <p>4 Jamais</p>

Événements significatifs concernant la mère et/ou le bébé (dans les 8 jours écoulés) :

Dans le cadre de l'hospitalisation (3 réponses possibles) :

- 1 Annonce d'un projet de séparation.
- 2 Annonce d'un signalement aux autorités administratives ou judiciaires
- 3 Programmation de la sortie de l'unité mère-bébé
- 4 Aggravation de la symptomatologie initiale de la mère
- 5 Apparition de nouveaux troubles maternels (à préciser en clair)
- 6 Amélioration significative maternelle
- 7 Autre (à préciser en clair)

Dans le cadre d'événements familiaux extra-hospitalisation (4 réponses possibles) :

- 1 Séparation du couple
- 2 Accident d'un proche (préciser en clair)
- 3 Deuil d'un proche (préciser en clair)
- 4 Autre (à préciser en clair)

Une personne est-elle hospitalisée dans l'unité avec la mère et le bébé cette semaine (oui = 1 / non = 0)

Si oui :

- 1 Conjoint ou père du bébé (préciser lequel)
- 2 Grand-mère maternelle
- 3 Autre personne proche (préciser en clair)

Pendant combien de temps (en heure) ?