

Université de Montréal

Programme d'activités interactives mère-enfant (AIME).

Par

Josiane Parent

École de psychoéducation
Faculté des Arts et des Sciences

Rapport d'intervention présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de M. Sc.
en Psychoéducation

2 Juin 2010

©Parent, 2010

Sommaire

Le programme d'activités interactives mère-enfant (AIME) a pour but de prévenir le développement d'un attachement de type insécurisant chez les enfants de mères en difficulté fréquentant le CLSC. Ce programme s'adresse aux enfants âgés entre cinq et dix mois au début de l'intervention et à des mères recevant des services du CLSC étant donné un faible niveau d'éducation ou un statut socio-économique faible. Dans le but d'avoir un impact sur la relation d'attachement mère-enfant, ce programme vise à améliorer la sensibilité maternelle de la mère, à augmenter les émotions positives de la mère lorsqu'elle est en interaction avec son enfant, à augmenter ses connaissances sur le développement des enfants et à favoriser le développement global des enfants.

Le programme AIME comporte huit rencontres à domicile variant entre 75 et 90 minutes et offre divers moyens d'apprentissage à la dyade mère-enfant comme la discussion, le vidéo feed-back et les activités dirigées de stimulation. Trois dyades participent à l'ensemble du programme AIME. Celui-ci s'inspire principalement du programme en intervention relationnelle destiné à l'enfant (0-5 ans) et à son parent développé par Larin, St-Georges, Jacques, Otis et Desaulniers (2004).

Le devis expérimental utilisé est un protocole à cas unique de type ABA à prises de mesure répétées. Des mesures pré-test et post-test complètent la démarche d'évaluation. Ces mesures permettent de documenter autant la mise en œuvre du programme que les effets de l'intervention auprès des participants.

Les résultats obtenus tendent à démontrer que le programme AIME a été implanté tel que prévu par l'animatrice. De plus, il a eu des effets au niveau de l'augmentation de la sensibilité maternelle et du plaisir lors des interactions pour l'ensemble des participantes. Toutes les mères ont augmenté leurs connaissances sur le développement des enfants et la majorité des enfants participants présentent un développement global dans la norme. Ces résultats tendent à confirmer l'importance d'une intervention à cette période du développement de la relation mère-enfant.

Bien que cette intervention soit innovatrice pour le CLSC et qu'elle facilite la participation des mères en allant à leur domicile, il demeure que la généralisation des résultats est limitée étant donné le faible nombre de participants. Aussi, le moyen du vidéo feed-back s'est révélé être difficile à maîtriser par l'animatrice et peu apprécié par les mères.

Table des matières

Sommaire	p.ii
Table des matières	p.iii
Liste des tableaux	p.iv
Liste des figures	p.v
Liste des annexes	p.vi
Remerciements	p.vii
Introduction	p.1
Contexte théorique	p.2
Description de la problématique	p.2
Interventions déjà expérimentées	p.14
Intervention proposée	p.18
Méthodologie	p.20
Description	p.20
Évaluation de la mise en œuvre	p.26
Évaluation des effets	p.28
Résultats	p.31
Évaluation de la mise en œuvre	p.31
Évaluation des effets	p.43
Discussion	p.52
Jugement sur l'atteinte des objectifs	p.53
Liens entre les résultats et les composantes de l'intervention	p.57
Liens entre les résultats et le contexte théorique	p.59
Avantages et limites de l'intervention	p.61
Conclusion	p.65
Références	p.66

Liste des tableaux

Tableau 1 : Objectifs du programme d'intervention AIME.....	p.21
Tableau 2 : Contexte temporel des rencontres.....	p.23
Tableau 3 : Présentation des éléments de la mise en œuvre.....	p.27
Tableau 4 : Questions ouvertes posées aux mères liées à leur satisfaction.....	p.40
Tableau 5 : Les scores détaillés de sensibilité maternelle selon le <i>CARE-Index</i>	p.45

Liste des figures

Figure 1 : Chaîne prédictive d'un attachement de type insécurisant à l'enfance.....	p.13
Figure 2 : Calendrier des rencontres.....	p.34
Figure 3 : Nombre de devoirs remis par les mères.....	p.36
Figure 4 : Le temps moyen de chaque étape des rencontres.....	p.38
Figure 5 : Scores de sensibilité maternelle obtenus avec le <i>MBQS</i> pour les trois mères.....	p.44
Figure 6 : Scores obtenus des trois mères sur l'échelle de sensibilité maternelle <i>CARE-Index</i>	p.46
Figure 7 : Scores obtenus pour les trois mères sur l'échelle d'expression du plaisir.....	p.47
Figure 8 : Résultats obtenus par les trois mères au <i>KIDI</i>	p.48
Figure 9 : Scores obtenus par Nathan au GED.....	p.50
Figure 10 : Scores obtenus par Sheila au GED.....	p.50
Figure 11 : Scores obtenus par Mathieu au GED.....	p.51

Liste des annexes

Annexe I : Dépliant du programme AIME.....	p.71
Annexe II : Feuille de référence du programme AIME.....	p.72
Annexe III : Formulaire de consentement.....	p.74
Annexe IV : Manuel d'animation.....	p.75
Annexe V : Documents remis lors des rencontres.....	p.82
Annexe VI : Carnet d'activités des participantes.....	p.87
Annexe VII : Questionnaire sur la participation des mères par l'animatrice.....	p.97
Annexe VIII : Questionnaire sur la participation des mères au programme AIME.....	p.98
Annexe IX : Questionnaire sur la satisfaction des mères à participer au programme AIME.....	p.100
Annexe X : Journal de bord	p.103
Annexe XI : Grille de contrôle	p.104
Annexe XII : Grille d'observation : l'échelle de plaisir.....	p.105

*« Et quand tu veux quelque chose,
tout l'Univers conspire à te permettre de réaliser ton désir »*
Paulo Coelho.

Merci à ma famille, mes amis, mes collègues et mes professeurs.

Un merci spécial à Francis.

Il y a un peu de vous tous dans cet accomplissement.

Introduction

La relation d'attachement qui unie l'enfant à son donneur de soins est unique. C'est cette relation qui permet à l'enfant de développer sa sécurité pour l'exploration de son environnement et sa confiance envers les réponses de son parent (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Selon les capacités de la mère à répondre aux besoins de son enfant et le délai requis pour le faire, cela a un impact considérable sur le développement du lien d'attachement mère-enfant (Carlson & Sroufe, 1995). Ainsi, la sensibilité maternelle est une caractéristique souvent associée à l'attachement et de nombreuses études s'intéressent au lien entre ces deux variables (voir De Wolff & van IJzendoorn, 1997 pour une recension). Aussi, plusieurs éléments de la vie de la mère, de son environnement ou de son histoire de vie peuvent influencer sa relation avec son enfant. Un grand nombre de mères vivent la maternité avec plus de difficultés étant donné leur âge, leur éducation ou leur statut socio-économique.

Dans les CLSC, le programme des Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) permet de soutenir les mères en difficulté sur une période de cinq ans. Pour avoir accès à ce programme les mères doivent être âgées de moins de vingt ans à la naissance de l'enfant ou être âgées de plus de vingt ans à la naissance de l'enfant mais vivant dans l'extrême pauvreté (Ministère de la santé et des services sociaux, 2004). Un des objectifs de ce programme est d'améliorer la relation d'attachement parents-enfant. Bien que cela demeure un objectif des CLSC, peu d'interventions visent l'amélioration de cette relation. Le projet de maîtrise suivant porte sur l'élaboration et l'évaluation d'un programme d'intervention ayant pour but l'amélioration de la sensibilité maternelle des mères en difficulté.

Pour y arriver le présent travail comporte différentes parties. Tout d'abord un retour sur les principes de la théorie de l'attachement est fait. Par la suite les différents facteurs de risque et de protection permettent de situer les enjeux liés à la relation d'attachement. Une chaîne prédictive illustre bien ces liens et permet de cibler une période du développement pour l'intervention. Une description des programmes connus dans le domaine de la sensibilité maternelle et de l'attachement suit. À la lumière de ces nouvelles connaissances, un programme psychoéducatif est développé selon la structure d'ensemble de l'intervention psychoéducatif (Gendreau, 2000). Une sélection d'un devis et d'instruments est effectuée pour procéder à l'évaluation du programme. Suite à sa réalisation, ce programme est évalué au plan de sa mise en œuvre et de ses effets auprès des dyades. Le travail se termine par une discussion sur l'atteinte des objectifs et une critique des avantages et des limites de l'intervention.

Contexte théorique

Description de la problématique

Origine de l'attachement

Les expérimentations d'Harlow (1979) auprès des singes rhésus permettent de comprendre l'origine de l'attachement. En effet, les très jeunes singes devaient choisir entre une mère substitut fabriquée en fils de fer qui donne le biberon ou une mère en chiffon doux qui ne donne pas de nourriture. Les jeunes primates sont restés accrochés à la mère fait de chiffon et ils ont été vers l'autre mère seulement pour se nourrir. Les réactions des primates en situation effrayante ont aussi été testées. Il s'est avéré que les petits singes se sont serrés contre le corps de la mère substitut fait de chiffon et que le plaisir du contact maternel désensibilisait face à des situations menaçantes (Harlow, 1979).

Par ses divers travaux, Bowlby définit l'attachement comme étant un lien affectif durable qui unit le jeune enfant à sa mère ou à son donneur de soins et par la suite aux autres personnes de son environnement (Bowlby, 1969). Selon cet auteur, par une prédisposition innée, l'enfant recherche le contact avec autrui. Il devient viscéral pour la survie du jeune enfant de développer des liens sociaux. De ce fait, la proximité physique avec un adulte permet une protection et une sécurité à l'enfant qu'il ne peut pas avoir par lui-même (Bowlby, 1988). Par la sélection naturelle, les bébés ayant la capacité d'interagir avec l'adulte pour assurer leur protection ont survécu. Dès ses premiers jours de vie l'enfant signifie donc son désir d'entrer en interaction. Ainsi, par des sourires, des vocalisations, des pleurs ou même en tendant les bras, l'enfant exprime son désir de maintenir ou d'acquérir une proximité avec l'adulte (Bretherton, 1992). La relation d'attachement se construit grâce aux interactions entre le parent et son enfant (Bowlby, 1969).

Dans sa théorie de l'attachement, Bowlby définit les modèles opérationnels internes (MOI) comme étant des représentations d'éléments sélectionnés de l'environnement qui servent de guides psychologiques au fonctionnement du système comportemental (Parent et Saucier, 1999). Les MOI représentent des scénarios créés au fil des expériences relationnelles et qui contribuent à l'adaptation sociale de l'individu (Bowlby, 1969). Chez les enfants, les MOI se construisent et s'élaborent entre l'âge de 8 à 24 mois. Étant donné que les MOI contiennent des informations cognitives et affectives reliées aux expériences personnelles, les contacts avec l'adulte deviennent significatifs pour le

développement de l'enfant (Bowlby, 1988). Plus les contacts avec l'adulte sont positifs plus l'enfant est en mesure de développer des modèles opérationnels internes positifs.

Parallèlement aux travaux de Bowlby, Ainsworth s'intéresse aussi à la relation d'attachement entre la mère et son enfant. Elle prétend que l'attachement sert d'une part à la protection de l'enfant, mais aussi à son développement émotif et cognitif (Carlson & Sroufe, 1995). L'enfant utilise sa figure d'attachement comme base de sécurité afin de lui permettre d'explorer son environnement. Ainsi, plus l'enfant se sent en sécurité plus il envisage d'explorer. Inversement, plus l'enfant ne se sent pas en sécurité plus il reste près de sa figure d'attachement (Ainsworth et al., 1978). L'attachement représente un système dynamique qui se construit entre une recherche de proximité et le besoin d'exploration (Parent & Saucier, 1999). L'enfant apprend graduellement, par les réponses reçues de son parent, s'il peut utiliser celui-ci pour explorer avec confiance ou non son environnement. La qualité des interactions entre la mère et son enfant influence la capacité de l'enfant à maintenir un équilibre fonctionnel entre la proximité et l'exploration (Parent & Saucier, 1999). Dépendamment de la qualité avec laquelle la mère répond aux besoins de l'enfant et du délai qu'elle prend, cela a un impact sur le développement du lien d'attachement entre elle et son enfant (Carlson & Sroufe, 1995). En connaissant mieux son parent et les réponses habituellement reçues, l'enfant apprend à connaître les conditions aidantes pour mettre un terme à sa détresse et ainsi procurer un sentiment de sécurité (Parent & Saucier, 1999). L'attachement remplit aussi une fonction de régulation des émotions.

Définition des types d'attachement

Les travaux d'Ainsworth et al. (1978) ont permis un grand avancement dans le domaine de l'attachement. En utilisant une mise en situation nommée la situation étrangère et qui implique l'enfant, la mère et une étrangère, Ainsworth en est venue à définir trois types d'attachement. Le protocole en laboratoire se déroule ainsi: l'enfant entre dans une salle où se trouvent des jouets accompagné de sa mère; la mère quitte à deux reprises la salle laissant l'enfant une première fois avec une étrangère et la deuxième fois, l'enfant reste seul. Cette expérience a permis à Ainsworth de comprendre comment l'enfant utilise sa mère pour répondre à son besoin de sécurité dans une situation anxieuse (Parent & Saucier, 1999). Les types d'attachement définis par cette situation sont: l'attachement de type sécurisant, l'attachement de type insécurisant-évitant et l'attachement de type insécurisant-ambivalent. Un quatrième type d'attachement s'est ajouté à cette classification suite à la présence d'une proportion

d'enfants ne répondant pas aux caractéristiques des autres catégories. Main (1996) a donc ajouté le type d'attachement désorganisé-désorienté à la classification d'Ainsworth.

Le type d'attachement sécurisant est le plus commun chez les enfants. En effet, suite à une méta-analyse de van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kreanenburg (1999), les résultats montrent que l'attachement de type sécurisant est présent pour 65% des enfants dans un échantillon d'une population de la classe moyenne. L'enfant ayant ce type d'attachement a développé une confiance lui permettant d'explorer son environnement, d'échanger des contacts visuels ou des sourires avec son parent et de partager ses découvertes avec celui-ci. Pendant la situation étrangère, l'enfant exprime des signes de peur lors de la première séparation. Il arrive à interagir avec l'étrangère. Lors du retour de la mère, l'enfant reprend contact avec elle et retourne explorer. Le réconfort de la mère s'est révélé le meilleur moyen afin de calmer l'enfant (Ainsworth et al.,1978). Il y a un bon équilibre entre la proximité et l'exploration. Un attachement de type sécurisant chez le jeune enfant favorise une meilleure adaptation pour le futur.

Le type d'attachement insécurisant-évitant est présent chez 20% des enfants (van IJzendoorn et al.,1999). Ce type d'attachement regroupe les enfants qui vivent du rejet lorsqu'ils recherchent du réconfort de la part de leur figure d'attachement. Lors de la situation étrangère, l'enfant explore l'environnement sans se soucier de la mère et au moment de la réunion avec la mère il évite volontairement cette dernière. Il y a un déséquilibre dans la relation en faveur de l'exploration et ces enfants ne vont pas chercher la proximité de leur figure d'attachement en cas de besoin. Les enfants ayant ce type d'attachement semblent plus faciles et plus autonomes dans leurs jeux. Ils ont tendance à moins pleurer et à signaler peu leurs besoins.

Pour ce qui est du type d'attachement insécurisant-ambivalent, il touche près de 10% des enfants (van IJzendoorn et al.,1999). Ces enfants vivent une incertitude quant à la capacité de son parent à répondre à ses besoins. Lors de la situation étrangère, l'enfant explore peu l'environnement et il réagit par une détresse marquée au départ de la mère. Au retour de celle-ci, il est difficilement consolable (Ainsworth et al, 1978). Contrairement au type d'attachement précédent, celui-ci a un déséquilibre vers la proximité et il explore peu. Les contacts avec la figure d'attachement ne sont pas satisfaisants, ni réconfortants. Ils ont tendance à être plus colériques et résistants lors des contacts avec la mère. Ces enfants semblent parfois plus théâtraux et plus vulnérables. Bien que les deux derniers

types d'attachement semblent être moins adaptés que le type sécurisant, il demeure qu'ils ne représentent pas une pathologie.

Le dernier type d'attachement désorganisé-désorienté est présent chez environ 5% les enfants (van IJzendoorn et al., 1999). Il regroupe les enfants qui présentent des comportements désorganisés ou désorientés en présence du parent lors de la situation étrangère. Ils ne peuvent pas être classés dans les trois autres types d'attachement. L'enfant peut par exemple s'approcher de la mère tout en évitant le contact visuel ou rejeter le parent mais tenter de lui faire plaisir. L'enfant oscille entre des comportements paradoxaux liés à ses propres sentiments vécus par rapport à sa figure d'attachement (Main, 1996). Il est possible de sous-classer les enfants ayant ce type d'attachement selon qu'ils sont plus de type évitant ou de type ambivalent lors des contacts avec la mère. Tout comme les autres types d'attachement, celui-ci n'est pas pathologique. Par contre, les enfants de cette catégorie présentent un risque plus élevé d'avoir des problèmes d'adaptation dans le futur.

Facteurs de risque et de protection associés à un attachement insécurisant.

Différents facteurs de risque et de protection sont liés au développement d'un attachement de type insécurisant. Ces facteurs se rapportent à l'histoire de vie de la mère, à la période prénatale, aux caractéristiques de la mère, aux caractéristiques de l'enfant et aux caractéristiques de l'environnement.

Histoire de vie de la mère

Antécédents d'attachement

Plusieurs études ont mis en lumière le lien entre les antécédents d'attachement des mères et l'attachement de l'enfant (Main, 1996; Ward & Carlson, 1995; Raval et al., 2001). Les représentations d'attachement de la mère avec ses propres parents et ses expériences vécues influencent sa sensibilité envers son enfant et par le fait même prédit la qualité de l'attachement (Ward & Carlson, 1995). Suite à l'entrevue sur l'attachement adulte, Main (1996) fait ressortir quatre types d'attachement liés à ceux présentés pour les enfants : 1) en sécurité-autonome; 2) minimisant l'attachement; 3) préoccupée; et 4) reflétant des expériences traumatiques non résolues. Par exemple, les mères ayant un attachement adulte du type sécurité-autonome tendent à être plus affectives et à faire davantage de commentaires positifs à leur enfant que les mères du type préoccupée (Raval et al, 2001). Tandis que les mères ayant un attachement de type minimisant l'attachement sont plus à l'écart, interagissent moins avec leur enfant et s'impliquent moins dans la relation affective. Différentes études démontrent que l'évaluation

des antécédents d'attachement des mères durant la grossesse permet de prédire le type d'attachement de leur enfant à l'âge de 12 mois (Fonagy, Steele & Steele, 1991; van IJzendoorn, 1995). Dans leur recherche, les auteurs Benoît et Parker ont trouvé une certaine stabilité intergénérationnelle dans la classification de l'attachement allant de la grand-mère, à la mère et à l'enfant (1994a). Un lien est donc présent entre les antécédents d'attachement de la mère et le développement de sa relation d'attachement avec son propre enfant.

Antécédents de maltraitance

Des antécédents de maltraitance dans une famille sont souvent associés à des relations conflictuelles entre les membres (Ihinger-Tallman & Cooney, 2005). Ces types de relations influencent la perception que la mère se fait de sa famille et des liens familiaux futurs (Main, 1996). Ainsi, une mère qui aurait vécue des expériences de maltraitance ou d'abus dans son enfance est plus à risque de développer à l'âge adulte un type d'attachement préoccupée ou reflétant des expériences traumatiques non résolues (Pederson, Gleason, Moran, & Bento, 1998). Les mères préoccupées semblent plus confuses, passives ou fâchées lorsqu'elles sont en interaction avec l'enfant (Main, 1996). Tandis que les mères reflétant des expériences traumatiques non résolues tendent à rejeter les contacts avec l'enfant, d'être insensibles à l'enfant ou d'être non disponibles aux besoins de l'enfant. Ces dernières sont plus à risque de maltraiter l'enfant (Morton & Browne, 1998; Cicchetti, Toth & Lynch, 1995).

Abandon scolaire

Une mère ayant un cheminement scolaire plus difficile marqué par un abandon est plus à risque de présenter un faible quotient intellectuel qu'une mère ayant terminé ses études secondaires (Corcoran, 1999). Parfois la mère quitte l'école avant d'avoir un enfant tandis que dans certaines situations c'est la grossesse qui provoque l'abandon scolaire de la future mère (Woodward, Fergusson & Horwood, 2001). La faible scolarisation de la mère influence sur ses capacités cognitives et sur sa compréhension des besoins des enfants (Corcoran, 1999). De plus, le peu de connaissances sur la stimulation d'un enfant ou sur ses besoins influence les réponses maternelles de la mère (Anderson & Sawin, 1983).

Statut socio-économique

Le statut socio-économique de la famille de la mère joue un rôle dans le développement social et affectif de celle-ci. De plus, le développement des enfants peut être affecté dès le départ par le faible

statut socio-économique de sa famille (Pomerleau, Malcuit & Julien, 1997). Ces mêmes auteurs notent un risque au niveau du développement moteur, cognitif, affectif et relationnel de l'enfant. Finalement un faible statut socio-économique est associé à plus de violence, de négligence, de sous-stimulation et à un environnement de vie plus stressant (Feldman, 2007).

Facteurs liés à la période prénatale

Différents tératogènes peuvent affecter le développement du fœtus lors de la grossesse. Certains d'entre eux ont une incidence sur le tempérament de l'enfant (Shaffer, 2005). Par exemple, la consommation de drogues ou d'alcool durant la grossesse par la mère peut engendrer un tempérament plus difficile, une irritabilité ou des réflexes faibles chez l'enfant (NICHD, 1997). La consommation de tabac est associée à un risque d'avoir un bébé de faible poids à la naissance (Guyon, Audet, April & De Koninck, 2007). Aussi une malnutrition de la mère durant sa grossesse augmente les probabilités d'avoir un enfant de petit poids (Susser & Stein, 1994). Les femmes provenant d'un milieu plus défavorisé sont plus à risque de mal se nourrir durant leur grossesse (Shaffer, 2005). Un stress émotionnel prolongé ou sévère est associé à un enfant prématuré, de petit poids et à des complications lors de l'accouchement (Lobel, 1994). Ce même auteur note qu'une mère ayant un haut niveau de stress lors de la grossesse est plus à risque d'avoir un enfant plus irritable, plus actif que les autres et avec une irrégularité pour les heures du boire et du coucher. Il est donc important que la grossesse se déroule avec le moins de facteurs de stress.

Facteurs liés aux caractéristiques de la mère

Sensibilité maternelle

La sensibilité maternelle se définit comme étant la capacité de la mère à porter attention aux signaux de l'enfant, à les interpréter adéquatement et à y répondre rapidement et de façon appropriée (Ainsworth et al, 1978). Outre ces caractéristiques, la sensibilité maternelle englobe aussi les gestes et les paroles de la mère lors des interactions avec son enfant (Nicholls & Kirkland, 1996). De plus, les mères sensibles favorisent les interactions en face de l'enfant et elles comblent les besoins de l'enfant, avant de répondre aux leurs (Isabella, 1993). La sensibilité maternelle de la mère s'actualise lorsqu'elle est en interaction avec son enfant. Ainsworth et al. (1978) notent l'importance de la sensibilité maternelle dans le développement d'un attachement sécurisant et ce, dans les premiers mois de vie de l'enfant. En effet, une mère sensible, affective et communicative avec son enfant développe des meilleures interactions avec son enfant et celui-ci est plus à risque de développer un attachement de

type sécurisant (Goldberg, MacKay-Soroka & Rochester, 1994). La sensibilité maternelle permet à l'enfant de développer une confiance en l'accessibilité de sa mère et en la réponse de celle-ci à ses besoins. Le synchronisme dans la relation mère-enfant est très important (Nievar & Becker, 2008). Il est préférable d'avoir peu d'interactions synchronisées que plusieurs interactions sans synchronisme. De plus, une plus grande sensibilité est associée à une meilleure capacité de l'enfant à utiliser sa mère comme source efficace de réconfort et une base de sécurité pour l'exploration (Ainsworth, 1978). Plusieurs études ont fait le lien entre une sensibilité maternelle élevée comme ingrédient de base au développement d'un attachement sécurisant (voir méta-analyse de De Wolff & van IJzendoorn, 1997). De cette méta-analyse, une corrélation de 0,24 ressort indiquant le lien entre la sensibilité maternelle et un attachement sécurisant. Ainsi, un enfant ayant une mère qui décode mieux ses besoins et qui répond de manière appropriée et rapide à ses demandes, risque davantage de présenter un attachement de type sécurisant (Smith & Pederson, 1988).

Dépression maternelle

Un grand nombre d'études ont mis en relation la santé mentale de la mère et la qualité du lien d'attachement avec son enfant (Carlson & Sroufe, 1995). Une dépression maternelle interfère avec les capacités de la mère à répondre adéquatement aux signaux de l'enfant et à démontrer des signes d'affection à l'enfant (Shaw & Vondra, 1995). Les mères prises avec des problèmes de santé mentale importants sont moins disponibles affectivement pour répondre efficacement aux besoins de l'enfant (Parent & Saucier, 1999). Afin d'être sensible, empathique et répondante pour l'enfant, les mères doivent être capables de se centrer sur les besoins des enfants. Lors d'une dépression maternelle, il est difficile pour la mère de se décentrer de ses propres besoins personnels et d'être disponible à l'enfant (Belsky & Isabella, 1988). En répondant moins aux besoins de l'enfant, celui-ci est plus à risque de développer un attachement de type insécurisant (Shaw & Vondra, 1995). Ces auteurs ont démontré une plus grande prévalence d'enfants ayant un type d'attachement insécurisant dans un échantillon de mères dépressives. Ainsi, le manque de disponibilité de la mère à long terme risque d'interférer avec la formation d'un sentiment de sécurité chez l'enfant (Parent & Saucier, 1999).

Pratiques parentales

Les pratiques parentales, particulièrement celles de la mère, influencent la création d'un lien d'attachement. Ainsi, un manque d'encadrement, de stimulation, d'affection et une discipline incohérente de la part des parents sont liées à un attachement de type insécurisant (Ihinger-Tallman &

Cooney, 2005). Les mères au style parental démocratique démontrent plus de chaleur et elles s'adaptent plus au développement de l'enfant, contrairement aux mères ayant un style parental négligent ou autoritaire, ce qui favorise la création d'un lien d'attachement de type sécurisant (Diener, Nievar & Wirght, 2003).

Stress parental

Les mères qui vivent un stress sont moins présentes pour répondre aux besoins des enfants (Belsky & Isabella, 1988). Envahies par d'autres problèmes, les mères sont psychologiquement moins disponibles pour l'enfant. Le stress provenant du rôle parental influence plus négativement la relation mère-enfant. Les mères en viennent à projeter des intentions négatives à leur enfant (Shaw & Vondra, 1995). Ces auteurs notent que les mères peuvent percevoir le comportement de l'enfant plus problématique lorsqu'elles vivent une situation stressante. Les mères qui présentent un niveau de stress élevé, en plus d'une dépression sont plus à risque d'avoir un enfant ayant un attachement de type insécurisant (Diener, Nievar & Wirght, 2003).

L'âge de la mère

Les jeunes mères ont tendance à moins connaître le développement des enfants (Anderson & Sawin, 1983). Lors de la grossesse, elles sont plus à risque de mal se nourrir, de vivre du stress et d'accorder moins d'importance aux suivis prénataux (Abma & Mott, 1991). Les mères adolescentes présentent un niveau de développement cognitif plus faible qu'une femme plus âgée (Corcoran, 1999). Étant donnée leur plus grande immaturité, les jeunes mères ont plus de difficultés à interpréter les émotions des enfants et à être empathiques vis-à-vis l'enfant (Paquette, Bigras, Zoccolillo, Tremblay, Labelle & Azar, 2001). Elles ont tendance à avoir des attentes plus élevées au niveau des habiletés des enfants et à avoir des pratiques parentales plus coercitives (Ihinger-Tallman & Cooney, 2005). Ces caractéristiques influencent la qualité de la relation d'attachement entre la mère et son enfant et place l'enfant à risque de développer un type d'attachement insécurisant.

Connaissances sur le développement des enfants

Afin d'être sensible aux signaux de l'enfant, il est nécessaire que la mère soit en mesure de les connaître et de les reconnaître. Les capacités de la mère, dépendent entre autre de ses connaissances sur le développement des enfants, sur le développement de l'attachement et sur les méthodes pour stimuler l'enfant (Anderson & Sawin, 1983). Une mère ayant peu de connaissances jouerait moins avec l'enfant,

lui parlerait moins et interagirait moins avec lui (Pomerleau, Malcuit & Julien, 1997). Ainsi, des connaissances limitées influencent la qualité des soins donnés aux enfants et par le fait même, la relation d'attachement entre la mère et son enfant.

Facteurs liés aux caractéristiques de l'enfant

Problèmes de santé de l'enfant

Des problèmes de santé chez l'enfant influencent la relation d'attachement car ceci rend les soins plus difficiles à prodiguer de façon satisfaisante dans certaines situations (Belsky & Isabella, 1988). Ward, Kessler et Altman (1993) ont démontré que des hospitalisations relativement longues et dues à la prématurité de l'enfant peuvent menacer la création d'une relation sécurisante chez l'enfant. Lors des contacts avec leur mère, les bébés prématurés tendent à être moins actifs, à entreprendre moins d'interactions et à répondre moins aux stimulations (voir Laganière & Tessier, 2000 pour une recension des études). De leur côté, les mères perçoivent les échanges comme étant moins satisfaisants et elles expriment moins d'affects positifs que les mères d'enfants nés à terme (Laganière et Tessier, 2000). Les difficultés de la mère et de l'enfant lors des interactions prédisposent l'enfant à un plus grand risque de développer un attachement de type insécurisant.

Tempérament

Certaines caractéristiques de l'enfant dont son tempérament influence la qualité de l'attachement (Diener, Nievar & Wright, 2003). Un enfant avec un tempérament difficile, caractérisé par des cris, des pleurs, un inconfort physique et une irritabilité est plus à risque de développer un attachement de type insécurisant et ces risques augmentent lorsque la mère a un faible réseau social (Belsky & Isabella, 1988). De plus, un tempérament plus asocial chez le nourrisson combiné à une dépression maternelle influence le niveau de compétence maternelle que la mère s'octroi (Farrow & Blissett, 2007). Par son tempérament plus difficile l'enfant peut diminuer la facilité et l'attrait du parent d'interagir avec celui-ci.

Sexe

Un certain lien existe au niveau du sexe de l'enfant et la présence d'un attachement insécurisant. Dû au tempérament des garçons souvent plus difficile, la mère est plus à risque d'éprouver des difficultés à répondre aux besoins de l'enfant (Shaw & Vondra, 1995). Cette difficulté est plus accrue lorsque la mère présente des symptômes de dépression maternelle. Ces mêmes auteurs notent la

présence d'une certaine distorsion cognitive des mères ayant vécu un passé d'abus. En effet, lorsque ces mères ont un enfant de sexe masculin, elles ont tendance à éviter les contacts et à répondre plus difficilement à leurs besoins. Il est plus contraignant pour ces mères d'interagir positivement avec l'enfant (Shaw & Vondra, 1995). Les deux dernières caractéristiques reliées à l'enfant soit le tempérament difficile et le sexe ont un effet modérateur sur la relation mère-enfant. À elles seules, ces caractéristiques ont peu d'effets sur le développement d'un attachement insécurisant. Par contre, jumelées avec les caractéristiques de la mère et celles de l'environnement, elles ont une influence plus grande sur la relation d'attachement.

Facteurs liés à l'environnement

Relation conjugale

Lorsqu'il y a présence du père dans la famille et que cette présence est positive, les probabilités de voir apparaître un attachement sécurisant augmentent (Feldman, 2007). Cet auteur note que lorsque le père s'engage auprès de son enfant et ce surtout si la mère vit une détresse psychologique, cela augmente la cohésion familiale. L'enfant vit des interactions positives avec un parent. Par contre, lorsque la qualité de la relation maritale est faible et que le conjoint soutient peu la mère, il y a plus de risques que l'enfant développe un attachement de type insécurisant (Belsky & Isabella, 1988). Toujours selon ces auteurs, le support émotionnel manifesté et l'assistance instrumentale prodiguée par le conjoint influencent le degré avec lequel la mère va répondre aux signaux de l'enfant et donner les soins requis.

Réseau de soutien social

Le support social provenant de l'entourage de la mère est important pour favoriser l'ajustement de celle-ci à son nouveau rôle parental (Diener, Nievar & Wright, 2007). La présence de personnes autour d'elle pour la supporter est un facteur de protection pour le développement d'un attachement sécurisant. De plus, la capacité de la mère à entretenir et à établir des contacts harmonieux avec son réseau social est associée à un attachement sécurisant (Belsky & Isabella, 1988). Les auteurs notent que les mères capables de répondre convenablement aux besoins de leur enfant ont aussi les compétences et les habiletés pour entretenir des relations satisfaisantes avec leur réseau social. À l'inverse, un faible réseau social est associé à plus de difficultés chez la mère et par le fait même à un risque plus élevé que l'enfant développe un attachement de type insécurisant (Feldman, 2007).

Statut socio-économique

Ce n'est pas le statut socio-économique faible comme tel qui influence le développement de la relation d'attachement mais plutôt l'accumulation de facteurs qui compromettent l'accomplissement d'un rôle parental optimal (Shaw & Vondra, 1995). En effet, les auteurs notent que l'addition des facteurs de risque tels un soutien social faible ou des ressources inadéquates pour enfants augmente les difficultés vécues par l'enfant. Aussi, les parents sont moins disponibles à l'enfant lorsqu'ils éprouvent des difficultés économiques (Belsky & Isabella, 1988). Il semble que les parents vivant dans un milieu plus défavorisé répondent plus difficilement aux besoins de base d'amour et d'alimentation des enfants (Nievar & Becker, 2008). D'autres facteurs d'adversité familiale comme le chômage chez un des parents peuvent influencer les relations entretenues avec l'enfant. En fait, quand le parent est sur le chômage, il est plus susceptible d'être intolérant face aux comportements de l'enfant, de se fâcher plus rapidement et d'utiliser des pratiques parentales plus coercitives (Ihinger-Tallman & Cooney, 2005). Ces caractéristiques influencent la relation d'attachement parent-enfant.

Chaîne prédictive

En somme, l'histoire de vie de la mère influence grandement les comportements et les attitudes qu'elle va avoir lors de sa grossesse. Certains comportements à risque peuvent avoir un impact considérable sur le développement du fœtus et de l'enfant comme une malnutrition ou la consommation de substances psychotropes. Certaines caractéristiques de l'enfant telles la santé, le sexe ou le tempérament peuvent influencer la qualité de la relation entretenue entre la mère et l'enfant. Les caractéristiques de l'environnement des mères ont un impact sur son rôle parental. Ainsi, le manque de soutien du père ou un faible réseau social influence ses capacités à prendre soin de l'enfant et à répondre à ses besoins. Finalement, une dépression maternelle, le peu de connaissance sur le développement des enfants, un stress parental ou les pratiques parentales sont des facteurs personnels à la mère qui influencent l'histoire relationnelle mère-enfant. La sensibilité maternelle a un fort lien avec le développement d'une relation d'attachement. Cette caractéristique de la mère s'actualise en interaction avec l'enfant. Il est nécessaire d'accorder une importance au développement de l'histoire relationnelle mère-enfant et à l'intervention durant cette période.

Un enfant n'ayant pas développé un attachement de type sécurisant est plus à risque d'avoir des difficultés relationnelles lors de l'entrée à la garderie (van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-

Kranenburg, 1999). De plus, il peut vivre plus de difficultés à autoréguler ses émotions et il présente de plus faibles compétences sociales. Ces impacts sur le développement de l'enfant peuvent à long terme influencer sur ses relations avec son entourage, sur sa motivation scolaire et sur sa capacité à maintenir un emploi stable. Un fort lien persiste entre les différentes périodes de vie de l'enfant, et un attachement de type insécurisant tel que démontré par la figure 1 suivante.

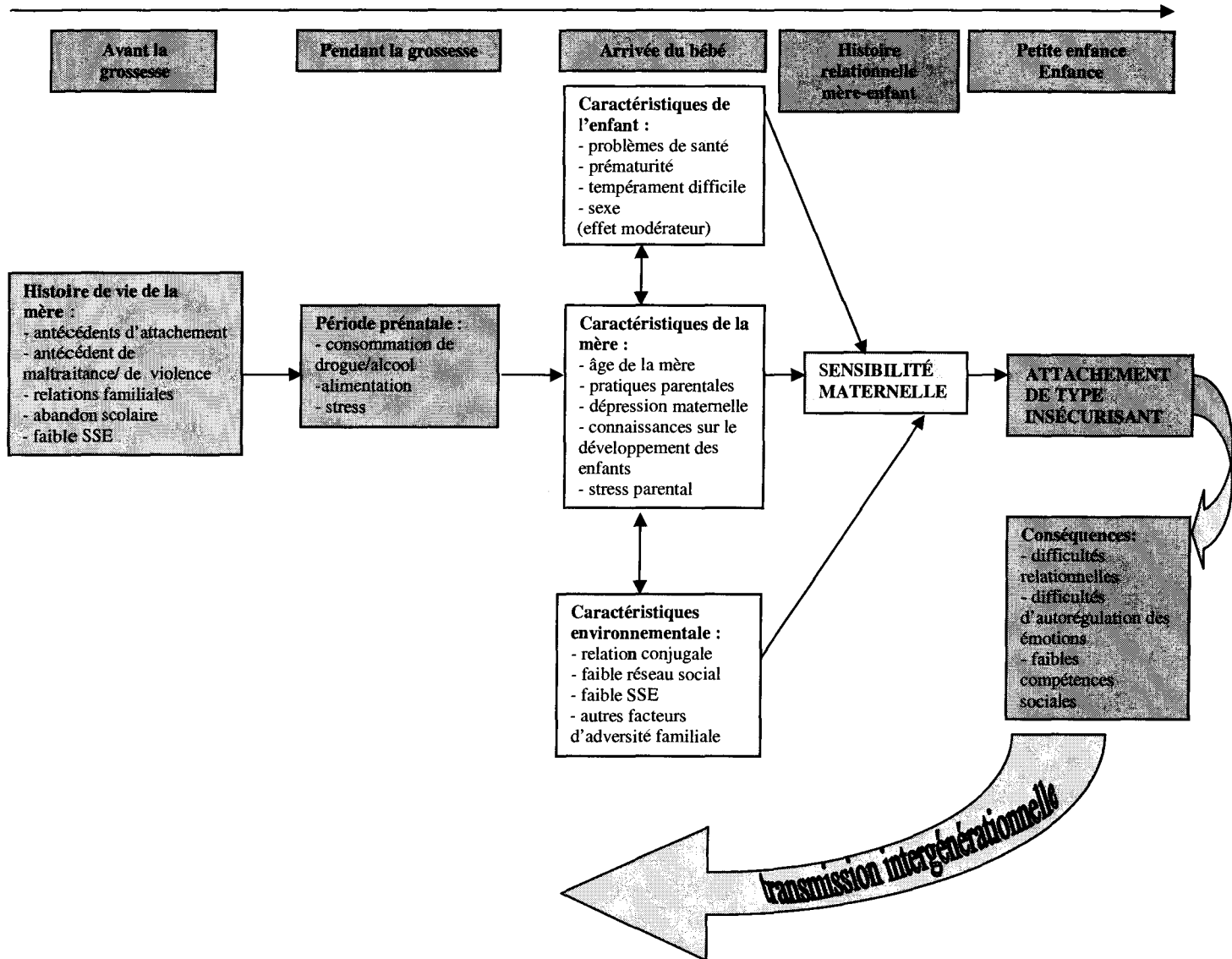


Figure 1. Chaîne prédictive d'un attachement de type insécurisant à l'enfance.

Finalement l'ensemble de ces facteurs en interaction avec d'autres présente un risque d'engendrer une transmission intergénérationnelle d'un attachement de type insécurisant. En effet, comme le démontre l'entrevue de l'attachement des adultes, les représentations de la mère de sa relation d'attachement avec son parent influence grandement sa relation avec son enfant. De plus,

comme il a été vu, l'évaluation des antécédents d'attachement des mères durant la grossesse permet de prédire à plus de 65% l'attachement de leur bébé à l'âge de 12 mois (Fonagy, Steele & Steele, 1991; van IJzendoorn, 1995). Il est donc important d'intervenir afin de diminuer ce risque de transmission intergénérationnelle.

Interventions déjà expérimentées

Il existe différents programmes d'intervention précoce portant sur l'attachement (voir Juffer, van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2008 pour une recension). Ces programmes visent en grande partie la promotion d'interactions positives entre les parents et les enfants (Juffer et al., 2008). Parmi ces programmes de prévention, un certain nombre tentent d'augmenter la sensibilité maternelle et l'engagement maternel pour favoriser un attachement sécurisant. La méta-analyse de Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn et Juffer (2003) conclut que les programmes comportementaux de courte durée ont des effets aussi profitables sur la dyade mère-enfant que les programmes de longue durée. D'où la raison pour laquelle les trois programmes suivants sont de courte durée et qu'ils s'adressent aux mères et aux enfants. À noter que les programmes utilisent le vidéo-feedback car cela permet au parent de se voir en interaction avec son enfant. Lors de l'utilisation d'un enregistrement vidéo il semble que les parents s'identifient peu au modèle présenté ou ils centrent leur attention sur des différences superficielles comme les vêtements portés ou le décor (Juffer et al., 2008).

Générations

Le programme Générations a été élaboré par Tarabulsy, Robitaille, Lacharité, Deslandes et Coderre (1998). Ce programme vise l'amélioration de la relation parent-enfant. Il s'adresse aux jeunes mères âgées entre 14 et 19 ans et à leur enfant âgé de six mois. Ce programme de prévention ciblée est une adaptation québécoise d'un programme déjà élaboré en Ontario par Krupka pour sa thèse de doctorat (Krupka, 1995). Le programme s'échelonne sur quatre mois et consiste en 12 visites au domicile de la mère à raison d'une fois par semaine. Les moyens utilisés sont le vidéo-feedback et la discussion. L'intervention se base sur les principes de l'attachement et sur l'apprentissage de la sensibilité maternelle.

Le programme vise quatre objectifs : 1) soutenir et renforcer les compétences parentales présentes chez la jeune mère; 2) sensibiliser l'adolescente à l'impact de ses gestes sur l'état émotionnel

et le développement de son enfant; 3) sensibiliser la mère à la signification des manifestations affectives de l'enfant; et 4) établir une histoire d'interaction positive entre la mère et son enfant (Moran, Pederson & Krupka, 2005). Le même déroulement est appliqué pour l'ensemble des douze rencontres. Au début, il y a une prise de contact dans le but d'établir une relation de confiance avec un soutien émotionnel et instrumental chez la mère. Par la suite, l'intervenante filme une interaction entre la mère et son enfant d'une durée de cinq à sept minutes. L'enregistrement est ensuite visionné avec la mère. L'intervenante guide la mère pour l'aider à identifier les moments où l'enfant lui signale un besoin. Ensuite, elle renforce la mère et elle valorise les interactions positives entre celle-ci et son enfant. Finalement la dernière partie consiste à proposer à la mère certaines activités interactives pour que celle-ci joue un rôle plus actif. C'est maintenant à la mère de détecter les signaux, d'agir de façon cohérente et de prendre en note les réactions du bébé lorsqu'elle se montre sensible (Parent, Ménard & Pascal, 1999).

Il n'y a pas de résultats disponibles pour l'adaptation québécoise. Par contre, l'intervention de Krupka (1995) identique au programme *Générations*, mais ayant de 12 à 16 visites à domicile, a été évaluée auprès de 45 mères adolescentes et leur enfant. Le groupe qui recevait l'intervention est composé de 22 dyades contre 23 dyades dans le groupe témoin. Il s'est avéré que les enfants, à la fin de leur première année de vie, dans 68% des cas démontraient un attachement sécurisant dans le contexte de la situation étrangère comparativement à 35% dans le groupe témoin. Une deuxième étude menée par Moran, Pederson et Krupka (2005) auprès de 100 jeunes mères pendant une intervention de huit semaines a procuré des résultats moins probants. Ainsi, 57% des enfants du groupe expérimental ont développé un attachement de type sécurisant contrairement à 38% des enfants du groupe témoin. Cette différence moins concluante peut être en lien avec le nombre moindre de rencontres et aux caractéristiques des mères. En effet, il semblerait que pour certaines mères, particulièrement pour les mères ayant vécu des expériences de violence ou d'abus dans leur enfance (43% de l'échantillon), le nombre de rencontres soit insuffisant (Parent, Ménard & Pascal, 1999).

Bien que cette intervention s'adresse plus particulièrement aux jeunes mères, il est possible de croire qu'elle pourrait très bien être offerte à des femmes plus âgées. Afin de maximiser les résultats, un programme de 12 rencontres est à privilégier compte tenu des traumatismes possibles des femmes qui participeront à l'intervention. Par contre cela peut être plus difficile à appliquer dans certains milieux d'intervention étant donné les contraintes temporelles.

Video-feedback Intervention to promotion Positive Parenting (VIPP)

Le VIPP est un programme d'intervention préventive ciblée développé par Bakermans-Kranenburg, Juffer et van IJzendoorn (1998). Il vise l'amélioration des interactions entre la mère et son enfant et le développement de la sensibilité maternelle. Il s'adresse à des mères provenant d'un milieu socio-économique faible et ayant des représentations d'attachement insécurisant vérifiées à l'aide de l'entrevue de l'attachement chez l'adulte (Bakermans-Kranenburg et al., 1998). Les enfants sont âgés de sept à dix mois lors de l'intervention. Le VIPP consiste à donner de la documentation à la mère et à filmer la mère et son enfant lors d'une situation à la maison (lors du bain, du repas, d'un jeu, etc). Cette situation dure de 10 à 30 minutes. L'enregistrement est visionné avec la mère lors de la prochaine visite. Lors de cette visite, l'intervenante reflète à la mère les moments où elle s'est montrée sensible, identifie avec la mère les interactions positives vécues avec l'enfant et met l'emphase sur les compétences démontrées par la mère (Juffer, Bakermans-Kranenburg et van IJzendoorn, 2008).

L'intervention comporte un total de quatre rencontres au domicile. Un thème est abordé à chaque rencontre. La première rencontre a pour thème l'exploration de l'enfant versus le comportement d'attachement, la deuxième porte sur la communication avec l'enfant, la troisième explore la sensibilité maternelle et la dernière a pour thème l'expression des émotions (Juffer et al., 2008). Les auteurs notent la possibilité d'ajouter deux autres thèmes soit le développement d'une discipline positive ou l'exploration des relations d'attachement passées de la mère en lien avec sa relation avec son enfant (Juffer et al., 2008).

Le programme a été évalué. L'évaluation s'est réalisée auprès de 30 mères. Parmi celles qui ont reçu une intervention (n=19), un plus haut niveau de sensibilité est observé et la taille de l'effet est de 0,87 (Bakermans-Kranenburg et al, 1998). De plus, les auteurs notent que ce sont les mères classées préoccupées lors de l'entrevue d'attachement adulte qui ont le plus profité du programme de vidéo-feedback et d'une discussion sur leur passé d'attachement. Ainsi, le programme profite plus spécifiquement à un type de mère.

Ce programme montre des composantes intéressantes car il se déroule sur quatre rencontres et il utilise des moyens qui se sont révélés significatifs pour l'intervention auprès des dyades mère-enfant (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & Juffer 2003). Il pourrait être justifié d'utiliser certaines de

ces composantes pour le futur programme d'intervention telles que la remise de dépliants portant sur un sujet ou de d'autres documentations à la mère afin de soutenir l'intervention.

Programme en intervention relationnelle destiné à l'enfant (0-5 ans) et à son parent

Le programme en intervention relationnelle élaboré par Larin, St-Georges, Jacques, Otis et Desaulniers (2004) fut implanté aux Centres jeunesse de Lanaudière entre 2004 et 2006. Cette intervention visait à améliorer le sentiment de compétence parentale des parents ayant vécu un ou des épisodes de maltraitance avec leurs enfants. Ce programme vise aussi l'amélioration des comportements parentaux à l'égard des enfants ainsi que des améliorations au niveau du développement des enfants, surtout en ce qui a trait à la sécurité et l'organisation de la relation d'attachement et la régulation émotionnelle (Moss, 2006). Le programme s'adresse aux parents ayant des enfants âgés entre zéro et cinq ans. Il comprend huit rencontres au domicile de la famille à raison d'une visite par semaine. Le contenu du programme consiste en une discussion orientée avec différents sujets tels que la grossesse, les émotions, l'attachement, l'importance des premiers contacts, etc. Le programme en comporte 14 différents et c'est l'intervenant qui choisit celui qui est abordé. Ensuite, l'intervenant invite la dyade à interagir dans le cadre d'une activité proposée qui est filmée. À la fin de l'activité l'intervenant invite la mère à visionner l'enregistrement. Durant cette période il lui pose des questions et renforce les comportements de celle-ci. Les rencontres sont d'une durée variant entre 60 et 90 minutes.

L'évaluation de ce programme est en cours. Elle se fait selon un devis quasi-expérimental pré-test et post-test avec assignation quasi-aléatoire (Moss, 2006). Le groupe exposé à l'intervention est composé de 43 familles, tandis que le groupe contrôle comprend 41 familles. Les données ne sont pas encore publiées officiellement.

Des résultats préliminaires démontrent la présence d'effets positifs (Moss, 2006). En effet, les parents exposés à l'intervention voient leur niveau de sensibilité maternelle augmenter davantage que le groupe contrôle. L'intervention a été efficace pour réduire les troubles de comportement chez les enfants. Comparativement au groupe contrôle, les enfants du groupe expérimental démontrent une augmentation de leur développement moteur à l'âge de 30 mois (Moss, 2006). Il a été possible de constater un effet positif sur l'attachement de l'enfant et ce plus particulièrement pour les familles

ayant des risques sociodémographiques et psychosociaux plus élevés. Il semble que cette intervention soit prometteuse pour les familles à risque de négligence.

Forces et limites des programmes présentés

Les programmes de Tarabulsy et al. (1998) et de Larin et al. (2004) ont l'avantage d'avoir été conçus au Québec et ainsi mieux correspondre aux caractéristiques des mères de la présente intervention. Ces programmes sont conçus de manière à susciter une plus grande participation et implication des familles car les intervenants se déplacent au domicile. De plus, l'utilisation de la rétroaction par vidéo est un moyen concret qui permet à la mère de voir ses interactions avec son enfant. Les deux programmes sélectionnés sont de courtes durées soit entre huit et douze rencontres, ce qui n'est pas trop exigeant pour les parents. Par contre, les deux programmes québécois sont en cours d'évaluation et il y a seulement des résultats préliminaires. L'intervention de Tarabulsy et al. (1998) s'inspire tout de même d'un programme développé et évalué depuis 1995 avec d'autres populations. Pour sa part, le programme de Bakermans-Kranenburg et al. (1998) concerne aussi une autre population. Les résultats ne peuvent pas nécessairement être généralisés ici. Le programme de courte durée soit quatre rencontres a par ailleurs démontré une certaine efficacité. La remise de la documentation lors de l'intervention avec les jeunes mères semble être un moyen efficace mais incomplet avec des mères présentant plusieurs difficultés telles que peu d'éducation ou un faible statut socio-économique.

Intervention proposée

Place dans la chaîne prédictive

L'intervention débute durant la première année de vie de l'enfant. Différents facteurs de protection et facteurs de risque ont influencé la trajectoire développementale de la mère. Cette trajectoire est influencée par son histoire de vie et par sa grossesse. Les caractéristiques du milieu familial, de l'environnement et les caractéristiques de l'enfant modèlent le développement de cette trajectoire. Afin d'éviter une transmission intergénérationnelle d'un attachement insécurisant, il est important d'agir tôt dans la chaîne prédictive. De plus, la sensibilité maternelle manifestée par la mère influence grandement le développement d'un attachement sécurisant. L'histoire relationnelle entre la mère et son enfant est d'une grande importance lorsque l'enfant est âgé de moins d'un an. Une

multitude de facteurs influencent cette période de vie de l'enfant. Il est donc primordial d'intervenir le plus rapidement possible lors de la première année de vie de l'enfant.

Justification du choix de l'intervention

L'intervention proposée s'inspire principalement des deux programmes suivants : *Génération* (Tarabulsky et al., 1998) et *Programme en intervention relationnelle destinée à l'enfant (0-5 ans) et à son parent* (Larin et al., 2004). Elle utilise de plus le moyen de la remise de la documentation comme dans le programme *VIPP* (Bakermans-Kranenburg et al., 1998). L'intervention est de type préventif et vise à améliorer les interactions entre la mère et son enfant dans le but de prévenir un attachement de type insécurisant. Les objectifs portent sur la sensibilité maternelle et les interactions positives entre la mère et l'enfant.

Le programme débute lorsque les enfants sont âgés entre cinq et dix mois. Cette période est sélectionnée car vers l'âge de six mois l'enfant devient plus impliqué sur les plans cognitifs et moteurs dans les interactions sociales (Cohn, Campbell et Ross, 1991). Selon ces auteurs, cela augmente la probabilité que des changements dans le comportement maternel aient un impact sur lui. Ainsi il est plus interactif lors des contacts avec la mère. Aussi, à ce moment il commence à bouger plus et à pouvoir se déplacer. Il est possible d'observer le début du désir d'exploration chez l'enfant. Durant cette période l'enfant est plus éveillé et son besoin de stimulation est plus élevé. Tarabulsky et ses collègues (1998) révèlent que du côté de la mère cela représente aussi un moment clé. Lorsque l'enfant est âgé de six mois, le réseau social de la mère est plus à risque de s'effriter ce qui a pour impacts d'augmenter le risque de dépression et le taux de stress de celle-ci. Cette intervention arrive donc au moment où les enfants sont plus actifs socialement lors des interactions et lorsque les mères sont plus ouvertes à recevoir des services. Le programme vise deux composantes soit l'amélioration de la sensibilité maternelle et l'augmentation des émotions positives chez la mère lors de ses interactions avec son enfant. L'intervention se déroule au domicile de la famille, ce qui facilite la participation des mères et leur rétention.

Apport de l'intervention proposée à l'organisme

L'intervention est un ajout aux programmes déjà en place au CLSC Châteauguay. Il n'y pas de suivi psychoéducatif pour les enfants âgés de moins de deux ans et pour leur famille. Seulement un

suivi psychosocial ou de santé est offert. Le présent programme répond aussi à un des objectifs poursuivis par le gouvernement du Québec pour le programme Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) offert dans tous les CLSC de la province. En effet, il rejoint l'objectif de développer et de renforcer le lien d'attachement parents-enfant. Le programme est donc innovateur pour le CLSC tout en répondant à des exigences gouvernementales. De plus, il est en complémentarité avec les autres intervenants impliqués auprès des familles durant cette période, soit une nutritionniste, une infirmière et dans certains cas une intervenante sociale. Il est possible de croire qu'une intervention multidisciplinaire de ce type soutient davantage les familles vivant diverses difficultés.

Méthodologie

Plan de recrutement

Afin de recruter des familles pour ce programme, diverses stratégies sont envisagées. Tout d'abord l'animatrice rencontre l'équipe du service enfance-famille 0-5 ans du CLSC Châteauguay pour leur présenter le programme et les modalités de participation. De plus, elle produit un dépliant promotionnel sur le programme, lequel est donné aux infirmières et aux intervenantes sociales pour qu'elles puissent le distribuer et en faire la promotion lors de leur visite auprès des familles (voir annexe I). Une feuille de référence est développée par l'animatrice et remise aux infirmières et aux intervenantes sociales pour référer les familles (voir annexe II). Elle demande aussi à ces professionnelles de lui référer des clientes inscrites au programme SIPPE et ayant un enfant âgé entre cinq et dix mois durant son absence au courant de l'été. À son retour en août, l'animatrice prévoit relancer les professionnelles si elle n'a pas suffisamment de références. Parmi les familles référées par les professionnelles, cinq sont sélectionnées selon les critères établis sur la feuille de référence pour participer au programme. Par la suite, un premier contact téléphonique est établi avec les familles pour leur proposer le programme et vérifier leur intérêt à participer. Enfin, une courte rencontre est planifiée pour établir un premier contact et expliquer les composantes du programme. Si la famille est toujours sélectionnée et intéressée, les rencontres pour établir le niveau de base débutent à la mi-septembre.

Sujets

Les participantes recherchées sont des mères qui ont un enfant âgé de cinq à huit mois au début de l'intervention. Un total de cinq dyades est visé par le programme. Les mères font partie du programme SIPPE du CLSC Châteauguay. Ce programme est offert aux jeunes mères âgées de moins

de vingt ans à la naissance de l'enfant et à des mères âgées de plus de vingt ans à la naissance de l'enfant mais qui vivent dans l'extrême pauvreté. L'extrême pauvreté se définit pas une sous-scolarisation des mères et un revenu familial inférieur au seuil de faible revenu (Ministère de la santé et des services sociaux, 2004).

But et objectifs

Le présent programme d'intervention, intitulé "*Activités interactives mère-enfant*" (AIME) a comme objectif distal de prévenir un attachement de type insécurisant chez les enfants de mères en difficulté. Au niveau proximal, deux objectifs généraux sont ciblés: améliorer la sensibilité maternelle de la mère et augmenter les émotions positives de la mère lorsqu'elle est en interaction avec son enfant. Les deux objectifs collatéraux suivant sont émis : l'augmentation des connaissances de la mère sur le développement de l'enfant et favoriser le développement global des enfants. Les objectifs spécifiques en lien avec les objectifs généraux se retrouvent dans le tableau 1 suivant.

Tableau 1 : Objectifs du programme d'intervention AIME.

Objectifs	Objectifs spécifiques
Objectif distal :	
1) prévenir un attachement de type insécurisant chez les enfants de mères en difficulté.	
Objectifs proximaux-généraux :	
1) améliorer la sensibilité maternelle de la mère.	1.1) la mère augmentera sa capacité à percevoir les signaux de son enfant. 1.2) la mère augmentera son attention envers son enfant. 1.3) la mère interprétera adéquatement les signaux de son enfant. 1.4) la mère répondra de façon appropriée aux besoins de son enfant.
2) augmenter les émotions positives de la mère lorsqu'elle est en interaction avec son enfant.	2.1) la mère démontrera du plaisir lorsqu'elle joue avec son enfant. 2.2) la mère communiquera verbalement son plaisir à son enfant lorsqu'elle interagit avec lui.
Objectifs collatéraux :	
1) augmenter les connaissances de la mère sur le développement des enfants.	
2) favoriser le développement global des enfants.	

Animatrice

L'animatrice est une étudiante à la maîtrise en psychoéducation âgée de 25 ans. Elle possède différentes expériences de travail auprès des jeunes enfants, des enfants ayant un trouble envahissant du développement et des adultes ayant un problème de santé mentale. Elle en est à sa deuxième année de stage au CLSC Châteauguay.

Programme et contenu

Similaire au programme de Tarabulsy et al. (1998), l'intervention proposée est divisée en trois parties distinctes. La première partie consiste à une prise de contact avec la mère par l'utilisation d'une discussion orientée. Ce temps permet à l'animatrice de créer un lien de confiance avec la mère. L'animatrice prend un moment pour discuter avec la mère du déroulement de la semaine et des défis rencontrés avec son enfant. Ensuite, elle enchaîne avec la discussion orientée. Dans cette partie, des éléments sont sélectionnés dans le programme de Larin et al. (2004). En effet les thèmes tels que la qualité des premiers contacts, l'attachement, la personnalité de l'enfant, les besoins des enfants, l'estime de soi, les émotions, la routine et la discipline sont abordés avec la mère. Ces thèmes sont choisis car ils sont liés à la relation mère-enfant. Durant cette première partie, l'animatrice pose des questions, répond à celles de la mère et oriente la discussion selon le thème sélectionné. À quelques reprises, l'animatrice en profite pour remettre un dépliant ou de la documentation en lien avec le thème abordé (voir annexe V).

La deuxième partie consiste à l'enregistrement vidéo d'une interaction entre la mère et l'enfant. L'interaction d'une durée de cinq minutes est filmée par l'animatrice. Avant l'enregistrement, l'animatrice indique à la mère l'activité à effectuer avec l'enfant. Elle lui donne aussi une consigne à suivre. Celle-ci n'intervient pas durant l'interaction. Suite à l'interaction, un retour est effectué avec la mère durant lequel l'animatrice identifie avec la mère les moments où son enfant lui signale un besoin, renforce la mère sur ses comportements positifs, valorise les interactions mère-enfant où il y avait une cohérence et un échange d'affect et amène la mère à s'exprimer sur l'interaction vécue.

Finalement la troisième partie consiste à une activité dirigée de stimulation pratiquée par la mère, l'enfant et l'animatrice. L'animatrice propose l'activité à la dyade. Les activités se réfèrent aux besoins développementaux des enfants et touchent différentes sphères telles que motrice, affective, cognitive, langagière, tactile et visuelle. Un des buts de ces activités est de démontrer à la mère qu'il est

possible de stimuler le développement de son enfant avec des activités peu coûteuses. L'animatrice utilise donc du matériel abordable. Une activité différente par semaine est proposée à la dyade. En voici quelques exemples : des exercices, des massages, des livres, des marionnettes, l'initiation à la peinture, des instruments et des jeux interactifs (voir annexe IV pour le guide complet d'animation).

Contexte spatial

Le programme se déroule au domicile des dyades sélectionnées. Ce type d'intervention facilite la motivation, la participation et l'engagement des mères. De plus, cela permet un plus grand respect des besoins de l'enfant. Les mères devront choisir une pièce dans la maison propice aux échanges avec l'intervenante, aux interactions avec l'enfant et qui permet à celui-ci de jouer dans un environnement sécuritaire. Le choix des visites à domicile aide à enrayer les difficultés de transport en commun présentes dans cette région. Aussi, cela permet à l'animatrice de se renseigner sur les habitudes de vie des dyades, de voir les interactions de la dyade dans le milieu de vie et par le fait même de sécuriser l'enfant. En prenant place dans le milieu naturel de la famille, cette intervention peut faciliter la généralisation des apprentissages par la mère.

Contexte temporel et dosage de l'intervention

Le programme comprend huit séances à raison d'une séance par semaine pendant huit semaines. L'horaire des rencontres est établi avec la mère afin de s'adapter à son quotidien et aux moments d'éveil de l'enfant. La durée des rencontres varie entre 75 et 90 minutes selon l'âge des enfants, les besoins de la dyade et le rythme d'apprentissage de la mère. Selon la durée de la rencontre, une pause est prévue pour éviter la fatigue chez la dyade. La rencontre est subdivisée comme le montre le tableau 2 suivant:

Tableau 2 : Contexte temporel des rencontres.

Étapes	Durée
1) Prise de contact : bonjour et retour sur le devoir	10-15 minutes
2) Discussion orientée	30 minutes
3) Interaction filmée	5 minutes
4) Rétroaction	10-15 minutes
5) Activité dirigée de stimulation	10-15 minutes
6) Fin de la rencontre : explication du devoir et départ	10 minutes
7) Total	75-90 minutes

Stratégies de gestion des apprentissages

Différentes stratégies sont élaborées dans le but de gérer les apprentissages des participantes. Tout d'abord, lors du premier volet portant sur la discussion orientée, l'animatrice utilise un enseignement semi-directif. Elle propose le thème de la rencontre et encourage la mère à participer en stimulant les échanges. À ce moment, l'animatrice remet à quelques reprises à la mère un dépliant regroupant des informations sur le thème abordé lors de la rencontre.

Lors du deuxième volet concernant l'utilisation de la vidéo feed-back, l'animatrice privilégie un mode d'enseignement semi-directif. Durant ce retour, l'animatrice regarde l'enregistrement avec la mère, nomme les comportements positifs et renforce la mère. Finalement, le troisième volet consiste à faire vivre une activité positive de stimulation entre la mère et son enfant. L'animatrice sert de guide durant ce moment. Elle utilise le modelage, la découverte guidée et les jeux de rôle pour enseigner à la mère et lui faire pratiquer l'activité. L'enseignement de type semi-directif est alors de mise. La rencontre se termine par l'explication du devoir et un encouragement à le compléter durant la semaine.

Stratégies de gestion des comportements

Comme stratégies de gestion des comportements, l'animatrice utilise les renforcements verbaux pour souligner les acquisitions de la mère et la valorise concernant les progrès réalisés lors de la rencontre. L'animatrice doit tenir compte des signes de fatigue, d'inattention ou de perte d'intérêt de la mère et de l'enfant pour prendre une pause ou arrêter l'intervention. Une stratégie est planifiée si l'enfant se désorganise : 1) l'animatrice laisse la mère intervenir; 2) offre son aide à la mère; 3) conseille la mère; et 4) aide la mère à calmer l'enfant. Le but de cette stratégie est de démontrer à la mère qu'elle reste la personne la mieux placée pour intervenir auprès de son enfant et que la présence de l'animatrice n'écarte pas la mère de l'intervention.

Code et procédures

Les valeurs englobant le code et les procédures se réfèrent au respect de soi, au respect des autres et au respect de l'environnement. Ainsi, trois règles sont établies afin d'assurer un bon fonctionnement lors des rencontres. Tout d'abord, la mère et l'animatrice doivent être présentes à l'heure convenue. Si un empêchement se produit et empêche l'une d'entre elles d'être présente, la personne doit téléphoner à l'autre. Par la suite, il est demandé à la mère et à l'enfant d'être habillés et prêts à commencer la rencontre à l'heure prévue. La troisième règle se rapporte au respect entre la mère

et l'animatrice, entre celle-ci et l'enfant et entre la mère et l'enfant. Il est demandé à la mère d'utiliser un langage adéquat et respectueux lors des interactions. Si un manquement au respect est fait, l'animatrice fait un rappel à la mère de la nécessité du respect dans la relation. Cette dernière règle se rapporte aussi au respect du matériel. Il est demandé à la mère de faire attention pour ne pas briser le matériel utilisé par l'animatrice. Pour ce qui est de la remise des devoirs, la mère est fortement encouragée à les remplir. Par contre elle n'est pas obligée de les faire dans le sens qu'aucune conséquence n'est prévue à cet effet. La pertinence des devoirs et leur raison d'être dans le programme sont rappelées à la mère. Celle-ci est renforcée verbalement lors de l'accomplissement des devoirs.

Systeme de responsabilités

Pour les rencontres, la mère a trois responsabilités. Tout d'abord, elle doit s'engager dans la démarche de changement. Ensuite, elle doit préparer l'enfant pour la rencontre en s'assurant qu'il soit habillé avec des vêtements propres et qu'il soit prêt physiquement à la rencontre. Sa dernière responsabilité concerne les devoirs car il lui est demandé de les compléter avant la rencontre.

Pour ce qui est de l'animatrice, elle a diverses responsabilités. Dans un premier temps, elle apporte le matériel nécessaire à la rencontre soit l'ordinateur, la caméra, des jeux, la documentation et le matériel pour l'activité dirigée de stimulation. Elle a aussi la responsabilité d'élaborer le cahier des participantes regroupant les devoirs et des dépliants récapitulatifs pour certaines rencontres. Finalement elle doit être prête psychologiquement et physiquement à la rencontre et connaître le contenu abordé lors de celle-ci.

Stratégies de transfert et de généralisation

Différentes stratégies sont élaborées pour permettre une généralisation et un transfert des acquis. Dans un premier temps, un court devoir de quelques minutes est demandé à chaque semaine à la mère. En lien avec le contenu vu durant la rencontre, ce devoir permet à la mère de réfléchir sur le contenu abordé. De plus, le devoir consiste à faire une activité interactive, au choix de la mère, durant la semaine avec son enfant. Comme le programme vise les activités interactives, les mères choisissent une activité et répondent à quelques questions sur cette activité. Sous la forme d'un cahier relié remis à la dyade, les devoirs y sont regroupés et les mêmes questions sur l'activité reviennent à chaque fois (voir annexe VI). L'utilisation du vidéo feedback permet à la mère de voir les progrès réalisés et les

comportements à améliorer. Les dépliants donnés à quelques reprises lors des rencontres constituent des outils auxquels la mère peut se référer durant la semaine ou en cas de besoin.

L'animatrice entretient aussi des liens avec l'infirmière et/ou l'intervenante sociale au dossier afin de leur transmettre des informations. À la fin du programme, une rencontre avec celles-ci est planifiée pour permettre de faire un bilan sur les apprentissages de la mère. Finalement, l'animatrice reste disponible, au besoin, pour assurer un suivi téléphonique dans les trois mois qui suivent la fin de l'intervention. Il n'y aura pas d'autres suivis effectués auprès des dyades, après ce moment.

Système de reconnaissance

Différents moyens sont mis en place pour reconnaître les progrès, les apprentissages et la participation des mères au programme. Tout d'abord, à la fin des quatorze rencontres (pré-test, intervention et pos-test), l'animatrice remet à la mère un montage vidéo des interactions positives entre elle et son enfant. Ce cadeau permet à la mère de garder un souvenir du programme et d'avoir en sa possession un enregistrement des moments harmonieux vécus avec son enfant.

Aussi, lors de la huitième rencontre du programme un pyjama d'enfant est donné à la mère pour une activité spéciale. L'animatrice demande à la mère de dessiner ou d'écrire avec des marqueurs à tissu des images ou des mots que son enfant lui inspire sur le vêtement. Ceci est un cadeau offert à la dyade mais aussi un souvenir que la mère offre à son enfant. Finalement, le renforcement verbal est utilisé tout au long du programme mais spécialement lors de la rétroaction vidéo et lors de l'activité dirigée de stimulation afin d'encourager la mère et de susciter sa participation.

Évaluation de la mise en œuvre

Choix et justification des composantes

Étant donné des limites temporelles, humaines et monétaires, seulement quelques composantes ont été sélectionnées pour l'évaluation de la mise en œuvre car il est impossible d'évaluer l'ensemble des éléments. Les éléments priorisés sont : l'adhérence, l'exposition et la différenciation. Le tableau 3 suivant présente la liste des composantes sélectionnées, des dimensions à évaluer et des moyens envisagés.

Tableau 3 : Présentation des éléments de la mise en œuvre.

Composantes	Dimensions à évaluer	Instruments
Adhérence	- contenu livré	- grille de contrôle - élaboration d'un manuel du déroulement des rencontres pour l'animatrice
	- durée des rencontres	- grille de contrôle
Exposition	- présence	- grille de contrôle
	- remise du devoir	- grille de contrôle
	- participation de la mère	- questionnaire rempli par la mère et par l'animatrice
	- satisfaction de la mère	- questionnaire rempli par la mère
	- qualité de l'animation	- enregistrement d'une séance et évaluation par un évaluateur indépendant - journal de bord
Différenciation	- autres interventions reçues	- journal de bord

Instruments et procédure

Afin de réaliser l'évaluation de la mise en œuvre, différents outils sont créés. Tout d'abord, l'animatrice élabore un manuel d'animation pour le programme AIME qui décrit le déroulement des rencontres afin d'assurer une adhérence au contenu mais aussi pour s'assurer que chaque dyade reçoit la même intervention (voir annexe IV). Une grille de contrôle où l'animatrice doit y inscrire un résumé des étapes de la rencontre est aussi développée afin de s'assurer du contenu livré à chacune des rencontres (voir annexe XI). Celle-ci est conçue afin de repérer efficacement les éléments et elle est remplie après les rencontres.

Ensuite pour mesurer l'exposition des dyades au programme AIME, l'animatrice utilise encore la grille de contrôle préalablement développée. Elle la complète après chacune des rencontres et ce pour toutes les dyades. Les dimensions concernant la durée des activités et la fréquence des rencontres y sont colligées. Cette grille est facile à remplir car l'animatrice doit inscrire un chiffre ou simplement cocher un choix de réponse. Ce moyen est simple et rapide. Finalement sur la même grille, l'animatrice inscrit la présence des participants et la remise des devoirs. Afin de s'assurer de ne pas perdre les documents l'animatrice crée un dossier pour chaque dyade qu'elle garde dans son bureau.

Le journal de bord est l'outil complété par l'animatrice après chaque visite afin de mesurer une possible différenciation (voir annexe X). Tenant sur une page, ce journal relate les informations

nommées par la mère concernant des possibles changements dans sa vie. Par exemple, un changement de conjoint, la participation à un groupe de stimulation, etc. Sur ce même journal, l'animatrice inscrit également une auto-évaluation de sa qualité d'animation. Elle prend note de ses propres comportements, des changements et des contraintes qui ont pu influencer la qualité de son animation. Pour ne pas susciter la fatigue ou le manque d'intérêt, ces outils se doivent d'être simples, faciles à utiliser et stimulants pour l'animatrice.

Afin de documenter la qualité de l'animation, une séance est filmée et évaluée par une personne indépendante. L'évaluateur externe juge par exemple du dynamisme, de la qualité de présence, des interventions menées par l'animatrice et de la conformité de la rencontre. Cet évaluateur doit visionner une rencontre par dyade. Il regarde une séance différente pour chaque dyade. De plus, deux questionnaires maisons sont produits pour que la mère puisse évaluer d'une part sa satisfaction face à l'intervention et d'autre part la qualité de sa propre participation (voir annexe VIII et IX). Ces questionnaires sont donnés à la mère à la fin du programme. De plus, ils ne sont pas répondus devant l'animatrice afin que les mères soient à l'aise de répondre et ainsi éviter une forme de désirabilité sociale. L'animatrice évalue aussi la participation de la mère au programme à l'aide d'un questionnaire (voir annexe VII). Ce questionnaire est rempli après chacune des rencontres.

Évaluation des effets

Devis

Le devis de ce programme d'intervention est un protocole à cas unique de type ABA à mesures répétées. Cela permet de vérifier les effets de cette intervention au niveau des différents construits. Ce type de protocole permet de déterminer l'existence d'une certaine relation entre l'intervention et le comportement cible (Ladouceur & Bégin, 1986). Il y aura une série de trois points de mesure au pré-test et au post-test dans le but de déterminer le niveau de base. Des mesures répétées sont aussi prises lors de l'intervention.

Instruments

Afin de mesurer la qualité des interactions mères-enfant, le *Maternal Behavior Q-Sort* (MBQS) est utilisé. Élaboré par Pederson, Moran et Bento (1998), cet instrument fournit une description

détaillée des comportements maternels qui permettent d'établir le niveau de sensibilité maternelle de la mère. Les observations se déroulent à la maison et il nécessite de deux à quatre heures d'observation pour être complété. Les observations se passent dans un contexte où l'attention de la mère est divisée entre les demandes de l'observateur et celles de l'enfant. Cette technique fait référence au paradigme de la division. Les auteurs (Pederson, Moran, Sitko, Campbelle, Ghesquire & Acton, 1990) proposent de placer la mère dans une situation conflictuelle. D'un côté l'animateur/observateur demande des tâches à la mère comme répondre à un questionnaire tandis que son enfant est dans une pièce de préférence sans jouets.

Ce test consiste à classer avec spontanéité 90 fiches en trois piles selon que l'interaction observée est : typique, neutre ou atypique. Il est important d'avoir 40 cartes dans la première pile (typique), 10 cartes dans la pile du milieu (neutre) et 40 cartes dans la dernière pile (atypique). Par la suite, il faut répartir les cartes en 9 autres piles contenant 10 cartes chacune. Donc, les piles des cartes typiques et atypiques sont divisées à nouveau selon que l'énoncé est : extrêmement typique, très typique, assez typique, un peu typique, un peu atypique, assez atypique, très atypique ou extrêmement atypique. La pile de cartes neutres reste identique (Pederson et al., 1990). Voici des exemples d'énoncés qu'il faut classer suite aux heures d'observation : la mère laisse peu de place aux initiatives du bébé, la mère répond adéquatement aux signaux du bébé, la mère recherche les interactions avec le bébé, les interactions avec le bébé sont conflictuelles, la mère se positionne de manière à capter les signaux du bébé, ou encore la mère taquine le bébé au-delà de ce qu'il paraît apprécier (Pederson & Moran, 1995b). Suite à cette classification et à l'entrée des données dans un logiciel, un score est obtenu variant entre -1 et 1. Les auteurs se sont inspirés de la théorie de l'attachement pour élaborer leur instrument.

Le *CARE-Index* (Crittenden, 1988) est utilisé pour évaluer les interactions entre la mère et son enfant. Cette grille de codage peut être employée auprès des enfants de 0 à 24 mois. Cet instrument regroupe les sept dimensions suivantes : l'expression faciale (items : à l'écoute, non congruent, hostile et impassible), l'expression vocale (items : chaleureuse, forcé, en colère et monocorde), la position et le contact corporel (items : confortable et accessible, intrusif et maladroit), l'expression de l'affection (items : affectueux, colère masquée, ouvertement hostile et indifférent), l'alternance dans l'interaction (items : dépendance positive, dépendance négative/punitive et désengagé), le contrôle (items : partagée, adulte et enfant) et le choix des activités (items : appropriée sur le plan développemental, top exigeant

et trop peu stimulant). De ces dimensions, trois échelles se rapportent à la mère soit sensible, contrôlante et désengagée et quatre échelles pour l'enfant soit coopératif, difficile, passif et accommodant compulsif. Selon le score obtenu il est possible de qualifier la sensibilité maternelle de la mère. Un score variant entre 0 et 4 situe la mère au niveau de protection de l'enfant; 5-6 au niveau d'intervention; 7-8 niveau malhabile; et 9-14 niveau sensible. La fidélité interjuge est de bonne à excellente et la corrélation de l'alpha de Cronbach pour chaque échelle varie entre 0,84 et 0,95 (Crittenden, 1988). Cet outil demeure intéressant car le temps pour le codage varie entre 20 et 40 minutes et il cible les enfants en très bas âge (Glatigny-Dallay, Lacaze, Loustau, Paulais & Sutter, 2005).

Le deuxième objectif proximal est que la mère augmente ses émotions positives lorsqu'elle est en interaction avec son enfant. Les deux objectifs spécifiques sont : 1) que la mère démontre du plaisir lorsqu'elle joue avec son enfant et 2) la mère communique verbalement son plaisir à son enfant lorsqu'elle interagit avec lui. L'animatrice conçoit une grille de cotation pour évaluer l'atteinte de ces objectifs. Le plaisir exprimé se rapporte aux mots et aux expressions utilisés par la mère tandis que les manifestations se définissent par le non verbal et les gestes employés par la mère. Cette grille nommée *l'échelle de plaisir* (Parent, 2009) est conçue pour être facile d'usage (voir annexe XII). Pour chacune des catégories, l'animatrice doit coder si cela est absent (1), un peu présent (2), moyennement présent (3), suffisamment présent (4) ou très présent (5) et y accorder un chiffre pour obtenir un sous-score. Le score total est obtenu en additionnant les deux sous-scores. Cet instrument n'est pas validé auprès d'une population et il n'a pas été possible de tester sa cohérence interne. Il faut donc rester prudent lors de l'utilisation de cette grille pour interpréter les résultats.

La *Grille d'évaluation du développement de l'enfant 0-5 ans* (GED) sert à mesurer l'un des objectifs collatéraux du programme AIME à savoir de favoriser le développement global des enfants. Sous forme de jeux avec l'enfant, le GED évalue trois dimensions du développement global de l'enfant soit cognitive/langagière, motrice et socioaffective. Un score est obtenu pour chacune des échelles (Pomerleau, Vézina, Moreau, Malcuit, Séguin, 2008). Il y a huit grilles définies selon l'âge des enfants. Pour les besoins du programme et l'âge des sujets, seulement les grilles 3-6 mois et 6-9 mois ont ici servi. Les items se rapportant aux dimensions selon ces grilles sont : cognitive/langagière (items : intégration sensorielle et perception motrice, causalité, permanence de l'objet, la mémoire et la capacité à reproduire des sons liés au langage), motrice (items : présence de certains réflexes périnataux, degré d'activité physique, tonus musculaire, habiletés motrices globales et habiletés motrices fines) et

socioaffective (items : comportements d'attachement à ses parents et sensibilité aux autres adultes) (CLIPP, 2007).

Finalement, afin d'évaluer l'autre objectif collatéral à ce programme soit d'augmenter les connaissances de la mère sur le développement des enfants, le *Knowledge of Infant Development Inventory* (KIDI) est utilisé. Cet instrument élaboré par MacPhee (1981) s'adresse aux parents ayant un enfant âgé de douze ans et moins. Il comporte quatre sous-échelles soit la connaissance sur le développement de l'enfant, le principe du développement de l'enfant, la santé et la sécurité et les habiletés parentales. Il comporte un total de 75 questions. Voici des exemples d'items : les enfants apprennent le langage en copiant ce qu'ils ont entendu, la personnalité d'un enfant est formée lorsqu'il atteint 6 mois, la meilleure façon d'apprendre à son enfant à ne pas frapper est de le frapper à son tour, ou généralement les bébés ne peuvent pas voir et entendre à la naissance.

Procédure

Tel que l'exige le protocole à cas unique de type ABA, il y aura trois prises de mesure avant et trois prises de mesure après l'intervention. Certaines mesures répétées sont aussi prises tout au long du programme. Le *MBQS* est passé lors des trois premières rencontres au pré-test, lors de la quatrième rencontre d'intervention et lors des trois dernières rencontres au post-test car il nécessite plus de trois heures d'observation. Une interaction d'une durée de 5 minutes entre la mère et son enfant est filmée à chaque semaine (pré-test, intervention et post-test). Elle sert de prise de mesure tout au long du programme et est ensuite décodée par l'animatrice grâce à la grille d'observation le *CARE-index*. *L'échelle de plaisir* est aussi employée lors des rencontres pré-test, intervention et post-test. Le codage s'effectue suite à l'interaction filmée de 5 minutes. Le *KIDI* est passé lors du pré-test et du post-test afin de mesurer l'impact de l'intervention. Finalement le *GED* est fait avec l'enfant deux fois soit une fois lors du pré-test avec la grille 3-6 mois et une fois lors du post-test avec la grille 6-9 mois.

Résultats

Évaluation de la mise en œuvre

Dans cette section il est question de comparer ce qui avait été prévu pour le programme AIME et ce qui a été réalisé lors de son implantation.

Comparaison entre le prévu et le vécu

Participants : caractéristiques et recrutement.

Pour ce qui est de la méthode de recrutement planifiée, celle-ci s'est déroulée comme prévue. En effet, un dépliant présentant les informations de base du programme a été produit puis présenté et remis lors d'une rencontre en juin avec toute l'équipe du programme enfance-famille 0-5 ans du CLSC Châteauguay. Chaque intervenante a reçu cinq exemplaires du dépliant. Avec ce dépliant, la stagiaire a aussi remis une copie de la feuille de référence à chaque personne de l'équipe. Au retour de la stagiaire en septembre, il y avait déjà cinq références pour le programme AIME. Un dernier rappel de la fin de la période de référence pour le programme a été fait et trois autres références sont entrées. Parmi les huit familles référées par l'équipe, l'animatrice a fait une sélection de cinq dyades. Cette sélection s'est basée dans un premier temps sur l'inscription des familles au programme SIPPE du CLSC car le programme AIME s'adresse particulièrement à ces familles. Par la suite, le nombre de critères sélectionnés sur la feuille de référence a permis de prioriser certaines familles. Finalement, une rencontre s'est faite avec chaque intervenante de l'équipe qui a fait une référence afin de bien valider les éléments inscrits sur la feuille de référence et pour déterminer s'il y a lieu la famille à prioriser. L'animatrice a téléphoné à chaque famille pour établir un premier contact et pour planifier une rencontre afin d'expliquer les modalités du programme AIME.

Le niveau de base du programme AIME a débuté en septembre et ce avec cinq dyades. Afin d'assurer la confidentialité des noms fictifs sont donnés aux personnes. La première dyade est Sandra et son fils Nathan. Sandra est âgée de 29 ans et Nathan a six mois au début de l'intervention. Sandra possède un secondaire un et travaillait dans une usine avant sa grossesse. Elle dit présenter une lenteur intellectuelle. Sandra est en relation avec le père de son enfant, mais il y a plusieurs conflits à l'intérieur du couple depuis l'arrivée de l'enfant. Le conjoint rabaisse Sandra au niveau de ses habiletés parentales et les interactions entre eux sont ombrageuses. Sandra est anxieuse par rapport aux soins à donner à son enfant et se sent souvent dépassée par les tâches et les exigences familiales. Son père est présent pour la soutenir mais sa mère est décédée lorsqu'elle était adolescente. D'ailleurs cet évènement est très présent dans son discours.

Une autre famille est composée d'Anna 21 ans et de sa fille Sheila cinq mois. Anna vient du Cambodge et elle a immigré au Québec depuis deux ans. Elle est venue rejoindre son mari qui est aussi

Cambodgien. La relation de couple est positive. Anna parle le français mais sa compréhension est plus difficile. Il faut parler lentement. Anna a un diplôme universitaire dans son pays mais ici elle ne travaille pas. Le couple a un faible statut socio-économique et vit un grand isolement social. Anna a peu de connaissances sur le développement des enfants et sur les soins à prodiguer. Elle veut beaucoup apprendre du programme et souhaite améliorer ses pratiques parentales.

La troisième famille est celle de Marie âgée de 23 ans et de son fils Mathieu âgé de cinq mois. Marie est mère monoparentale. Le père de son enfant est en prison pour cause de vente de stupéfiants et ce depuis la naissance de Mathieu. À quelques reprises Marie et son fils sont allés voir le père en prison car elle souhaite que Mathieu puisse connaître son père. Marie a un secondaire quatre et avant sa grossesse elle travaillait dans un magasin à grande surface au salaire minimum. Marie a peu de soutien autour d'elle pour des moments de répit mais elle rend souvent visite à sa famille. Marie a vécu dans un milieu familial empreint de violence physique et psychologique de la part de son père qui s'est suicidé lorsqu'elle avait neuf ans. Ses limites au niveau des connaissances sur le développement des enfants et des habiletés parentales à adopter auprès de ceux-ci reflètent de ses expériences passées difficiles. Marie est la participante qui est la plus motivée à débiter le programme, elle attendait depuis l'été le commencement de celui-ci.

Meg 23 ans et son fils Mitch âgé de cinq mois au début du programme forment la quatrième dyade. Meg est anglophone et elle comprend bien le français. Elle n'a pas terminé son secondaire cinq mais elle retourne aux études pour faire une formation professionnelle. Son horaire d'école est du lundi au jeudi. Meg ne travaillait pas avant la naissance de son fils, elle reçoit de l'aide sociale. Elle n'entretient plus de contacts avec le père de son enfant et celui-ci n'a pas reconnu sa paternité. Les parents de Meg sont présents dans sa vie et lui apportent beaucoup de soutien. La participation de Meg au programme AIME fut de courte durée. Suite aux trois rencontres du niveau de base, il y a eu trois rencontres d'intervention. L'horaire d'école et le peu de temps de disponibilité de Meg ont fait en sorte qu'elle a décidé d'arrêter le programme. En effet, elle était disponible seulement le vendredi et cela correspondait aussi avec sa seule journée de congé dans la semaine. Il devenait problématique de prendre les rendez-vous et elle n'était pas disponible psychologiquement lors des rencontres (trop de fatigue). Il n'était pas possible pour l'animatrice de se déplacer la fin de semaine pour offrir le programme AIME, alors il a été convenu d'arrêter les rencontres.

La dernière dyade à être sélectionnée pour le programme AIME est composée de Magalie 19 ans et de Katherine six mois. Magalie est en couple avec le père de Katherine depuis 17 mois, ils se sont rencontrés deux mois avant la grossesse. Magalie n'a pas terminé son secondaire cinq et elle ne travaille pas. Les deux conjoints vivent de l'aide sociale. La relation de couple est conflictuelle. Il aurait eu des épisodes de violence. Le conjoint de Magalie est suivi pour son agressivité dans un organisme pour hommes violents. Magalie présente une instabilité de l'humeur et a une médication pour se stabiliser. Par contre, elle ne la prend pas. Magalie consomme régulièrement de la marijuana et des « speeds ». La famille n'a pas poursuivi le programme AIME jusqu'à la fin. Suite aux trois rencontres du niveau de base et à deux rencontres du programme, Magalie a mis un terme abruptement au programme. Une difficulté à recevoir des conseils pour le développement de sa fille serait à l'origine de la décision de Magalie d'arrêter le programme.

Étant donné le désistement de Meg et de Magalie, le programme AIME s'est terminé avec Sandra, Anna et Marie. La section suivante permet de mesurer l'exposition de chaque dyade au programme AIME.

L'exposition à l'intervention

Il était prévu de mesurer l'exposition à l'intervention sur deux aspects. Le premier aspect discuté est les présences au programme et le deuxième est la remise des devoirs. Comme en témoigne la figure 2 ci-dessous, le calendrier des rencontres a subi quelques changements entre le prévu et le vécu.

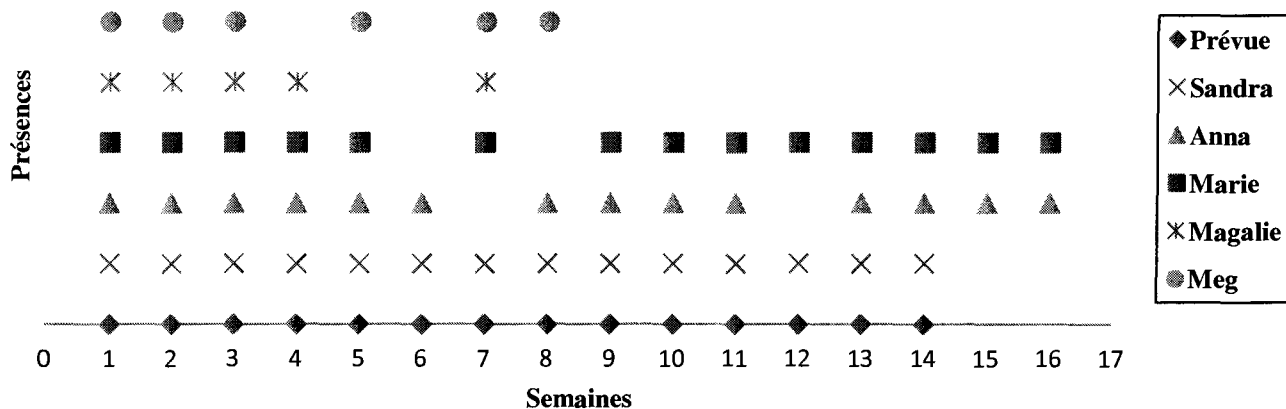


Figure2 : Calendrier des rencontres.

En effet, le programme AIME a été planifié pour durer 14 semaines, incluant le pré-test, l'intervention et le post-test, et ce du début septembre à la mi-décembre. Par contre, pour certaines raisons cette planification n'a pas été respectée.

Comme il a déjà été dit, le programme s'est terminé plus tôt pour Magalie avec un total de cinq rencontres et pour Meg avec un total de six rencontres sur les 14 prévues. Pour Sandra, le programme planifié sur 14 semaines à raison d'une rencontre par semaine a été respecté. Tandis que pour Anna, le programme s'est échelonné sur 16 semaines. En effet, à deux reprises des rencontres ont été annulées étant donné des contraintes de l'animatrice et pendant une tempête de neige en décembre. Ce qui fait en sorte que le programme s'est terminé au début janvier.

En ce qui concerne Marie le programme s'est aussi échelonné sur une période de 16 semaines. L'animatrice est responsable de la première annulation étant donné des contraintes de son horaire. La deuxième annulation est due à l'opération chirurgicale de Marie. Pendant une semaine elle est restée chez sa mère afin de récupérer d'une opération mineure. Il avait été convenu préalablement entre Marie et l'animatrice d'annuler cette rencontre et de la reporter une autre journée.

Autant pour Marie que pour Anna, les rencontres post-test se sont déroulées lors de la période des fêtes. Ces rencontres à cette période peuvent représenter un plus grand stress pour les parents et ainsi avoir des impacts sur la qualité des contacts avec l'enfant. Le fait que les rencontres n'ont pas eu lieu à chaque semaine peut avoir un impact sur les résultats de l'intervention. Étant donné le jeune âge des enfants et la rapidité du développement à ce moment, certains changements peuvent être dus à la maturation de l'enfant.

Pour ce qui est de la remise des devoirs, ceux-ci étaient comptabilisés à chaque semaine par l'animatrice. Au début de chaque rencontre un temps était pris pour faire un retour sur le devoir. En fait, les devoirs exigeaient que la dyade mère-enfant pratique une activité durant la semaine et que le parent analyse ce moment et les comportements de l'enfant. À chaque semaine la même chose était demandée et le parent sélectionnait lui-même l'activité. De plus, l'animatrice proposait de varier les activités à chaque semaine. La figure 3 suivante montre le nombre de devoirs remis par chaque mère.

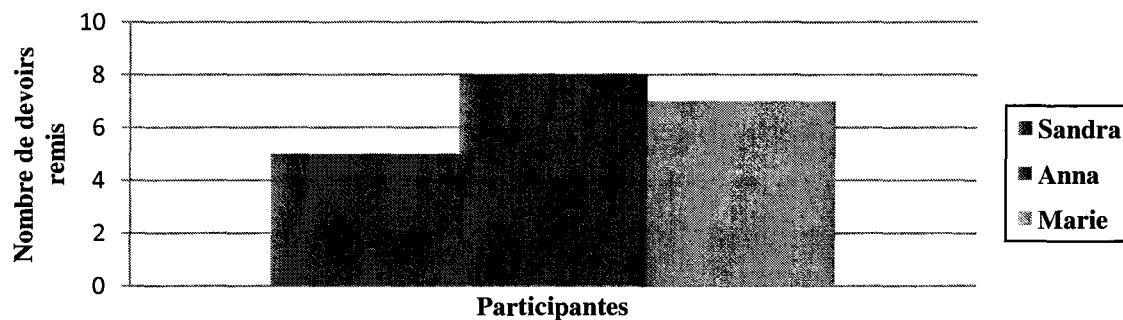


Figure 3 : Nombre de devoirs remis par les mères.

Anna a remis l'ensemble des devoirs et elle tentait à chaque semaine d'essayer de nouvelles activités (faire des massages, parler lors des promenades, faire de la peinture, etc.). Souvent elle s'inspirait des activités vues lors des rencontres précédentes.

Pour ce qui est de Marie, elle était très intéressée par les devoirs. Il y a eu sept devoirs de comptabilisés. Le devoir manquant se rapporte au moment de son opération car elle avait oublié de faire celui de la semaine précédente. Il y a eu une amélioration dans les activités proposées et elle a offert plus d'opportunités d'exploration à son fils lors des jeux.

Quant à Sandra, c'est elle qui a fait le moins de devoirs. Souvent lorsque l'animatrice arrivait au domicile, le cahier des participantes était sur la table et elle avait oublié d'y inscrire son analyse. L'animatrice rappelait alors à Sandra l'importance de pouvoir prendre un temps de recul après l'activité et d'analyser les comportements de son enfant dans le but de mieux le comprendre. Comme la situation s'est reproduite à plus d'une reprise, l'animatrice faisait un retour verbal sur l'activité vécue durant la semaine et questionnait la mère sur sa compréhension des comportements de son fils.

Conformité de l'intervention

Il avait été prévu de mesurer la conformité de l'intervention à l'aide de deux indicateurs. Dans un premier temps, un retour est fait sur le contenu livré. Dans un deuxième temps, la durée des rencontres est mesurée et décortiquée selon les différentes étapes de l'intervention.

Globalement, le programme s'est déroulé comme prévu et le contenu livré était celui planifié. Par contre quelques modifications ont été nécessaires afin de s'adapter aux participants. En effet, étant

donné le bas âge des enfants, il est arrivé qu'un enfant soit fatigué ou maussade lors des rencontres. Ainsi, pour Sandra et Nathan lors d'une seule rencontre l'activité dirigée de stimulation n'a pas été faite. Nathan étant très fatigué, il a été jugé plus important d'aller le coucher que de le faire participer. Cette activité n'a pas été reportée.

Pour la dyade d'Anna et Sheila, des changements se sont produits aussi. Lors d'une rencontre Anna est allée coucher sa fille au moment de l'activité dirigée de stimulation puisqu'elle démontrait des signes de fatigue. Aussi à une autre rencontre, l'interaction filmée et le feed-back n'ont pas eu lieu car Sheila était malade. Ces moments n'ont pas été reportés à une autre rencontre, ils ont été annulés.

Finalement, pour ce qui est de Marie et de Mathieu il y a eu quelques changements effectués. En effet, suite à son opération Marie avait de la difficulté à se déplacer et elle était plus fatiguée. Donc à la rencontre suivant son opération, Marie n'a pas voulu faire l'interaction filmée puisque celle-ci demandait d'être au sol avec l'enfant. Cette étape et celle du feed-back ont été annulées.

Ensuite, lors d'une autre rencontre, Marie disait que son enfant était malade et qu'ainsi ils ne pouvaient pas faire l'interaction filmée, le feed-back et l'activité dirigée de stimulation. L'animatrice ne remarquait pas la même chose chez l'enfant mais elle a respecté le choix de la mère. Elle a toutefois fait un rappel quant aux étapes de l'intervention et à l'importance de celles-ci dans le programme puisqu'elle se doutait que Marie tentait d'éviter l'interaction filmée. En fait, Marie n'aimait pas le moment où elle se regardait lors du feed-back car elle se préoccupait trop d'elle malgré les rappels de l'animatrice de porter attention aux comportements de son enfant. Il a été convenu avec Marie de poursuivre le programme AIME avec les étapes dans son intégrité.

En ce qui concerne la durée des rencontres, quelques différences existent entre la planification et la réalisation de l'intervention. La figure 4 suivante montre le temps moyen de chacune des étapes et ce pour toutes les participantes comparativement avec ce qui avait été planifié.

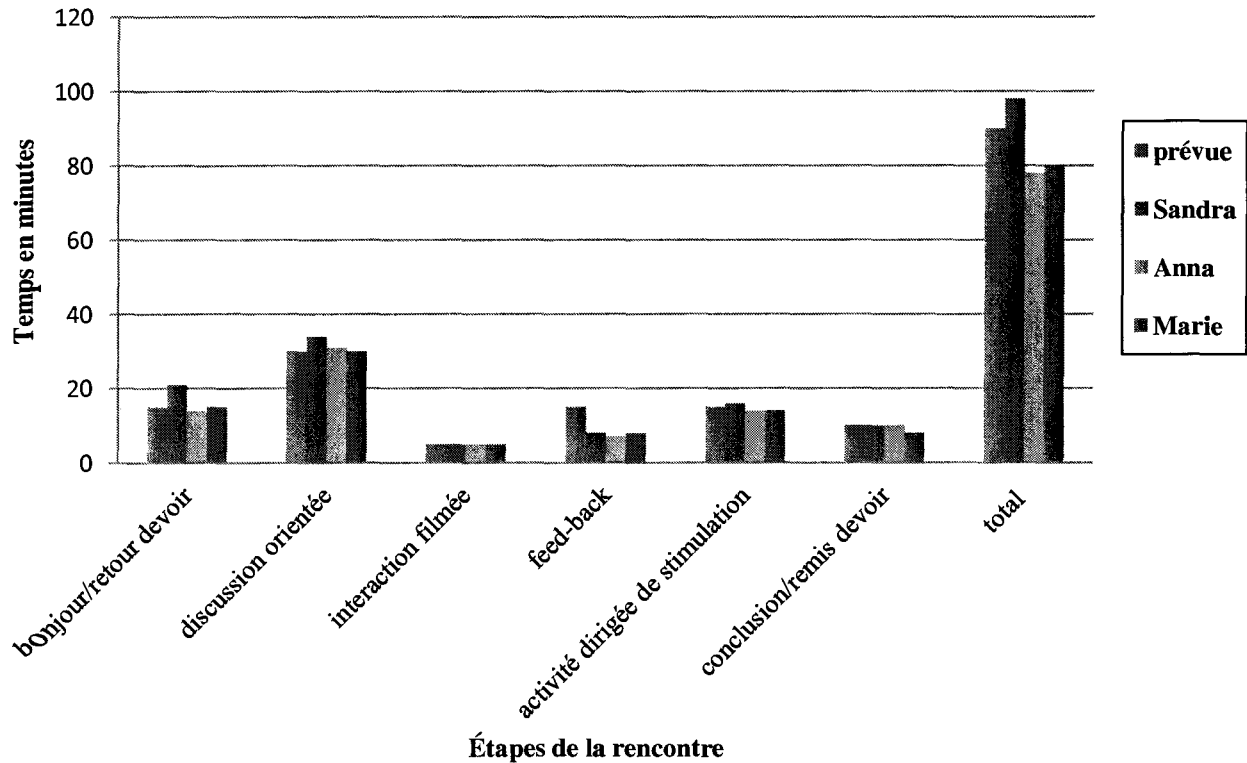


Figure 4 : Le temps moyen de chaque étape des rencontres.

Il s'est avéré que pour Sandra les étapes de l'accueil/retour sur le devoir et la discussion soient plus que ce qui avait été prévu. En fait, Sandra est la seule des participantes qui était sur la liste d'attente pour avoir un suivi psychosocial. Comme il y avait plusieurs conflits dans le couple, l'animatrice prenait un temps plus grand pour aborder ces problèmes sinon la disponibilité de Sandra en aurait été affectée. Cette différence se perçoit aussi dans la durée totale moyenne des rencontres pour Sandra comparativement aux autres participantes. En effet, il avait été planifié que les rencontres durent entre 75 et 90 minutes. Dans le cas de Sandra, la durée moyenne de ses rencontres s'élève à 98 minutes alors que chez les autres participantes, la durée moyenne est de 78 minutes pour Anna et de 80 minutes pour Marie.

Pour l'ensemble des participantes le temps alloué pour le retour sur l'interaction filmée était trop long. En effet, les mères soulevaient peu d'observations et souvent elles ne faisaient que répondre oui ou non aux questions de l'animatrice. Celle-ci tentait de varier ses questions et de poser des questions ouvertes mais les participantes ne discutaient pas plus. Certaines faisaient davantage de commentaires sur leur apparence ou sur celle de leur enfant. Elles éprouaient de la difficulté à se

décentrer d'elles-mêmes et d'aller en profondeur sur l'analyse des comportements de l'enfant. Toutefois elles appréciaient regarder leur enfant sur l'écran de l'ordinateur.

Participation

La participation a été évaluée de deux manières différentes. Tout d'abord, l'animatrice évaluait après chaque rencontre la participation selon les étapes de la rencontre (accueil/retour sur le devoir, discussion, interaction filmée, feed-back et l'activité dirigée de stimulation). Le choix de réponse variait entre 1= faible, 2= moyenne, 3= bonne et 4= élevée. Il s'est avéré que l'activité dirigée de stimulation soit l'étape où la participation des mères fut la plus élevée. En effet, pour Sandra la moyenne de sa participation à cette étape est de 3,75, pour Anna elle est de 3,5 et pour Marie elle est de 4. D'ailleurs Marie s'est toujours montrée ouverte aux nouvelles activités proposées et elle amenait souvent des suggestions. De leur côté, Sandra et Anna participaient aussi beaucoup mais elles faisaient les activités proposées sans nécessairement apporter des idées. L'étape où la participation a été la plus faible est lors du feed-back sur l'interaction filmée. Comme il a déjà été mentionné, les participantes échangeaient peu et l'animatrice avait de la difficulté à susciter leur participation. N'étant pas très appréciée par les participantes, cette étape est donc sans surprise, celle où le score est le plus bas. Ainsi, la participation moyenne de Sandra est de 1,5, pour Anna elle est de 1,3 et pour Marie de 1,5. Il est possible que la participation d'Anna soit plus faible en raison de sa langue d'origine qui est différente. En effet, la compréhension des questions et la capacité d'échanger spontanément peuvent être affectées par la difficulté d'Anna à bien comprendre et s'exprimer en français.

Pour ce qui est de l'auto-évaluation des participantes quant à leur participation au programme AIME, celle-ci a été mesurée avec un questionnaire développé par l'animatrice. Passé à la fin du programme, ce questionnaire comportait 11 questions fermées ayant un choix allant de 0 à 10 (0 étant le plus faible et 10 le plus élevé) et une question ouverte. De façon générale, les participantes ont hautement évalué leur participation. Pour Sandra, la moyenne obtenue est de 87% pour l'ensemble de sa participation. Ses plus bas scores à savoir 7 et 3 concernent respectivement sa participation lors des devoirs et lors de l'enregistrement vidéo. Tout comme l'animatrice, Sandra a remarqué qu'elle s'appliquait moins dans la remise des devoirs que lors des autres étapes. Pour ce qui est d'Anna, elle évalue fortement sa participation. En effet, son score moyen est de 98%. Un questionnement persiste pour l'animatrice quant à la réelle compréhension des questions qu'avait Anna. Finalement, la

moyenne de la participation de Marie est aussi élevée s'établissant à 89%. Comme il a déjà été démontré par les autres résultats, le score le plus faible dans le questionnaire se rapporte à la partie du feed-back. Marie évalue à un sa participation lors de cette étape. Tout comme Sandra, elle était remarque qu'elle participait moins. En terminant, il est possible d'attribuer les hauts scores des participantes au désir de celles-ci de démontrer leur bonne participation à l'animatrice.

Satisfaction

Pour évaluer la satisfaction des participantes, l'animatrice leur a remis lors de la dernière rencontre une enveloppe contenant un questionnaire sur la satisfaction à participer au programme AIME. Ce questionnaire confidentiel développé par l'animatrice comporte 13 questions avec un choix de réponse allant de 0 à 10 (0 étant le plus faible et 10 étant le plus élevé), et quatre questions ouvertes. Le tableau 4 suivant fait état des réponses aux quatre questions ouvertes.

Tableau 4 : Questions ouvertes posées aux mères liées à leur satisfaction.

Questions posées	Réponses
Quel est le plus grand apport qu'à eu ce programme sur votre relation avec votre enfant?	Marie : je suis beaucoup plus proche et je comprends ce qu'il me dit (tout en pleurant). Sandra : de nous aider, de nous rapprocher. Anna : l'attachement avec mon enfant.
Nommez ce que vous avez le plus apprécié du programme AIME.	Marie : que l'animatrice me comprenne sur plusieurs points. J'ai aimé les rencontres, mais surtout les activités proposées. Que l'animatrice se déplace chez moi. Sandra : de nous aider, de nous montrer des trucs et des choses que l'on ne connaît pas sur les bébés. Anna : les questions posées par l'animatrice et les conseils.
Nommez ce que vous avez le moins apprécié du programme AIME.	Anna : les moments filmés. Marie : quand on se faisait filmer. Sandra : que ça ne dure pas assez longtemps. J'aurais voulu que ça dure jusqu'à qu'il ait un an au moins.
Suite à votre expérience, quel aspect pourrait être ajouté afin d'améliorer le programme AIME?	Anna : avoir plus de jeux, plus d'activités. Sandra : que le programme dure plus longtemps.

Pour ce qui de la moyenne de la satisfaction, elle est de 9,6 pour Sandra, de 9,5 pour Anna et de 9,3 pour Marie. Toutefois, il faut être prudent dans l'analyse de ces résultats, car même si l'animatrice

n'était pas présente au moment de répondre au questionnaire, il n'en demeure pas moins un risque de désirabilité sociale de la part des mères. Pour ce qui est des thèmes abordés dans le programme et ceux que les participantes jugent les plus pertinents, les trois mères ont choisi: la qualité des premiers contacts, la personnalité de mon enfant, l'attachement, les besoins des enfants et la routine. Par ailleurs deux d'entre elles ont apprécié les thèmes de la discipline et des émotions. Pour ce qui est du thème le moins pertinent selon les mères, il y a l'estime de soi qui revient à deux reprises. Aussi, les participantes étaient questionnées sur les activités proposées qu'elles trouvaient les plus intéressantes. Voici ce qui en ressort : les trois participantes ont apprécié la peinture, le jeu de coucou et les marionnettes. Il y a deux participantes qui ont apprécié les instruments de musique, la danse et chanson et le dessin sur un vêtement. Finalement, une seule participante a apprécié l'activité sur les massages. De manière générale, les exercices et les livres font partie des activités les moins appréciées.

Animation

Il avait été prévu de procéder à l'enregistrement vidéo de trois rencontres dans le but d'évaluer la qualité de l'animation. Par contre, les mères ont toutes refusé que l'animatrice enregistre au complet la rencontre. Afin de pallier à cette situation, l'animatrice a prévu des questions dans le questionnaire portant sur la satisfaction des participantes face au programme AIME. Le taux de satisfaction quant à la qualité de l'animation, les schèmes relationnels et le dynamisme de l'animatrice est de 100% pour toutes les participantes. Il est difficile de tirer une conclusion de ces résultats car encore une fois, la désirabilité sociale peut expliquer ce taux. Il faut donc rester critique quant à ces résultats.

Jugement global sur la conformité

En regard de ce qui a été présenté concernant l'implantation du programme AIME, il est possible de dire que sa conformité est jugée bonne. En effet, celle-ci varie entre 79% à 100%. Le plan de recrutement des participantes a été respecté et a rejoint les participantes voulues à 100%. Pour ce qui est des présences aux rencontres, en comptant seulement les trois dyades qui ont participé à l'ensemble du programme AIME, la conformité atteint 90%. Le temps accordé pour chaque rencontre était planifié entre 75 et 90 minutes. Ainsi, 87% des rencontres ont duré le temps prévu. L'application du contenu est conforme à 100%. Par contre, parfois il fallait annuler ou écourter des étapes de la rencontre, soit parce que l'enfant était malade ou parce qu'il démontrait des signes de fatigue. Le déroulement des étapes

comme il avait été prévu est atteint dans 79% des rencontres. Pour ce qui est de la remise des devoirs, en général les mères ont effectué les devoirs avec sérieux et implication. Cet aspect est conforme à 83% du plan initial.

Un seul changement concernant les composantes du modèle psychoéducatif a été effectué, et ce pour le code et les procédures. En effet, il était demandé aux participantes et à leur enfant d'être habillés lors de l'arrivée de l'animatrice. Les rencontres avec Marie et Mathieu avaient habituellement lieu le matin et souvent ils étaient en pyjama. Étant donné l'âge de l'enfant cela ne causait pas de problèmes qu'il soit en pyjama. Aussi, il n'a pas été demandé à Marie de s'habiller, car cela n'avait pas d'impacts sur les rencontres. Afin de ne pas briser le lien avec Marie et parce que cela était un sujet délicat à aborder avec elle, l'animatrice a volontairement décidé de ne pas insister sur cet aspect. Ce qui fait en sorte que cette composante est conforme à 89% de ce qui avait été prévu.

Finalement pour ce qui est des autres composantes de l'intervention telles que les stratégies de gestion des comportements, les stratégies de gestion des apprentissages, le contexte spatial, le système de responsabilité et le système de reconnaissance elles se sont déroulées comme elles avaient été préalablement planifiées et leur taux de conformité est donc de 100%.

Implications eu égard à l'évaluation des effets

Comme il a été démontré, d'une façon globale le programme est conforme à ce qui était planifié. Les moyens utilisés tels que le journal de bord, les grilles de contrôle, et les questionnaires ont permis de mesurer les aspects liés à la mise en œuvre du programme AIME. Il était donc nécessaire que l'animatrice collige les informations le plus tôt possible après les rencontres et qu'elle assure une constance pour remplir les journaux de bord. Étant donné certaines contraintes administratives et temporelles, il n'a pas toujours été possible pour l'animatrice d'effectuer ces tâches rapidement. Cela peut avoir des impacts sur la comptabilisation des résultats et sur la réelle conformité du programme AIME auprès des participants.

De plus, des événements vécus par les mères peuvent affecter certains résultats. En effet, Sandra vivait de nombreux conflits dans sa relation conjugale. À plusieurs reprises elle se questionnait sur sa famille. Ces éléments ont influencé la disponibilité de Sandra lors des rencontres et sa capacité à

s'impliquer lors des activités. Il se peut qu'elle n'ait pas fait autant de progrès que les autres participantes étant donné ces aspects. D'ailleurs Sandra est la participante qui a remis le moins de devoirs. Il est possible de se questionner sur la présence réelle des moments de jeux entre Sandra et son enfant. Ces éléments portent à croire à une faible généralisation des apprentissages par Sandra.

Quant à Marie, elle a subi une opération qui l'a obligée à aller rester chez sa mère. Au retour de Marie à son domicile, elle ne voulait pas pratiquer certaines activités proposées par l'animatrice comme l'interaction filmée. Certaines étapes du programme ont dû être annulées. Étant donné que le vidéo feed-back est le moyen privilégié par le programme pour que la mère reconnaisse les besoins de son enfant, il est possible de croire que cet aspect est moins bien acquis par celle-ci.

Finalement, pour diverses raisons le calendrier des rencontres n'a pas été respecté. Marie et Anna ont chacune manqué deux rencontres. Cela peut avoir des impacts positifs ou négatifs sur l'atteinte des objectifs. Aussi, Marie et Anna ont un suivi psychosocial au CLSC, il est possible de croire que des effets de cette intervention peuvent influencer certains résultats. Il est plus difficile de juger les effets du programme AIME de ceux engendrés soit par le suivi psychosocial ou des événements vécus par les participantes.

Évaluation des effets

Stratégie d'analyse employée

La présente section porte sur l'évaluation des effets du programme d'intervention AIME. Le devis utilisé est un protocole à cas unique de type ABA à mesures répétées ayant trois points de mesure au pré-test, huit points de mesure en intervention et trois points de mesure en post-test. Pour certains instruments, les résultats se comparent entre les données obtenues lors du pré-test et du post-test tandis que pour d'autres les mesures répétées permettent d'évaluer les résultats entre les rencontres. La principale stratégie d'analyse employée est celle des graphiques. Ainsi, la prochaine section est divisée selon les objectifs proximaux et collatéraux établis dans le programme. Les résultats obtenus aux divers outils d'évaluation pour chacune des dyades participantes y sont répertoriés. Le but de cette méthode étant de mesurer les effets du programme AIME auprès de chaque dyade. Les outils utilisés pour l'évaluation des effets sont le *Maternal Behavior Q-Sort (MBQS)*, le *CARE--Index*, l'échelle de plaisir,

le *Knowledge of Infant Development Inventory* (KIDI) et la grille du développement de l'enfant 0-5 ans (GED). Ils sont brièvement décrits avant l'interprétation des résultats.

Résultats obtenus

Résultats du premier objectif proximal : augmenter la sensibilité maternelle.

Maternal Behavior Q-Sort

Le *Maternal Behavior Q-Sort* est utilisé afin de mesurer la sensibilité maternelle. Il est fait à trois reprises soit lors de la troisième rencontre pré-test, à la quatrième rencontre d'intervention et à la troisième rencontre post-test. Selon l'étude effectuée par Pederson et Moran (1996), le score moyen de sensibilité des parents d'enfants dont l'attachement est de type sécurisant est de 0,52 (avec un écart-type de 0,42). Le type insécurisant-évitant a un score moyen de -0,01 (avec un écart-type de 0,50) et le type insécurisant-ambivalent le score moyen est de -0,18 (avec un écart-type de 0,42). La figure 5 montre les scores obtenus selon les moments d'évaluation pour les trois participantes.

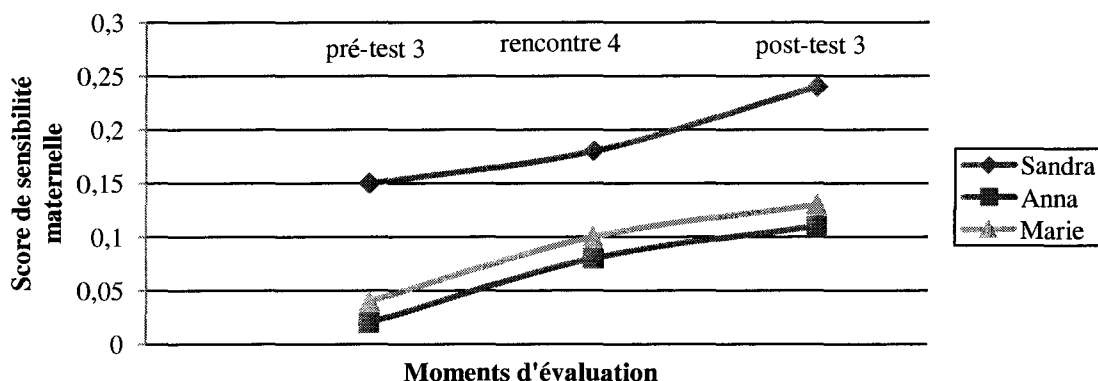


Figure 5 : Scores de sensibilité maternelle obtenus avec le *MBQS* pour les trois mères.

Le score de Sandra est de 0,15 à la première prise de mesure. Lors de son exposition au programme AIME son score augmente à 0,18. La dernière prise de mesure effectuée trois semaines après la fin du programme indique un score de sensibilité maternelle de 0,24. Ce score final de sensibilité situe Sandra à moins d'un écart-type d'un attachement de type sécurisant chez l'enfant à l'âge de 12 mois. Ces résultats portent à croire que le programme a eu un effet sur la sensibilité maternelle de Sandra durant et après l'intervention. Celle-ci est la mère qui présente un score de sensibilité maternelle le plus élevé parmi les participantes.

Anna est la mère qui présente le plus faible niveau de sensibilité maternelle. Lors de la première mesure au troisième pré-test, le score est de 0,02. À la quatrième rencontre du programme d'intervention le score est de 0,08. Finalement, trois semaines après l'intervention le score est de 0,11. Ces résultats montrent que le programme semble avoir augmenté le niveau de la sensibilité maternelle d'Anna. En comparaison avec les résultats de l'étude de Pederson et Moran (1996), il semble que le score de 0,11 pour la sensibilité maternelle soit à un écart-type d'un attachement de type sécurisant lorsque l'enfant est âgé de 12 mois.

Pour ce qui est de Marie, la mesure prise lors du troisième pré-test indique un score de 0,04. Le score lors de la quatrième rencontre d'intervention est de 0,10 et lors du dernier post-test le score est de 0,13. Ces résultats montrent que le programme a eu un impact au niveau de la sensibilité maternelle de Marie en entraînant une augmentation. En comparaison avec les résultats de l'étude de Pederson et Moran (1996), il semble que le score de 0,13 pour la sensibilité maternelle soit à un écart-type d'un attachement de type sécurisant lorsque l'enfant est âgé de 12 mois.

Le CARE-Index

En utilisant le *CARE-Index*, il est possible d'obtenir un score variant entre 0 et 14. Le tableau 5 suivant décrit les niveaux des scores de sensibilité maternelle qu'il est possible d'obtenir en utilisant cet instrument.

Tableau 5: Les scores de sensibilité maternelle selon le *CARE-Index*

Échelles	Description	Score
Sensible	Joie mutuelle, plaisir partagé	13-14
	Interactions sans heurt, agréable	11-12
	Satisfaisant, sans problèmes	9-10
Malhabile	Adéquat mais avec un manque de synchronisme par moments	7-8
Niveau d'intervention	Problèmes évidents et non résolus, pas d'indices d'hostilité ou de manque d'empathie	5-6
Niveau de protection de l'enfant	Manque manifeste d'empathie, faible tentative pour répondre aux demandes de l'enfant	3-4
	Défaut total de percevoir ou d'essayer de calmer la détresse de l'enfant	0-2

La figure 6 montre les scores obtenus au *CARE-Index* pour les trois participantes. Suite à une interaction filmée de cinq minutes, cet instrument est utilisé pour mesurer la sensibilité maternelle de la mère.

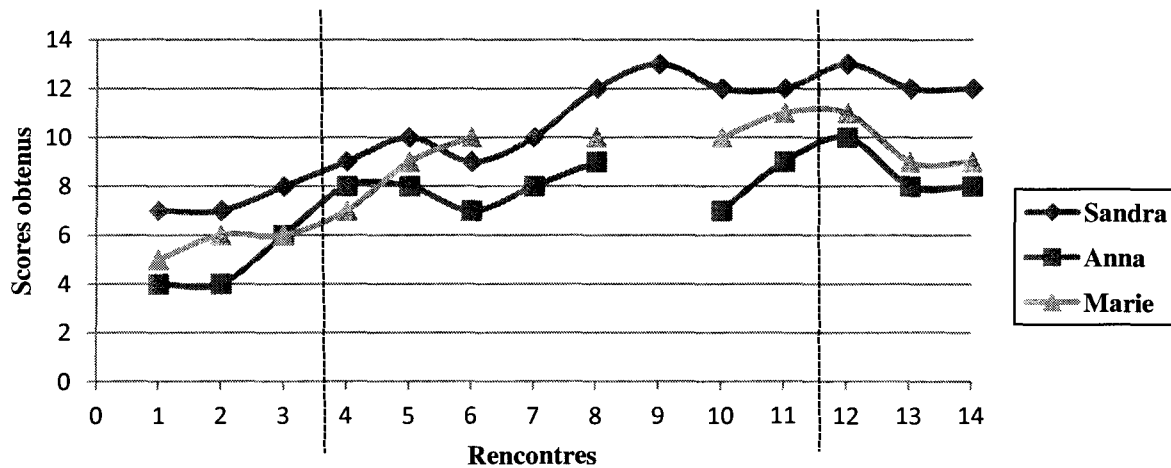


Figure 6 : Scores obtenus des trois mères sur l'échelle de sensibilité maternelle *CARE-Index*.

Pour Sandra, lors de la première, deuxième et troisième rencontre pré-test les scores respectifs de 7,7 et 8 s'observent et situe Sandra au niveau malhabile sur cette échelle. Durant l'intervention, une amélioration est visible dès la première rencontre. Graduellement, elle augmente ses comportements de sensibilité au cours de l'intervention. Les scores à ce moment varient entre 9 et 13 ce qui place Sandra au niveau sensible sur l'échelle de sensibilité. Finalement, lors des rencontres post-test un maintien est observé avec un score de 12. Il est possible d'affirmer que le programme AIME a eu un impact positif au niveau de l'augmentation de la sensibilité maternelle de Sandra. Il y a plus d'interactions agréables et une attention mutuelle entre Sandra et Nathan.

Pour ce qui est d'Anna, lors des deux premières rencontres le score de 4 situe cette mère au niveau de protection de l'enfant sur l'échelle de sensibilité. Une augmentation est visible lors de l'intervention, les scores variant entre 7 et 10, ce qui équivaut à des contacts malhabiles ou sensibles. Ainsi, à cinq reprises lors des rencontres d'intervention le score est supérieur à 9 et atteint un niveau satisfaisant de sensibilité. Même s'il n'y a pas eu de maintien au niveau de la sensibilité d'Anna lors du post-test, une légère augmentation entre le pré-test et le post-test, s'observe tout de même et suggère un impact du programme AIME sur la sensibilité d'Anna. La sensibilité est au stade malhabile de l'échelle du *CARE-Index* lors du post-test.

En ce qui concerne Marie, lors des mesures au pré-test, les scores varient entre 5 et 6 ce qui la situe au niveau d'intervention caractérisé par des problèmes évidents ou non résolus. Lors de l'intervention du programme AIME, il y a une augmentation des scores allant de 7 à 11. Ces scores sont associés respectivement au niveau malhabile et sensible sur l'échelle de sensibilité du *CARE-Index*. Ainsi, une amélioration est présente au niveau de la sensibilité de Marie lors de l'intervention. Pour ce qui est des rencontres lors du post-test, il y a une légère diminution des scores, passant de 11 à 9 à la fin des rencontres. Ainsi, malgré cette diminution Marie est considérée comme étant sensible lors de ses interactions et il est possible de croire que le programme a eu un impact sur cet aspect.

Résultats du deuxième objectif proximal : augmenter les émotions positives de la mère lorsqu'elle est en interaction avec son enfant.

L'échelle de l'expression du plaisir

La figure 7 montre les résultats obtenus pour les trois mères sur l'échelle de l'expression du plaisir. Il est possible de mesurer le plaisir selon les mots et les expressions utilisées par la mère et les manifestations par les gestes et le non-verbal employés par la mère lors de l'interaction filmée. Le score maximum pour chacune des sous-échelles est de 5. Le score total de 10 est obtenu en les additionnant ensemble.

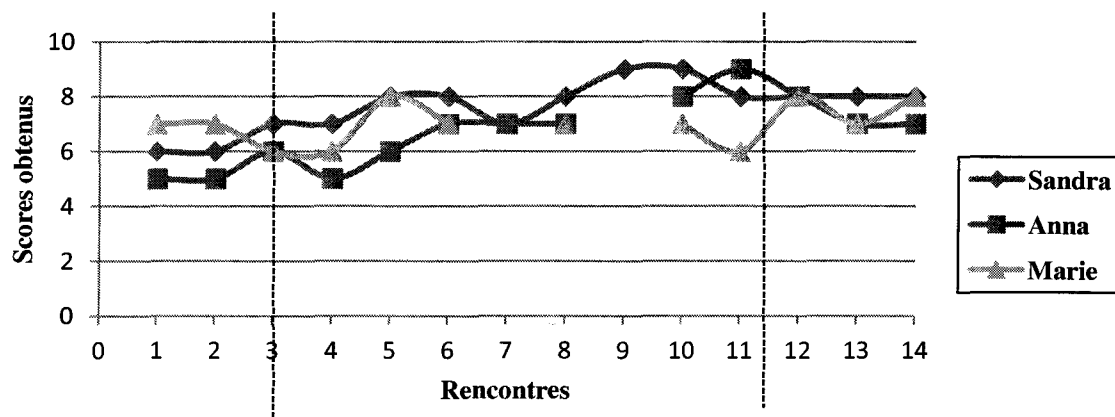


Figure 7 : Scores obtenus pour les trois mères sur l'échelle d'expression du plaisir.

Dès le début, Sandra exprime son plaisir à son enfant. Lors des trois rencontres pré-test le score varie entre 6 ou 7. Lors de l'intervention, le score de 8 revient pour quatre rencontres sur huit. À deux reprises le score le plus élevé est 9. Finalement lors du post-test, il y a une diminution du score se

situant à 8 sur l'échelle de plaisir. Il est possible de constater une amélioration quant au plaisir lors des interactions, passant d'un score de 6 au début, à un score de 8 à la fin du programme AIME.

Anna est une mère qui s'exprime peu lors des premières rencontres. Elle témoigne peu de plaisir autant verbalement, que physiquement. Ainsi, lors des trois rencontres pré-test et les deux premières rencontres d'intervention, le score total est faible, variant entre 5 et 6. Dès la troisième rencontre du programme AIME, une augmentation est visible et ce pour le restant de l'intervention. Les scores varient à ces moments entre 7 et 9. Un maintien est visible lors des rencontres post-test avec des scores de 7. Ainsi, il est possible de constater une légère augmentation de l'expression verbale ou non-verbale du plaisir par la mère suite à l'intervention.

Marie est une mère qui présente dès le début une capacité à exprimer son plaisir de façon verbale ou physique. Elle est expressive dans ses interactions avec son fils. Lors des rencontres pré-test les scores varient entre 6 et 7. Lors de l'intervention les scores augmentent jusqu'à 8 mais demeurent stables variant entre 6 et 8. Finalement, lors des rencontres post-test les scores se maintiennent entre 7 et 8. Ainsi, il est possible de dire que le programme AIME a eu un faible impact au niveau de l'augmentation du plaisir de la mère lors des interactions.

Résultats du premier objectif collatéral : augmenter les connaissances de la mère sur le développement des enfants.

Knowledge of Infant Development Inventory (KIDI)

La figure 8 présente les résultats obtenus par les trois mères au questionnaire *KIDI*. Celui-ci est passé avant et après l'intervention.

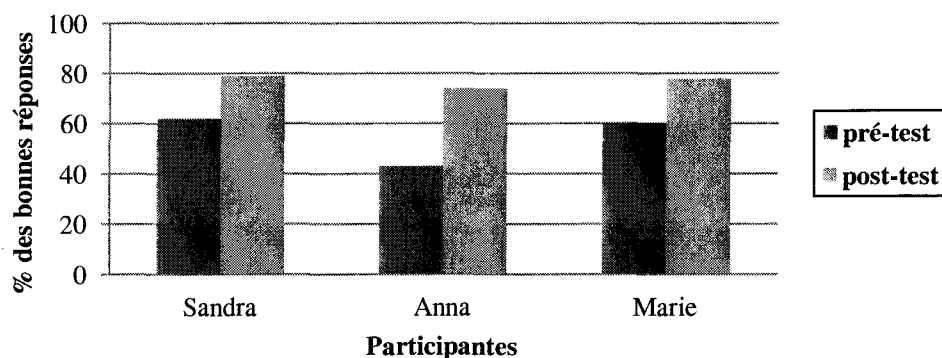


Figure 8 : Résultats obtenus par les trois mères au *KIDI*.

Cet instrument mesure les connaissances des mères sur le développement des enfants. Lors de la validation de ce questionnaire par MacPhee (1981), le score moyen de l'échantillon des mères ayant un statut socioéconomique faible est de 89,2%.

Lors du pré-test Sandra a eu un score de 62% et au post-test un score de 79%. Cela représente une augmentation de 17% entre les deux passations. Par contre, le score demeure inférieur à la moyenne. Ces résultats montrent un certain impact du programme AIME quant à l'augmentation des connaissances de Sandra.

Lors de la mesure pré-test le score obtenu pour Anna est de 43% tandis qu'au post-test son score est de 74% représentant une augmentation de 31% au niveau de ses connaissances sur le développement des enfants. Bien que cela demeure inférieur à la moyenne des mères ayant un statut socioéconomique faible, il est possible d'y voir une augmentation majeure. Ce résultat tend à montrer que le programme AIME a eu un impact positif sur l'augmentation des connaissances d'Anna sur le développement des enfants.

Pour ce qui est de Marie, lors du pré-test le score obtenu est de 60% tandis qu'au post-test son score est de 78%. Malgré que ses scores demeurent en-deçà de la moyenne de l'échantillon de MacPhee (1981), il y a une augmentation de 18% entre les deux prises de mesure. Il semble que le programme AIME a eu un impact positif sur les connaissances de Marie sur le développement des enfants.

Résultats du deuxième objectif collatéral : favoriser le développement global des enfants.

Grille du développement de l'enfant 0-5 ans

La figure 9 montre les scores obtenus par Nathan pour la grille du développement de l'enfant 0-5 ans (GED). Celle-ci permet d'évaluer le développement selon les trois échelles suivantes : cognitive/langagière, motrice et socioaffective. Le test est utilisé avant et après l'intervention. Lors du pré-test la grille employée est celle se rapportant au groupe d'âge de 3 à 6 mois alors que pour la mesure post-test c'est celle du groupe d'âge de 6 à 9 mois étant donné l'âge de l'enfant. Ainsi, lors du pré-test les scores obtenus par Nathan sont de 86% pour l'échelle cognitive/langagière, 83% pour l'échelle motrice et 83% pour l'échelle socioaffective alors qu'au post-test, les scores sont de 81% pour

la sphère cognitive/langagière, 70% pour la sphère motrice et de 83% pour la sphère socioaffective. Les scores obtenus situent Nathan dans la norme pour les deux premières échelles et dans la zone à surveiller pour la dernière échelle. Ainsi, même s'il y a une diminution du score obtenu cela ne le fait pas changer de zone.

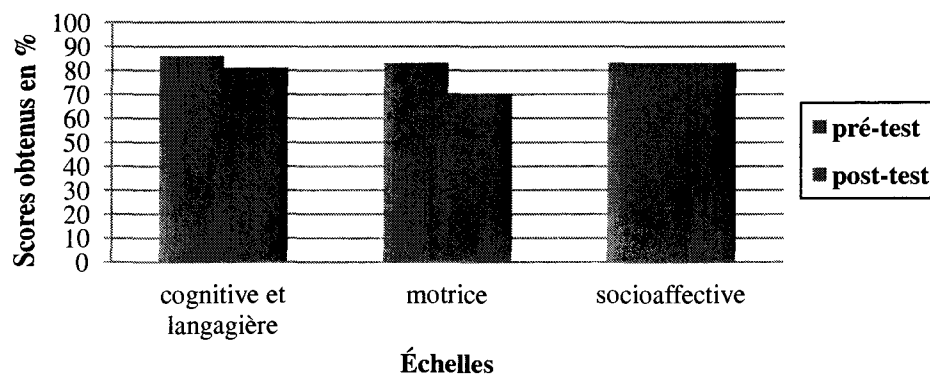


Figure 9 : Scores obtenus par Nathan au GED.

De son côté la figure 10 montre les scores obtenus par Sheila aux différentes sphères de son développement. Lors du pré-test, ses scores sont de 50% pour l'échelle cognitive/langagière, de 58% pour l'échelle motrice et de 50% pour l'échelle socioaffective. Ces scores sont faibles comparés à la norme des enfants de cet âge situant Sheila dans la zone de référence pour la première et la troisième échelle. Lors du post-test ses scores sont de 69% pour l'échelle cognitive/langagière, de 80% pour l'échelle motrice et de 75% pour l'échelle socioaffective. Ces résultats montrent une augmentation variant entre 19 et 25% entre les deux prises de mesure et situent Sheila plus près de la norme. Il est donc possible de croire à un impact du programme AIME au niveau du développement de Sheila.

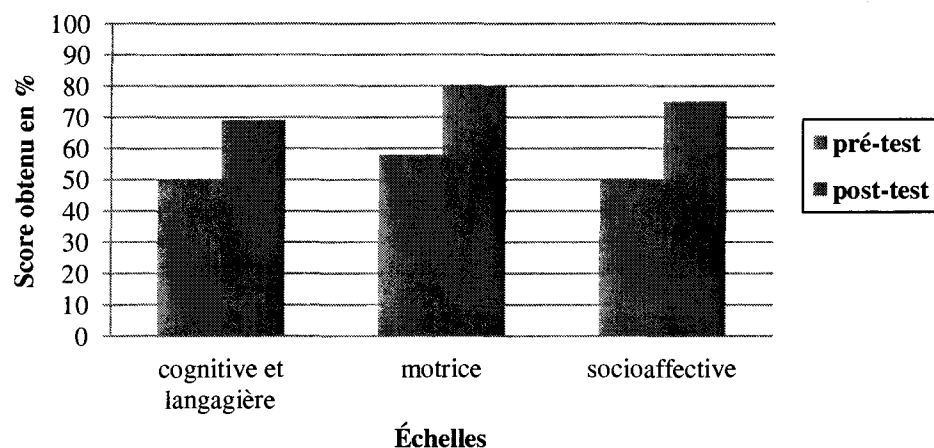


Figure 10 : Scores obtenus par Sheila au GED.

Enfin la figure 11 montre les scores obtenus par Mathieu. Lors du pré-test ses scores sont de 64% pour l'échelle cognitive/langagière, de 75% pour l'échelle motrice et de 75% pour l'échelle socioaffective. Cela situe Mathieu dans la norme pour les deux premières échelles et dans la zone de référence pour la dernière échelle. Au post-test, pour l'échelle cognitive/langagière son score est de 69%, de 60% pour l'échelle motrice et de 83% pour l'échelle socioaffective. Entre les deux prises de mesure, il y a une augmentation pour la première et dernière sphère. Par contre, l'échelle motrice diminue mais le score reste dans la norme. Il est possible de croire à un certain impact du programme AIME sur le développement de Mathieu.

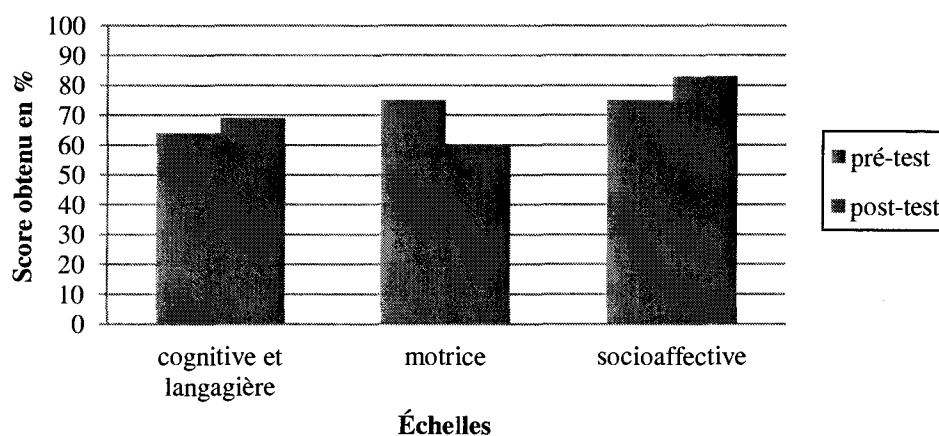


Figure 11 : Scores obtenus par Mathieu au GED.

Bilan de la dyade : Sandra et Nathan

Les résultats démontrent que le programme AIME a eu un effet sur l'augmentation de la sensibilité maternelle de Sandra. Il est possible de voir une augmentation entre les différentes prises de mesure au *MBQS* mais aussi tout au long du programme avec la grille d'observation le *CARE-Index*. Dès le début, la mère était capable de percevoir, d'être attentive et d'interpréter correctement les signaux de son enfant. Il y a eu un maintien à ce niveau. Concernant le plaisir exprimé lors des interactions filmées, celui-ci a augmenté au cours de l'intervention mais a légèrement diminué lors du post-test. Tout de même, il y a eu une augmentation entre avant et après l'intervention. Sandra a aussi augmenté ses connaissances sur le développement des enfants suite à cette intervention. Finalement, il est possible de constater une certaine stabilité du développement de Nathan après l'intervention.

Bilan de la dyade : Anna et Sheila

Il semble que l'intervention ait produit plusieurs effets auprès de la dyade. Tout d'abord une augmentation de la sensibilité maternelle est autant visible avec le *MBQS* qu'avec le *CARE-Index* lors de l'intervention. Il y a eu une augmentation considérable entre le pré-test et le post-test pour ces deux instruments. Par contre en ce qui concerne le *CARE-Index*, il n'y a pas eu de maintien du score de sensibilité maternelle après l'intervention car une diminution est notable lors du post-test. Anna est une mère qui s'exprimait peu lors des premières interactions filmées. Une amélioration concernant les manifestations verbales et non-verbales de plaisir est remarquée au courant du programme. Une légère diminution est présente lors du post-test. La mère avait peu de connaissances sur le développement des enfants lors de la première passation du KIDI. Lors de la deuxième passation une augmentation de 31% est remarquée. En terminant, le développement de Sheila s'est fortement amélioré et ce pour les trois échelles du GED. L'intervention semble donc avoir eu un effet positif.

Bilan de la dyade : Marie et Mathieu

Le programme AIME a eu des effets positifs sur la sensibilité maternelle de Marie. Une augmentation est visible entre les rencontres du pré-test, de l'intervention et du post-test lors du *MBQS*. Pour ce qui est des observations colligées avec le *CARE-Index*, une augmentation est aussi remarquée entre les rencontres. Bien qu'une diminution soit présente lors des rencontres post-test, Marie demeure au niveau sensible sur l'échelle de sensibilité maternelle. L'expression du plaisir de Marie est satisfaisante lors des premières rencontres. Par contre, il y a présence d'une instabilité entre les rencontres. Le programme a eu un effet minime sur l'augmentation du plaisir lors des interactions filmées. Il semble que le programme ait permis à la mère d'augmenter ses connaissances sur le développement des enfants car une augmentation de 18% est présente entre les deux passations du questionnaire. Finalement, pour ce qui est du développement global de l'enfant, l'intervention semble avoir eu un faible effet sur les échelles cognitive/langagière et motrice situant Mathieu dans les normes mais une augmentation est visible pour l'échelle socioaffective.

Discussion

Cette section regroupe diverses parties. Tout d'abord, il est question de poser un jugement critique sur l'atteinte des objectifs des dyades participant au programme AIME. Ensuite, de faire des

liens entre les résultats et les composantes de l'intervention et entre les résultats et le contexte théorique. La section se termine avec les avantages et les limites de l'intervention.

Jugement sur l'atteinte des objectifs

Dyade Sandra et Nathan

En ce qui concerne le premier objectif proximal et général qui est d'améliorer la sensibilité maternelle de la mère, mesuré à l'aide du *MBQS*, il est possible d'affirmer qu'il a été atteint suite à l'intervention. L'utilisation de la grille d'observation *CARE-Index* à chaque rencontre montre aussi que l'objectif proximal est atteint. Au début de l'intervention Sandra est davantage au niveau malhabile sur l'échelle de sensibilité maternelle mais à la fin de l'intervention elle se maintient à un niveau sensible.

En ce qui concerne les objectifs spécifiques liés à la sensibilité maternelle, certains sont déjà atteints et se sont maintenus alors que d'autres le deviendront suite à l'intervention. Pour ce qui est du premier objectif lié à l'augmentation de la capacité de la mère à percevoir les signaux de son enfant, dès le début Sandra était capable de bien percevoir les signaux de son fils ce qui s'est maintenu tout au long de l'intervention. Le deuxième objectif spécifique qui est d'augmenter son attention envers son enfant est aussi atteint lors de l'intervention. Le troisième objectif lié à l'interprétation adéquate des signaux de l'enfant s'est maintenu avec l'intervention. Pour ce qui est du quatrième objectif lié à répondre de façon appropriée aux besoins de son enfant, il est atteint suite aux rencontres.

Pour ce qui est du deuxième objectif proximal relié à l'augmentation des émotions positives de la mère lorsqu'elle est en interaction avec son enfant. Il y a eu une augmentation à ce niveau. L'objectif est donc atteint et il s'est maintenu à la fin du programme.

En ce qui concerne l'objectif collatéral d'augmenter les connaissances de la mère sur le développement des enfants. Celui-ci est atteint. Par contre, comparativement aux autres mères, Sandra est celle, qui au départ avait le plus de connaissances sur les enfants, mais qui semble avoir tiré le moins d'impacts du programme pour cet aspect. Cela peut s'expliquer par sa compréhension plus limitée envers certaines questions. À quelques reprises l'animatrice a expliqué les questions à la mère.

Finalement, le dernier objectif collatéral est de favoriser le développement global des enfants. Au début et à la fin du programme Nathan est un garçon qui démontre un développement dans la norme pour les échelles cognitive/langagière et motrice. Pour la sphère socioaffective il est considéré comme étant dans la zone à surveiller. La diminution entre les deux prises de mesure témoigne de la maturité biologique des enfants qui varient selon chacun.

Dyade d'Anna et Sheila

Pour ce qui est du premier objectif proximal et général (améliorer la sensibilité maternelle de la mère) évalué à l'aide du *MBQS*, il est possible d'affirmer que l'intervention a eu un certain effet. Outre les caractéristiques à risque de la famille, le faible score obtenu avant l'intervention peut être dû à la différence ethnique entre les pratiques parentales au Québec et celles au Cambodge. Malgré tout, une amélioration est visible entre la rencontre pré-test, la quatrième rencontre d'intervention et la troisième rencontre post-test au niveau de la sensibilité maternelle. Il y a un maintien au-delà de l'intervention. Une augmentation de la sensibilité maternelle est perçue aussi lors des observations avec le *CARE-Index*. Ainsi, lors des premières rencontres le score est bas et situe Anna au niveau de protection de l'enfant. Lors de l'interaction filmée, elle oscille entre le contrôle du jeu ou le désinvestissement. Une augmentation entre la première et la dernière rencontre est visible. Par contre, il n'y a pas eu de maintien à la fin de l'intervention.

Pour ce qui est des objectifs spécifiques reliés à la sensibilité maternelle. Une amélioration est visible chez Anna. En effet, lors des premières rencontres il est plus difficile d'atteindre le premier objectif spécifique (augmenter sa capacité à percevoir les signaux de son enfant), puisqu'elle ne regarde pas l'enfant. Suite aux explications de l'animatrice sur la nécessité d'être près de son enfant pour mieux percevoir ses signaux, la mère y porte attention. Pour le deuxième objectif spécifique (augmenter son attention envers son enfant), une amélioration est présente. Pour le troisième objectif spécifique (interpréter adéquatement les signaux de son enfant), il y a une légère amélioration. Finalement, le quatrième objectif (répondre de façon appropriée aux besoins de son enfant) est difficile à évaluer. Lors des interactions filmées elle avait de la difficulté à bien répondre aux besoins de sa fille, cette dernière ne semblait pas satisfaite par les réponses offertes par sa mère. Par contre, lors de la rencontre l'animatrice voyait la capacité d'Anna de répondre adéquatement aux besoins de l'enfant.

Concernant l'autre objectif proximal (augmenter les émotions positives de la mère lorsqu'elle est en interactions avec son enfant), celui-ci est atteint. Une légère progression de l'expression du plaisir est remarquée chez Anna. Une stabilité correcte est atteinte lors des rencontres post-test, présumant un impact positif du programme d'intervention AIME pour cet aspect.

Une amélioration est visible en ce qui concerne le premier objectif collatéral (augmenter les connaissances de la mère sur le développement des enfants). Anna est la mère qui avait le plus faible score lors de la première prise de mesure. Il n'a pas été facile pour elle de répondre aux questions. La barrière de la langue joue pour beaucoup pour cet objectif. Par contre, cela n'a pas empêché Anna d'augmenter considérablement ses connaissances sur le développement des enfants. Cet objectif collatéral est atteint.

Finalement, pour le dernier objectif collatéral (favoriser le développement global de l'enfant), une amélioration est aussi présente. Cet objectif est atteint. Effectivement, lors du post-test les scores obtenus par Sheila au GED pour les échelles cognitive/langagière et socioaffective étaient considérés dans la zone de référence. Par contre, Sheila est l'enfant qui présente la plus grande augmentation entre les deux prises de mesure. Lors du post-test, elle a atteint un score dans la norme pour les échelles cognitive/langagière et motrice. L'échelle socioaffective demeure sous la norme. Le programme AIME a donc eu des effets pour l'augmentation globale du développement de Sheila. Cette intervention n'est pas la seule responsable de ce changement. La concertation des intervenantes (nutritionniste, infirmière, intervenante sociale) auprès de la mère et l'adoption d'un même discours entre elles vient soutenir les effets du programme. La maturation de l'enfant y est aussi pour quelque chose.

Dyade Marie et Mathieu

L'intervention a eu un impact sur le premier objectif proximal (améliorer la sensibilité maternelle de la mère). À l'aide du *MBQS*, il est possible de voir une amélioration entre les différentes prises de mesure. Cet objectif est atteint. À l'aide du *CARE-Index*, il est possible de constater une augmentation de la sensibilité maternelle. Avant l'intervention, Marie était au niveau d'intervention sur l'échelle de sensibilité. Au fil des rencontres, une augmentation de la sensibilité maternelle est présente. Par contre, il n'y a pas de maintien et suite à la fin de l'intervention, la sensibilité maternelle est stable au niveau sensible de cette échelle.

Pour ce qui est des objectifs spécifiques liés à la sensibilité maternelle, ceux-ci sont partiellement atteints. Le premier objectif spécifique (augmenter sa capacité à percevoir les signaux de son enfant) n'est pas atteint. Lors des premières interactions filmées Marie était autoritaire, contrôlait son fils physiquement et le prenait brusquement. S'il est possible de voir une diminution de ce type de comportements, l'animatrice encourageant la mère à être à l'écoute de son fils et à le suivre lors des interactions, ceux-ci demeurent encore présents. Le deuxième objectif spécifique (augmenter son attention envers son enfant) est atteint. Le troisième objectif spécifique (interpréter adéquatement les signaux de son enfant) est atteint. Marie connaît bien son enfant et reconnaît ses signaux. Ainsi, le quatrième objectif spécifique (répondre de façon appropriée aux besoins de son enfant) est partiellement atteint. Il n'est pas possible de voir lors de l'enregistrement vidéo ce comportement suffisamment présent chez Marie pour juger de son atteinte.

Le deuxième objectif proximal (augmenter les émotions positives de la mère lorsqu'elle est en interaction avec son enfant) est atteint. Dès le début, Marie démontre du plaisir lors des interactions avec son enfant. Elle maintient sensiblement le même score lors de l'intervention. Lors des visites post-test, il y a une faible augmentation au niveau de l'échelle de plaisir. Les effets sont davantage au niveau de l'expression non-verbale de son plaisir.

Le premier objectif collatéral est atteint (augmenter les connaissances de la mère sur le développement des enfants). Effectivement, une augmentation des connaissances est visible entre les deux prises de mesure. Il est possible d'affirmer que le programme a eu un impact au niveau des connaissances de la mère sur le développement des enfants.

Finalement, pour ce qui est du dernier objectif collatéral se rapportant à l'enfant (favoriser le développement global des enfants), celui-ci est atteint. Mathieu est le seul enfant du programme AIME qui a eu une augmentation au niveau de l'échelle socioaffective du GED. Il est passé de la zone de référence à la zone à surveiller. Les scores aux autres échelles demeurent dans la norme.

Globalement, les objectifs du programme AIME ont tous été atteints pour les participants. À des degrés différents, les mères ont augmenté ou maintenu leur sensibilité maternelle, les manifestations d'émotions positives lors des interactions, leurs connaissances sur le développement des enfants. Pour ce qui est des enfants, soit leur développement est demeuré stable ou soit il y a eu une augmentation

entre le début et la fin du programme. Il importe de ne pas oublier la forte maturation biologique associée à l'âge des enfants. Il faut demeurer prudent pour lier cet objectif seulement aux impacts du programme d'intervention.

Liens entre les résultats et les composantes de l'intervention

Certaines composantes de l'intervention peuvent avoir eu un impact sur les résultats du programme d'intervention AIME. Ainsi, cette section fait état du recrutement (l'attrition), de l'animatrice, du programme et contenu, des stratégies de gestion des comportements et des stratégies de transfert et de généralisation.

Lors du recrutement, le plan s'est déroulé comme il avait été planifié. Parmi les cinq dyades recrutées, il y en a seulement trois qui ont terminé le programme AIME. Une dyade n'était plus disponible pour participer étant donné les contraintes de temps de la mère et l'horaire de l'animatrice. Pour ce qui est de la deuxième dyade, un malentendu entre la mère et l'animatrice est à l'origine du retrait de la dyade. Cette dernière était la plus jeune mère et elle avait des traits d'une personnalité état-limite. Un critère touchant la santé mentale n'avait pas été défini lors du plan de recrutement et la sélection des participantes. Étant donné que la santé mentale est une problématique spécifique qui nécessite des connaissances particulières, il est important d'en tenir compte lors de la sélection des participants. En effet, l'introspection étant faible chez ce type de personnalité, l'intervention n'était pas adaptée pour cette mère. De plus, l'animatrice ne possédait pas les aptitudes et les connaissances suffisantes pour intervenir auprès de celle-ci.

En ce qui concerne l'animatrice, celle-ci était à l'aise avec la clientèle et avec le type d'intervention. Ses caractéristiques personnelles telles que l'écoute, la confiance, l'empathie et l'humour lui permettent de créer rapidement une relation avec les personnes. Ceci fait en sorte que les mères se sentent à l'aise de partager avec l'animatrice. Cela est plus particulièrement vrai pour Marie qui éprouve de la difficulté à faire confiance et à s'ouvrir. Elle a mentionné dans son questionnaire de satisfaction que les caractéristiques personnelles de l'animatrice l'ont aidée lors des discussions à partager davantage son vécu et qu'elle ne se sentait pas jugée. Il semble que cette composante importante de l'intervention permet aux mères d'être plus réceptives lors des rencontres et stimule les apprentissages.

De façon générale, les trois mères n'ont pas apprécié l'obligation d'enregistrer une interaction à chaque rencontre. Cet aspect du programme a un certain impact sur les mères lors des rencontres. Elles peuvent être gênées par la présence de la caméra et modifier leur comportement. Cela était plus problématique pour Marie car elle tentait de trouver des excuses comme dire qu'elle est malade ou que son enfant est fatigué pour ne pas participer. Les autres mères participaient, mais à chaque fois elles disaient que les comportements de l'enfant étaient modifiés étant donné notre présence ou qu'elles étaient gênées. L'utilisation du vidéo feed-back implique que les mères puissent s'observer et être capables d'introspection. De plus, lors du visionnement de la vidéo les mères participaient peu. L'animatrice devait les stimuler et poser beaucoup de questions. Malgré l'utilisation de questions ouvertes les mères répondaient brièvement et souvent la même chose. Par contre, elles disaient être heureuses de voir leur enfant sur la vidéo. Cette composante de l'intervention semble avoir influencé la disponibilité des mères, leur intérêt et les résultats de l'intervention.

Parfois lors des visites, les mères s'attendaient à ce que l'animatrice reconforte l'enfant lorsqu'il pleure ou apporte son aide pour s'en occuper. Cela est particulièrement vrai pour Sandra qui demandait à l'animatrice de calmer l'enfant. Malgré le plan établi par l'animatrice lors des pleurs de l'enfant, celle-ci a, une fois reconforté l'enfant afin d'agir en tant que modèle pour la mère. La mère était anxieuse face aux moyens à utiliser avec l'enfant. Ce choix peut influencer positivement les résultats car un soutien est apporté à la mère concernant les pratiques parentales.

Lors des devoirs, il est demandé à la mère d'analyser une activité effectuée durant la semaine et de qualifier ses comportements et ceux de l'enfant. Sandra n'a rempli que 63% des devoirs. Elle disait avoir oublié de le faire et elle se justifiait en disant que de toute manière elle a toujours du plaisir avec son enfant. Étant donné ses difficultés de compréhension, il est possible que cela lui demandait un effort plus grand que pour les autres mères. Il se peut que l'exercice d'introspection soit difficile pour elle. L'animatrice a essayé de trouver des moyens pour aider Sandra mais cela n'a pas changé. À la place, un retour verbal était donc fait avec elle. Le même procédé s'est fait avec Anna étant donné sa difficulté d'écrire en français. Elle inscrivait quelques mots lorsqu'elle faisait le devoir et lors de la rencontre suivante, elle en discutait davantage avec l'animatrice.

Comme autres moyens de généralisation, il y avait les contacts avec les intervenantes au dossier pour faciliter l'intervention et échanger des informations. Toutefois, ces contacts se sont révélés plus

difficiles pour la dyade de Marie et Mathieu. Étant donné sa participation au programme AIME, l'infirmière a décidé de diminuer ses présences auprès de la famille. En sachant cela l'animatrice a rencontré l'infirmière pour lui expliquer la nature de son programme et de son rôle. Malgré cela, l'infirmière n'a pas changé d'idée. Cette dernière trouvait les contacts difficiles avec cette famille, donc elle a diminué ses visites durant la participation de la dyade au programme. Une meilleure collaboration et un partage clair des rôles permettraient une plus grande concertation autour d'une famille dans le but d'apporter des changements positifs.

Liens entre les résultats et le contexte théorique

L'élaboration du programme AIME s'est basée sur des recherches et des programmes portant sur la relation d'attachement. Il s'avère que la sensibilité maternelle soit un élément majeur pour le développement harmonieux de la relation mère-enfant (Bakermans-Kranenburg et al., 2003). Le programme est conçu pour les enfants âgés entre cinq et dix mois. À cette période les enfants commencent à interagir davantage avec leur figure d'attachement. Leur rôle est plus grand lors des interactions sociales (Tarabulsy et al., 1998). De plus, ils bougent plus et leur niveau d'éveil est plus élevé. À ce moment, le rôle parental se modifie et le parent doit augmenter la stimulation offerte à l'enfant. L'intervention arrive donc à un moment propice au développement et à l'amélioration des interactions positives mère-enfant. Les mères sont aussi plus ouvertes à cette période pour recevoir des conseils ou des moyens d'intervention pour leur enfant. L'intervention est à privilégier à ce moment.

Comme il a été vu lors du contexte théorique, il y a une interrelation entre les différents éléments de la chaîne prédictive. En effet, le niveau d'éducation peut influencer les connaissances de la mère sur le développement des enfants, le niveau socio-économique de la famille ou le stress parental vécu lors de la grossesse. Les participantes au programme AIME possèdent certaines de ces caractéristiques. En effet, Anna est une femme qui vit au Québec depuis deux ans. Avant le début de l'intervention elle présentait le plus faible niveau de connaissances sur le développement des enfants et par le fait même sa fille était celle qui avait les scores les plus faibles sur les échelles du développement global des enfants. Suite à l'intervention, Anna est celle qui a augmenté le plus ses connaissances sur les enfants et par le fait même sa fille est l'enfant qui a connu la plus grande augmentation au niveau des échelles du développement. Bien que cette amélioration ne soit pas seulement due à l'augmentation des connaissances de la mère sur le développement ou à l'intervention du programme AIME, il

demeure que le lien entre les connaissances des parents et le développement des enfants est non négligeable. Il importe de maintenir des interventions qui visent l'augmentation des connaissances des parents afin d'avoir des impacts à d'autres niveaux.

En plus de ces facteurs présentés dans la chaîne prédictive, le programme AIME a proposé des activités aux mères en difficulté du CLSC. Les participantes présentent certains facteurs de risque car elles reçoivent aussi des services du programme SIPPE. Les activités ont eu un impact sur l'augmentation de la sensibilité maternelle de la mère et sur l'augmentation du plaisir de la mère lors des interactions avec son enfant. Les mères se sont montrées plus disponibles lors des interactions, elles reconnaissent davantage le besoin de dépendance et d'exploration de l'enfant et elles sont plus à l'écoute des besoins de l'enfant.

La conception du programme AIME s'est inspirée du programme Génération (Tarabulsky et al., 1998), du programme en intervention relationnelle destinée à l'enfant (0-5 ans) et à son parent (Larin et al., 2004) et du programme *VIPP* (Bakermans-Kranenburg et al., 1998). Les résultats obtenus par le programme AIME confirment ceux précédemment obtenus par Krupka (1996). En effet, les participantes ont augmenté leur niveau de sensibilité maternelle suite à l'intervention. Par contre, les résultats n'atteignent pas le même niveau que les mères participant à l'étude de Krupka. Leur score moyen de sensibilité est de 0,20 lorsque l'enfante est âgé de douze mois. Outre Sandra, les deux autres mères de l'échantillon du programme AIME n'obtiennent pas ce score. Le programme de Krupka s'adapte davantage aux besoins des mères en offrant une variation du nombre des rencontres (entre 12 et 16 séances). Ces mêmes résultats auraient pu être atteints en augmentant le nombre de rencontre. Si le contexte de l'intervention avait permis plus de rencontres, il aurait été intéressant d'offrir autant de rencontres que lors de l'étude de Krupka. Pour ce qui est du programme de Larin et al. (2004), celui-ci n'a pas encore été évalué. Par contre, tout comme lors de l'évaluation du programme AIME, les résultats préliminaires montrent une augmentation du développement moteur des enfants à l'âge de 30 mois (Moss, 2006). Cela confirme le lien entre l'intervention et l'objectif collatéral lié au développement global des enfants. Finalement en comparaison avec le programme *VIPP*, le programme AIME démontre aussi des effets au niveau de l'augmentation de la sensibilité maternelle de la mère (Bakermans-Kranenburg et al., 1998).

Bref, le programme AIME combine plusieurs éléments de la littérature ayant un impact sur la relation mère-enfant. Ainsi, les interventions qui privilégient des apprentissages sur le développement des enfants, des activités de stimulation du développement de l'enfant, une meilleure connaissance de soi et des moments d'interactions positives représentent des interventions prometteuses pour l'amélioration de la sensibilité maternelle et par le fait même de la relation d'attachement.

Avantages et limites de l'intervention

Avantages

Ce programme d'intervention comporte plusieurs avantages intéressants. Tout d'abord, le fait qu'il se déroule au domicile de la famille est facilitant pour les mères qui n'ont souvent pas de moyens de transport. De plus, cela est sécurisant pour les enfants et est riche en informations sur les conditions de vie de la famille. En faisant les rencontres au domicile, il est plus facile pour l'animatrice d'observer la généralisation des apprentissages par la dyade. Elle peut mieux soutenir et encourager les mères à pratiquer certaines activités avec leur enfant.

Par la suite, le programme AIME est innovateur pour le CLSC. En effet, il y a très peu sinon aucunes interventions psychoéducatives menées avec les mères et les enfants en bas âge. Habituellement, le suivi psychoéducatif début lorsque l'enfant est âgé de deux ans. Il est donc intéressant de favoriser le travail multidisciplinaire entre la nutritionniste, l'infirmière, l'intervenante sociale et la psychoéducatrice. Ce programme est cohérent avec les objectifs poursuivis par le gouvernement du Québec reliés au développement et au renforcement du lien d'attachement parents-enfant pour les familles recevant des services d'un CLSC.

Le programme tel qu'élaboré par l'animatrice et inspiré de celui de Larin et al. (2004) propose aux dyades participantes une variété de moyens d'apprentissage. En effet, la discussion sur un thème, l'enregistrement d'une interaction et l'activité dirigée de stimulation varient à chaque semaine. Bien que la structure des rencontres soit la même lors du programme, le contenu pour sa part changeait à chaque semaine. Cela a pour effet de maintenir l'intérêt des participantes. En voyant différents aspects lors d'une même visite, cela permet un plus grand impact sur la dyade.

Il s'est avéré qu'au fil des rencontres, l'animatrice a démontré une rigueur dans l'application du programme d'intervention AIME. Elle collige les informations et s'assure de bien remplir les grilles d'observation et les questionnaires. Elle est professionnelle lors de la passation des instruments et elle s'assure de bien les maîtriser. Ces éléments favorisent une mise en œuvre exemplaire et permet une meilleure atteinte des objectifs.

Lorsque le programme s'est terminé avec les rencontres post-test, l'animatrice a fait un montage des enregistrements effectués au fil des visites et remis une copie aux mères. Une rencontre a été planifiée avec la dyade environ quatre semaines après le programme. Les mères étaient heureuses de revoir l'animatrice et touchées qu'elle ait pris soin de se déplacer pour remettre ce DVD. Cette rencontre a permis à l'animatrice de s'informer de la relation mère-enfant, du développement de l'enfant et du vécu de la mère. Cette rencontre termine bien le programme et permet un dernier contact avec la famille.

Finalement, un effet du programme AIME a été qu'une famille se montre ouverte à utiliser d'autres services du CLSC. En effet, Anna était méfiante à venir au CLSC pour la clinique du nourrisson. Cette clinique est informelle et permet aux parents de recevoir des conseils de professionnelles (infirmière, nutritionniste ou psychoéducatrice) et d'échanger avec les mères présentes. Lorsque le programme s'est terminé, Anna est venue à cette clinique en mentionnant qu'elle n'avait plus de visites de l'animatrice et qu'elle souhaitait recevoir encore des conseils pour le développement de sa fille. Cela a eu pour effet d'aider Anna à côtoyer d'autres mères et ainsi à élargir son réseau social.

Limites

Malgré plusieurs avantages intéressants, il demeure que le programme AIME présente certaines limites. Une des limites majeures est le devis d'évaluation utilisé. Il est difficile avec l'utilisation d'un protocole à cas unique de conclure que les effets observés proviennent de l'intervention. Si cela était à refaire, il serait pertinent d'utiliser un groupe témoin pour comparer les résultats entre ceux qui reçoivent l'intervention et ceux qui ne la reçoivent pas. De plus, le faible échantillon ne permet pas la généralisation des résultats. Un plus grand échantillon serait à prévoir pour le futur.

Une autre limite réside dans l'utilisation des instruments. En effet, plusieurs instruments tels que le *MBQS*, le *CARE-Index* et l'*échelle de plaisir* nécessitent de l'observation. Cette méthode demeure très subjective comparativement à des questionnaires. Comme l'animatrice est seule pour faire l'analyse, la présence d'un évaluateur indépendant aurait pu nuancer davantage les observations de l'animatrice. De plus, comme l'animatrice a peu d'expériences avec ces outils d'observation, il est possible de croire en la présence d'erreurs de cotation ou d'analyse. Finalement, la grille *d'échelle de plaisir* n'ayant pas été testée préalablement sa validité demeure incertaine et par conséquent, peuvent s'avérer discutables les résultats qu'elle génère.

Aussi le *CARE-Index* ne s'est pas révélé être l'instrument le plus adéquat pour l'évaluation des objectifs spécifiques reliés à la sensibilité maternelle. Bien qu'il soit utilisé dans plusieurs études le *CARE-Index* n'a pas permis d'évaluer suffisamment les objectifs lors de cette démarche d'évaluation. Pour pallier à cette situation l'animatrice a noté les changements liés aux objectifs lors de l'interaction filmée. Si cela était à refaire, l'animatrice développerait plutôt une grille d'observation indiquant les construits à mesurer.

Il s'est avéré que le dosage de l'intervention soit trop faible pour certaines dyades. En effet, la durée du programme est fixe et ne s'adapte pas nécessairement à la capacité d'apprentissage des mères ou à leur besoin d'aide. Ainsi, un nombre plus élevé de rencontres aurait possiblement permis aux participantes une atteinte des résultats plus soutenue. Il aurait été préférable d'être plus flexible au niveau du nombre de rencontres et faire comme d'autres programmes en offrant entre huit et douze rencontres d'intervention.

Bien que le vidéo feed-back soit la méthode privilégiée pour le programme AIME et pour soutenir la reconnaissance des besoins de l'enfant par la mère, celui-ci n'a pas été apprécié par les participantes. Dans l'ensemble, elles disent ne pas être à l'aise avec le fait de se faire filmer. De plus lors du retour feed-back, elles participent peu et n'alimentent pas la discussion. Il aurait été intéressant d'utiliser lors de la première rencontre un exemple d'un enregistrement vidéo d'une dyade pour qu'elles puissent reconnaître auprès des autres les signes de sensibilité maternelle, les contacts positifs mère-enfant et l'expression des besoins par l'enfant. Cette méthode aurait habituée les participantes avec la technique dans le but de faciliter l'appropriation de cette méthode pour elles-mêmes.

Il est important de mentionner que l'expérience de l'animatrice avec le vidéo feed-back était faible avant le début du programme AIME. Ainsi, elle ne maîtrisait pas suffisamment les rouages de ce moyen d'intervention. Il aurait été préférable qu'elle possède plus d'expériences autant avec le concept clinique de la sensibilité maternelle, avec l'intervention dyadique mère-enfant et avec le vidéo feed-back. Cela lui aurait permis d'être plus à l'aise lors de cette étape de la rencontre et d'être en mesure de bien encourager les participantes lors de la rétroaction.

Finalement, le programme AIME se veut un complément aux autres services reçus du CLSC par les participantes. Par contre, il s'est avéré que la concertation entre les intervenants ne soit pas constante pour toutes les dyades. En effet, pour Marie et son fils, l'infirmière au dossier a diminué ses visites lorsque le programme AIME a débuté. Sandra pour sa part était en attente d'un suivi psychosocial. L'animatrice devait pallier pour ces professionnelles en prenant du temps pour discuter avec Sandra ou en dirigeant Marie vers son infirmière. Une meilleure concertation des services et le respect des rôles de chacun permettraient d'augmenter les impacts des interventions auprès des participants. Si cela était à refaire, l'animatrice expliquerait mieux son mandat aux autres intervenantes et dans certains cas demanderait la tenue d'une discussion de cas pour aborder la situation avec l'équipe.

Conclusion

La sensibilité maternelle est un concept important lorsqu'il est question de la relation d'attachement mère-enfant. Pour cette raison, le programme AIME vise à améliorer la sensibilité maternelle des mères en difficulté dans le but de prévenir un attachement de type insécurisant chez les enfants âgés entre cinq et dix mois. L'intervention auprès de ces mères est nécessaire étant donné la présence des nombreux facteurs de risque et de leur influence sur la relation avec l'enfant. Plus l'intervention est tôt et plus il est possible d'intervenir avant la cristallisation des modèles opérationnels internes chez l'enfant. Une intervention en bas âge est donc à privilégier. Plusieurs études montrent un lien entre la sensibilité maternelle et le type d'attachement de l'enfant. La sensibilité maternelle est donc une cible de choix lors de l'élaboration d'un programme visant à prévenir un attachement de type insécurisant.

L'intervention du programme AIME s'est déroulée pendant huit semaines et s'est réalisée auprès de trois dyades du CLSC. Plusieurs éléments positifs ressortent de l'analyse des résultats. En effet, le programme AIME a favorisé l'augmentation de la sensibilité maternelle et a eu un impact positif sur l'expression du plaisir par la mère lors des interactions, sur les connaissances de la mère sur le développement des enfants et sur le développement optimal des enfants. Par contre, une intervention de plus longue durée et mieux adaptée aux besoins des mères permettrait un plus grand maintien des acquis après l'intervention. Aussi, un plus grand échantillon ou l'utilisation d'un groupe témoin aiderait à la généralisation des résultats.

Finalement étant donné son importance sur le développement émotionnel, social et cognitif de l'enfant, l'attachement demeure une cible importante pour les interventions visant à prévenir des problèmes d'adaptation. Aussi la relation entre la sensibilité maternelle et la relation d'attachement se doit d'être encore investiguée afin de mieux cerner les relations entre ces deux concepts. Il est donc nécessaire de poursuivre les recherches sur les éléments prédictifs d'un attachement de type insécurisant et sur les modalités d'un programme d'intervention exemplaire pour cette problématique. Bref, il importe que le professionnel puisse se baser sur les meilleures pratiques pour développer les interventions visant à aider autrui.

Références

- Abma, J. C., & Mott, F. L. (1991). Substance use and prenatal care during pregnancy among young women. *Family Planning Perspectives, 23*, 117-122.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist, 34*, 932-937.
- Anderson, C. J., & Sawin, D. B. (1983). Enhancing responsiveness in mother-infant interaction. *Infant Behavior and Development, 6*, 361-368.
- Atkinson, L., Paglia, A., Coolbear, J., Niccols, A., Leung, E., Poulton, L., & Chrisholm, C. V. (2000). L'évaluation de la sensibilité maternelle dans le contexte de la sécurité d'attachement : une méta-analyse. In G. M. Tarabulsky, S. Larose, D. R. Pederson, & G. Moran (Eds.), *ATTACHEMENT ET DÉVELOPPEMENT le rôle des premières relations dans le développement humain* (pp. 27-56). Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (1998). Interventions with video feedback and attachment discussions: does type of maternal insecurity make a difference? *Infant Mental Health Journal, 19*, 202-219.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyse of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin, 29*, 195-215.
- Belsky, J., & Isabella, R. (1988). Maternal, infant, and social-contextual determinants of attachment security. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp.41-94). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Benoît, D., & Parker, K. C. H. (1994a). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development, 65*, 1444-1456.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. Londres: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology, 28*, 759-775.
- Carlson, E. A., & Sroufe, L. A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Vol. 1: Theory and methods* (pp. 581-617). New York: John Wiley.
- Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale. (2007). La grille d'évaluation du développement "GED". Montréal: CLIPP. Accès par www.clipp.ca.

- Cohn, J.F, Campbell, S., & Ross, S. (1991). Infant response in the still-face paradigm at 6 months predicts avoidant and secure attachment at 12 months. *Development and Psychopathology*, 3, 367-376.
- Cicchetti, D., Toth, S.L., & Lynch, M. (1995). Bowlby's dream comes full circle: The application of attachment theory to risk and psychopathology. *Advances in Clinical Child Psychology*, 17, 1-75.
- Corcoran, J. (1999). Ecological factors associated with adolescent pregnancy: A review of the literature. *Adolescence*, 34, 603-619.
- Crittenden, P., M. (1988). Relationship at risk. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp.177-219). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- De Wolff, M. S., & van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.
- Diener, M. L., Nievar, M. A., & Wright, C. (2003). Attachment security among mothers and their young children living in poverty: associations with maternal, child, and contextual characteristics. *Merrill-Palmer Quarterly*, 49, 154-182.
- Farrow, C., & Blissett, J. (2007). The development of maternal self-esteem. *Infant Mental Health Journal*, 28, 517-535.
- Feldman, R. (2007). Maternal versus child risk and the development of parent-child and family relationship in five high-risk populations. *Development and Psychopathology*, 19, 293-312.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year ago. *Child Development*, 62, 891-905.
- Gendreau, G. (2000). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducatrice*. Montréal, Sciences et Culture.
- Glatigny-Dallay, E., Lacaze, I., Loustau, N., Paulais, J.-Y., & Sutter, A.-L. (2005). Évaluation des interactions précoces. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 535-540.
- Goldberg, S., MacKay-Soroka, S., & Rochester, M. (1994). Affect, attachment, and maternal responsiveness. *Infant Behavior and Development*, 17, 335-339.
- Guyon, L., Audet, C., April, N., & De Koninck, M. (2007) Tabagisme et grossesse. Représentations sociales chez les mères québécoises. *Drogue, santé et société*, 6, 105-142.
- Harlow, H. F. (1979). Les affectivités. In R. Zazzo (Ed.), *L'attachement* (pp.58-72). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Ihinger-Tallman, M., & Cooney, T. M. (2005). *Families in context: An introduction*. Los Angeles: Roxbury.

- Isabella, R. A. (1993). Origins of attachment: maternal interactive behavior across the first year. *Child Development, 64*, 605-621.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2008). Methods of the video-feedback programs to promote positive parenting alone, with sensitive discipline, and with representational attachment discussions. In F. Juffer, M. J. Bakermans-Kranenburg, & M. J. van IJzendoorn (Eds.), *Promoting positive parenting: an attachment-based intervention* (pp. 11-21). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Juffer, F., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2008). Attachment-based and interventions in early childhood: an overview. In F. Juffer, M. J. Bakermans-Kranenburg, & M. J. van IJzendoorn (Eds.), *Promoting positive parenting: an attachment-based intervention* (pp. 37-57). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Krupka, A. (1995). *The quality of mother-infant interactions in families at risk for maladaptive parenting*. Thèse de doctorat non publiée, University of Western Ontario.
- Ladouceur, R., & Bégin, G. (1986). *Protocoles de recherche en sciences appliquées et fondamentales*. Saint-Hyacinthe : Edisem.
- Laganière, J., & Tessier, R. (2000). Attachement et prématuré. In G. M. Tarabulsky, S. Larose, D. R. Pederson, & G. Moran (Eds.), *ATTACHEMENT ET DÉVELOPPEMENT le rôle des premières relations dans le développement humain* (pp. 91-110). Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Larin, S., St-Georges, R., Jacques, C., Otis, N., & Desnauliers, R. (2004). Programme en intervention relationnelle, Guide d'intervention. *Direction de la qualité des services professionnels*. Les Centres jeunesse de Lanaudière. Québec.
- Lobel, M. (1994). Conceptualizations, measurement, and effects of prenatal maternal stress on birth outcomes. *Journal of Behavioral Medicine, 17*, 225-272.
- MacPhee, D. (1981). *The Knowledge on Infant Development Inventory and Catalog of Previous Experience with Infants*, Princeton, N.J.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 237-243.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité: Résumé du cadre de référence. *Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux* récupéré sur www.msss.gouv.qc.ca le 17 février 2009.
- Morton, N., & Browne, D. K. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment : A review. *Child abuse and neglect, 22*, 1093-1104.

- Moss, E. (2006). Évaluation du programme sur l'attachement en intervention relationnelle destinée à l'enfant (0 à 5 ans) et à son parent. Exposé sommaire des faits. Récupéré de la base de données des Centres jeunesse de Lanaudière. Québec.
- Moran, G., Pederson, D., & Krupka, A. (2005). Maternal Unresolved status impedes the effectiveness of interventions with adolescents mothers, manuscript. *Infant Mental Health Journal*, 26, 231-249.
- NICHD Early Child Care Research Network (1997). The effects of infant child care on infant-mother attachment security: Result of the NICHD study of early child care. *Child Development*, 68, 860-879.
- Nicholls, A., & Kirkland, J. (1996). Maternal sensitivity: a review of attachment literature definitions. *Early Child Development and Care*, 120, 55-65.
- Nievar, M.A., & Becker, B. J. (2008). Sensitivity as a privileged predictor of attachment: a second perspective on De Wolff and van IJzendoorn's meta-analysis. *Social Development*, 17, 102-114.
- Paquette, D., Bigras, M., Zoccolillo, M., Tremblay, E. R., Labelle, M-E., & Azar, R. (2001). Comparaison de la sensibilité parentale entre des mères adolescents et des mères adultes peu scolarisées. *Revue de psychoéducation et d'orientation*, 30, 283-298.
- Parent, S., & Saucier, J.-F. (1999). La théorie de l'attachement. In E. Habimana, L. S. Éthier, D. J. Petot, & M. Tousignant (Eds.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : une approche intégrative* (pp. 33-46). Boucherville, Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Parent, S., Ménard, A., & Pascal, S. (1999). La prévention des problèmes d'attachement à la petite enfance. In F. Vitaro & C. Gagnon (Eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents : Tome I*, (pp 305-352). Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Pederson, D. P., Moran, G., Sitko, C., Campbell, K., Ghesquire, K., & Acton, H. (1990). Maternal sensitivity and the security of infant-mother attachment : A Q-sort Study. *Child Development*, 61, 1974-1983.
- Pederson, D. P., & Moran, G. (1996). Expressions of the attachment relationship outside the strange situation. *Child Development*, 67, 915-927.
- Pederson, D. P., & Moran, G. (1995b). Appendix B. Maternal Behavior Q-set. In E. Waters, B.E. Vaughn, G. Posada & K. Kondo-Ikemura (dir). Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models : New growing point of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60 (2-3, Serial No. 244), 247-254.
- Pederson, D. R., Gleason, K. E., Moran, G., & Bento, S. (1998). Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and the infant-mother attachment relationship. *Development Psychology*, 34, 925-933.

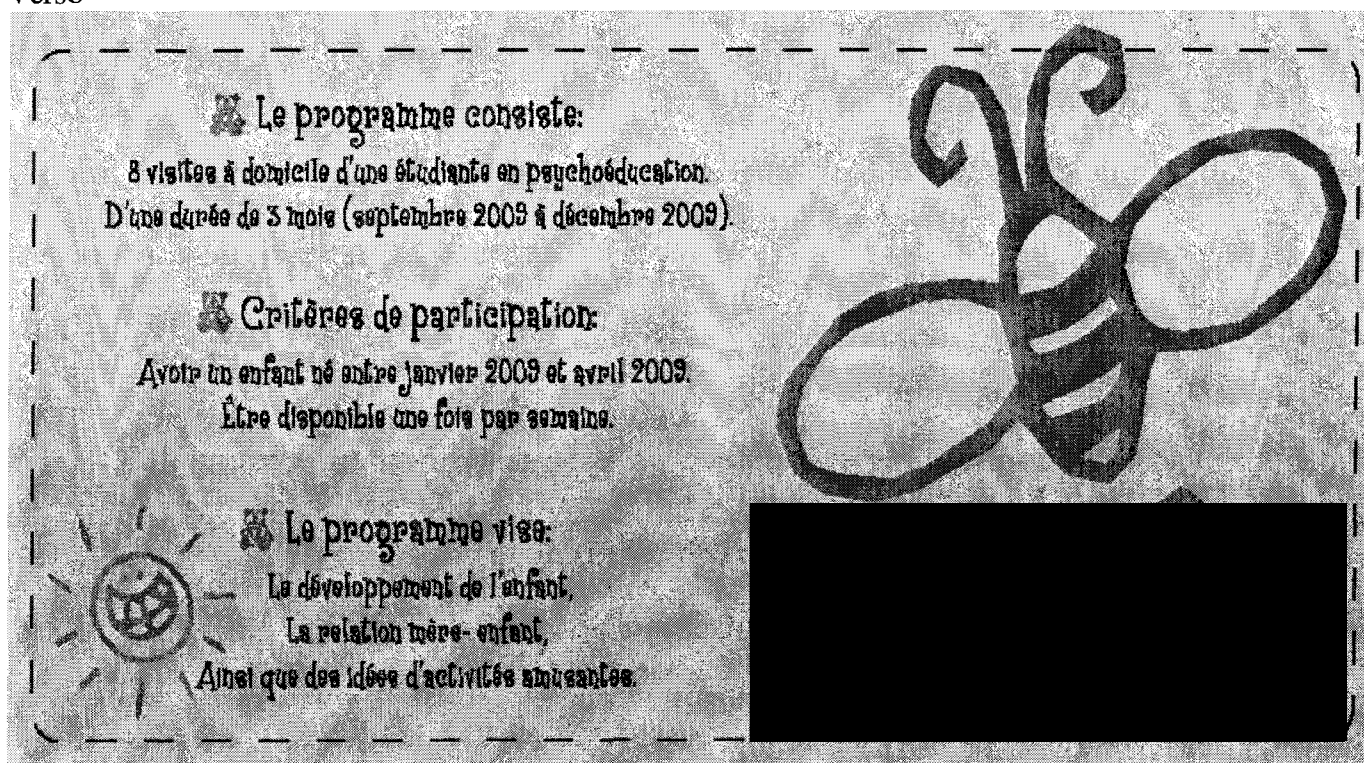
- Pomerleau, A., Malcuit, G., & Julien, M. (1997). Contextes de vie familiale au cours de la petite enfance. In M. G. Tarabulsky & R. Tessier. (dir). *Enfance et famille: Contextes et développement*. (pp.57-95). Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy.
- Pomerleau, A., Vézina, N., Moreau, J., Malcuit, G., & Séguin, R. (2008). Grille d'évaluation du développement de l'enfant de 0 à 5 ans: Guide d'utilisation. *Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale*. Québec.
- Raval, V., Goldberg, S., Atkinson, L., Benoit, D., Myhal, N., Poulton, L., & Zwiers, M. (2001), Maternal attachment, maternal responsiveness and infant attachment. *Infant Behavior and Development*, 24, 281-304.
- Shaffer, D. R., Wood, E., & Willoughby, T. (2005). *Developmental psychology: Childhood and adolescence* (2nd éd.). Toronto, ON: Thomson Nelson.
- Shaw, D. S., & Vondra, J. L. (1995). Infant attachment security and maternal predictors of early behavior problems: a longitudinal study of low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 335-355.
- Smith, P. B., & Pederson, D. R. (1988). Maternal sensitivity and patterns of infant-mother attachment. *Child Development*, 59, 1097-1101.
- Susser, M., & Stein, Z. (1994). Timing in prenatal nutrition : A reprise of the Dutch Famine Study. *Nutrition Review*, 52, 84-94.
- Tarabulsky, M. G., 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, 7-23.
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Ward, M. J., Kessler, D. B., & Altman, S. C. (1993). Infant-mother attachment in children with failure to thrive. *Infant Mental Health Journal*, 14, 208-220.
- Ward, M. J., & Carlson, E. A. (1995). Associations among adult attachment representations, maternal sensitivity, and infant-mother attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Development*, 66, 69-79.
- Woodward, L., Fergusson, D., & Horwood, L. (2001). Risk factors and life process associated with teenage pregnancy : Result of a prospective study from birth to 20 years. *Journal of Marriage and the Family*, 63, 1170-1184.

ANNEXE I

Recto



Verso



ANNEXE II

Référence du programme AIME

Nom de la mère :	_____
Numéro de dossier de la mère :	_____
Nom de l'enfant :	_____
Date de naissance de l'enfant :	_____
Numéro de dossier de l'enfant :	_____
Numéro de téléphone de la famille :	_____

Motifs de référence : (cochez les motifs liés à la famille)

- Âge de la mère (moins de 20 ans à la naissance de l'enfant)
- Nombre d'enfants dans la famille : _____
- Niveau de scolarité de la mère :
 1. A terminé son secondaire 5
 2. N'a pas terminé son secondaire 5
 3. Autre
 Spécifiez _____
- Faible statut socioéconomique de la famille
- Qualité de la relation conjugale
 1. Conflictuelle
 2. Bonne
 3. N'a pas de conjoint
 4. Autre
 Spécifiez _____
- Faible réseau social de la mère
- Besoin d'aide au niveau des connaissances sur le développement des enfants
- Besoin d'aide au niveau des pratiques parentales
- Présence de symptômes dépressifs chez la mère

Motivation de la mère à participer au programme : (1 étant faible et 10 étant élevé)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Autres services reçus par la famille :

Autres informations pertinentes :

Nom du professionnel

Date

Merci



ANNEXE III

Programme d'activités interactives mère-enfant (AIME)**Consentement à la participation de plusieurs interactions enregistrées.**

Je, soussigné (e) _____ consens au nom de mon enfant _____ à ce que des interactions entre moi et lui soit enregistrées dans le cadre du programme AIME qui se déroule de septembre 2009 à janvier 2010.

Je comprends que l'objectif de l'enregistrement s'inscrit dans le cadre du programme AIME et vise une meilleure compréhension des comportements de mon enfant lors de ses interactions avec moi. L'enregistrement d'une interaction fait partie de la planification du programme AIME et varie entre 5 et 10 minutes. J'accepte que l'enregistrement soit visionné par Madame Josiane Parent investigatrice du programme. Les enregistrements seront détruits un an suivant la fin du programme. Je comprends également que j'ai le droit de changer d'avis quant à la présente autorisation.

Signature du parent : _____

Date : _____

ANNEXE IV

MANUEL D'ANIMATION DU PROGRAMME AIME

Il y a plusieurs étapes pour l'implantation du programme AIME.

Tout d'abord suite à un premier contact téléphonique avec la famille, une rencontre est planifiée pour que l'animatrice se présente et pour expliquer les modalités du programme AIME.

Rencontre de pré-sélection au domicile:

- Durée : environ 30 minutes
- Présentation de l'animatrice
- Remettre coordonnées pour rejoindre au CLSC
- Expliquer le programme AIME (but, modalités, critères et durée)
- Prendre rendez-vous pour la prochaine rencontre.

Rencontre pré-test : première rencontre :

- Durée : entre 1h15 et 1h30.
- Endroit : domicile de la famille
- Prise de contact : discussion avec le parent
- Faire signer le consentement écrit pour l'enregistrement vidéo des interactions (voir annexe III)
- Filmer une interaction parent-enfant d'une durée de 5 minutes
- Commencer à répondre au questionnaire *KIDI*
- Observations de la famille dans le but de faire le *MBQS*

Rencontre pré-test : deuxième rencontre :

- Durée : entre 1h15 et 1h30
- Prise de contact : discussion avec le parent
- Filmer une interaction parent-enfant d'une durée de 5 minutes
- Terminer de répondre au questionnaire *KIDI*
- Observations de la famille dans le but de faire le *MBQS*

Rencontre pré-test : troisième rencontre :

- Durée : entre 1h et 1h15
- Prise de contact : discussion avec le parent
- Faire signer le consentement écrit pour l'évaluation de l'enfant avec le GED
- Évaluation du développement de l'enfant avec le GED
- Filmer une interaction parent-enfant d'une durée de 5 minutes
- Observations de la famille dans le but de faire le *MBQS*
- Prendre rendez-vous pour la première rencontre du programme AIME

Le programme AIME débute la semaine suivant la dernière rencontre pré-test. L'ensemble des rencontres se déroule au domicile de la famille. La durée des rencontres varie entre 75 et 90 minutes. L'animatrice amène à chaque rencontre un appareil photo pour filmer, un ordinateur pour regarder par la suite l'interaction et un sac avec des jouets de stimulation, si la famille ne possède pas de jouets.

RENCONTRE 1

- Remise et explication du cahier des participantes
- Remise et explication de la grille du développement des enfants de 0 à 2 ans.

Thème de la rencontre : La qualité des premiers contacts

Discussion :

- comment aviez-vous imaginé votre relation avec votre enfant?
- comment voyiez-vous votre rôle de parent?
- comment s'est déroulé les premiers contacts avec votre enfant?
- qu'avez-vous trouvé de plus facile? de plus difficile à l'arrivée de votre enfant?
- et maintenant que trouvez-vous de plus facile? de plus difficile dans le quotidien?
- qu'est-ce qui vous rend le plus fier d'être parent? et chez votre enfant?
- comment décrire la relation avec votre enfant?

Activité interactive : Comme d'habitude

- consigne : je vous demande de jouer comme d'habitude avec votre enfant.
- remise de jouets si la famille n'en possède pas.

Activité dirigée de stimulation : Activités motrices

- matériel nécessaire : une poupée, des documents de massages et d'exercices.
- remise à la mère d'un document portant sur les massages (voir annexe V).
- démonstration par l'animatrice de certaines techniques de massage sur la poupée
- pratique de certains massages à effectuer par la mère avec l'enfant
- remise à la mère du document : Jeux et exercices pour enfants et parents de 0 à 2 ans (JEEP 0-2) fait par Kino-Québec, 1998.
- pratique avec la mère de certains exercices avec l'enfant.

RENCONTRE 2

Thème de la rencontre : L'attachement

Discussion :

- éléments théoriques : coexiste des besoins d'autonomie et de dépendance chez l'enfant. Pour se sentir en sécurité l'enfant a besoin d'expérimenter l'équilibre entre les deux pôles. Figure parentale doit devenir une base de sécurité. Besoin pour l'enfant de posséder des liens significatifs, permanents, réciproques et plaisants. L'attachement est une relation chaleureuse entre le parent et son enfant. Permettre à la dyade

de ressentir du bien-être ensemble. Quand l'enfant se sent rassuré et en sécurité. Les éléments-clés sont : relation et base de sécurité.

- questions : qu'est-ce qu'une relation sécurisante entre un parent et son enfant?
- quel genre de relation avez-vous avec votre enfant?
- que pouvez-vous faire pour être une base de sécurité pour votre enfant?
- quels sont les moments où vous êtes bien avec votre enfant? Pourquoi?
- comment voyez-vous le besoin d'autonomie de votre enfant?

Activité interactive : À toi de choisir

- consigne : je vous demande d'accompagner votre enfant dans le jeu. Votre tâche est de suivre votre enfant, de lui laisser les initiatives et surtout de ne pas prendre le contrôle.
- remise de jeux si la dyade n'en possède pas.

Activité dirigée de stimulation : Jeu du coucou ou de la bibitte qui monte

- remise à la mère d'une feuille : *Notre relation* (Parent, 2009) (voir annexe V).
- discussion avec la mère du contenu de la feuille remise.
- faire des activités face à l'enfant.
- jouer au jeu du coucou et de la bibitte qui monte sur le bras de l'enfant pour le chatouiller.

RENCONTRE 3

Thème de la rencontre : La personnalité de l'enfant

Discussion :

- élément-clé : chaque enfant est unique.
- questions : comment aviez-vous imaginé votre enfant lors de votre grossesse?
- quelles sont ses forces?
- quelles sont ses difficultés?
- comment décrieriez-vous sa personnalité? En un mot?
- votre enfant a-t-il des traits de caractère de son père?
- en quoi vous ressemble-t-il?
- sa personnalité est-elle compatible avec vous?
- comment aimeriez-vous qu'il soit plus tard?

Activité interactive : Miam ... miam...

- venir filmer lors d'un repas, un boire ou un changement de couche.
- consigne : je vais filmer cette activité du quotidien pour mieux connaître votre enfant dans sa vie de tous les jours.

Activité dirigée de stimulation : Une marionnette

- matériel requis : 2 bas blancs, des crayons qui s'utilisent sur les vêtements et qui ne décolorent pas au lavage.

- remise du matériel à la mère pour dessiner sur le bas un personnage qui pour elle représente son enfant.
- l'animatrice fait une marionnette en même de temps que la mère, en spécifiant que la sienne représente un trait de personnalité d'un enfant qu'elle connaît.

RENCONTRE 4

Thème de la rencontre : Les besoins des enfants

Discussion :

- éléments théoriques : multiples besoins chez l'enfant : physiques, affectifs, intellectuels et sociaux. La satisfaction de ces besoins favorise le développement du lien d'attachement.
- questions : quels sont les besoins de votre enfant actuellement?
- connaissez-vous les besoins de votre enfant en fonction des différentes sphères du développement?
- quelle est la différence entre un besoin et un caprice?
- quels exemples illustrent les stades de développement de votre enfant?
- important : de valoriser les idées adéquates du parent.
- discussion et remise à la mère de la grille sur le développement des enfants 0-9 mois et 9-12 mois tirée du *programme en intervention relationnelle destinée à l'enfant (0-5 ans) et à son parent* (Larin et al., 2004) (voir annexe V).

Activité interactive : Miroir, Miroir!

- demander à mère de commencer à jouer avec son enfant comme d'habitude.
- consigne : après deux minutes de jeux, je vous demande d'imiter les mimiques, mouvements et son de votre enfant. Concentrez-vous sur le haut de son corps.
- alterner entre les positions assise, face à face ou semi-assise.

Activité dirigée de stimulation : Livres

- l'animatrice apporte différents formats de livres pour enfant.
- elle laisse l'enfant les explorer, discute des bienfaits de la lecture pour le développement cognitif de l'enfant et expérimente des moments de lecture avec la dyade.
- matériel : apporter cinq livres différents.

RENCONTRE 5

Thème de la rencontre : L'estime de soi

Discussion :

- éléments théoriques : l'importance pour l'enfant de se sentir aimé. Besoin du regard de son parent pour développer sa confiance. Encourager l'enfant par des paroles douces et gentilles et

établir ses limites claires. Important de respecter l'enfant. L'estime de soi aura des impacts sur sa personnalité, sa vie sociale et sa capacité à relever des défis.

- questions : qu'est-ce que l'estime de soi pour vous?
- comment la confiance se construit-elle?
- quelles sont les qualités/forces de votre enfant?
- comment avez-vous favorisé l'estime de soi de votre enfant?
- comment pourriez-vous aider votre enfant à développer sa confiance en lui?
- pour vous est-ce qu'il y a eu des personnes qui ont favorisé votre estime de soi?
- qu'on fait ces personnes? Par quels moyens?

Activité interactive : Dos à dos, face à face.

- matériel : jouets
- consigne : vous allez jouer avec votre enfant dans trois positions différentes avec les mêmes jouets.
- les positions sont : 1) face à face, 2) l'enfant entre les jambes, 3) l'enfant sur le côté et 4) l'enfant placé dans un siège ou l'exerciseur.
- il importe d'expérimenter une position où le parent est proche de l'enfant.

Activité dirigée de stimulation : Instrument de musique

- matériel requis : billes, brillants, plumes, macaronis teints, pompons colorés, petits pots de plastique avec couvercles sécuritaires ou des bouteilles d'eau vide, fusil à colle, bâtonnets de colle.
- offrir le matériel à la mère et lui demander de fabriquer un instrument de musique stimulant pour l'enfant (coloré, bruyant).
- utilisation par la suite avec l'enfant.

RENCONTRE 6

Thème de la rencontre : Les émotions

Discussion :

- éléments théoriques : l'apprentissage des émotions commence au début de la vie (reconnaître, exprimer et réguler). Premier moyen de communication et les émotions varient en fonction de la personnalité de l'enfant mais aussi de celui qui les perçoit. Importance de faire voir au parent : la communication parent-enfant par le biais des émotions est puissante, elle a des impacts, des forces et surtout elle est nécessaire.
- En fonction de l'âge de l'enfant : en bas de deux ans les enfants expriment surprise, colère, joie et peur.
- questions : quelles sont les principales émotions vécues par votre enfant ces derniers temps?
- quels sont vos impressions face aux émotions de votre enfant? Trop fréquentes? Appropriées pour son âge?

- Arrivez-vous à reconnaître les émotions de votre enfant?
- Pouvez-vous donner des exemples de situations qui font vivre de la joie, de la peur, de la colère ou de la surprise à votre enfant?
- Et vous quelles sont les principales émotions que vous avez exprimé ces derniers temps?

Activité interactive : J'exprime mes émotions

- matériel : jouets
- consigne : je vous demande de jouer comme d'habitude mais de parler à votre enfant, de lui nommer les émotions qu'il exprime et de répondre à ses babillages.
- au retour : demander au parent de nommer les émotions de son enfant ainsi que les siennes durant le jeu.

Activité dirigée de stimulation : Je laisse ma trace

- matériel : gouache de différentes couleurs, une petite toile, des papiers de nettoyage et des assiettes d'aluminium.
- demander à la mère d'enlever le chandail de l'enfant ou de le vêtir d'un vieux vêtement. Faire choisir une ou des couleur(s) à la mère. Mettre la gouache sélectionnée dans l'assiette d'aluminium. La mère prend la main de son enfant et lui fait toucher la gouache doucement au début et après la main entière. Elle dépose la main de l'enfant sur la toile. Laisser la mère décorer à sa guise la toile.

RENCONTRE 7

Thème de la rencontre : La routine

Discussion :

- éléments théoriques : un cadre précis qui se veut prévisible et stable. L'encadrement, la constance et l'organisation des diverses sphères de vie de l'enfant doivent s'organiser autour des rituels précis que le parent doit répéter. Le développement de l'enfant se base sur la prévisibilité de la réponse des parents à ses multiples besoins. Donne des repères à l'enfant et le sécurise.
- Important : renforcer les habitudes positives et outiller le parent.
- Thèmes discutés : le sommeil et les siestes, l'alimentation, l'hygiène et l'importance du jeu.
- questions : décrivez une journée type qui correspond le plus à la réalité de votre enfant.
- quels sont les moments plaisants avec votre enfant dans cette routine?
- quels sont les épisodes plus difficiles à gérer avec votre enfant?

Activité interactive : Collé, collé.

- consigne : je vous demande de faire une activité calme avec votre enfant. Vous pouvez le bercer, lui chanter des chansons, lui parler doucement ou être couché au sol avec lui.
- Soyez à l'écoute de ses réactions durant ce moment.

Activité dirigée de stimulation : Danse et chanson

- matériel : CD de musique pour enfant, ordinateur et livret de comptines.
- l'animatrice met de la musique et invite la mère à danser avec son enfant au son de la musique.
- l'animatrice discute avec la mère sur les comptines qu'elle connaît et lui en propose. Elle chante avec la mère des comptines à l'enfant.

RENCONTRE 8

Thème de la rencontre : La discipline

Discussion :

- éléments théoriques : permet aux enfants de savoir où sont leurs limites et celles de leurs parents, d'éviter les dangers, d'apprendre à faire plaisir aux autres, de penser avant d'agir et de vivre dans un climat harmonieux. Fait appel aux conséquences, aux règles et aux limites que le parent met pour encadrer son enfant.
- remise d'une feuille rappelant au parent que les règles doivent être cohérentes, constantes, courtes, chaleureuses et continues (Parent, 2009) (voir annexe V).
- questions : qu'est-ce que la discipline pour vous?
- quelles sont les règles importantes pour vous?
- comment était la discipline chez vous?
- comment voyez-vous votre rôle?
- discipline selon l'âge : 0-9 mois : on ne donne pas de conséquences, on distrait le bébé et on lui évite de se blesser. 9-18 mois : la discipline se met en place à cet âge.

Activité interactive : Jeux enfantins.

- matériel : une marionnette (facultatif).
- consigne : je vous demande de faire un jeu avec votre enfant avec lequel il a du plaisir. Le but est de faire rire votre enfant. Vous pouvez utiliser une marionnette ou autre chose.

Activité dirigée de stimulation : Le pyjama coloré.

- matériel : deux choix de pyjama et des crayons pour tissus.
- il est demandé à la mère de dessiner sur le pyjama des images inspirées par son enfant ou d'écrire des mots qui lui font penser à son enfant. Cela est un souvenir du programme AIME pour la dyade.

Les étapes du programme AIME se terminent avec trois rencontres post-tests durant lesquelles une interaction mère-enfant est filmée dans le but de faire le *MBQS*, d'utiliser le *CARE-Index* et l'*échelle de plaisir*. Le questionnaire *KIDI* est rempli une seconde fois et le *GED* est passé à l'enfant. Une dernière rencontre avec la dyade est planifiée un mois après la fin du programme AIME pour remettre à la dyade le DVD conçu par l'animatrice des moments filmés. Une discussion est aussi menée avec la mère pour s'informer de la relation mère-enfant.

ANNEXE V
Rencontre 1

Voici des exemples de massages pour votre enfant.

LE LIVRE :

La mère pose les mains sur la poitrine du bébé et écarte les mains comme si elle voulait mettre les pages d'un livre bien plat

LA MAIN :

La mère masse la main du bébé avec ses pouces, du talon de la main vers les doigts du bébé.

LE PIED :

La mère masse la plante du pied avec ses pouces puis avec toute la paume de sa main.

LE CHAUSSON :

- la main gauche de la mère tient le pied du bébé pour étendre la petite jambe.
- la main droite de la mère forme un bracelet autour de la cuisse du bébé et remonte le long de la jambe.
- elle continue en alternant.

** le même massage peut être fait pour les bras de l'enfant.

LE X :

-les deux mains travaillent à tour de rôle.

-la main droite de la mère glisse de la hanche gauche du bébé à l'épaule droite.

-la main gauche de la mère glisse de la hanche droite du bébé à l'épaule gauche.

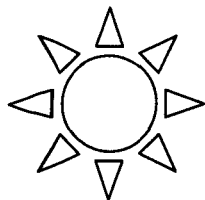
-elle continue en alternant les mains.

LES MOUCHES :

- la mère prend les deux mains du bébé et lui croise les deux bras sur la poitrine.
- puis, elle ouvre.
- puis, elle ferme.

LE LOTUS :

- la mère prend les deux pieds du bébé et croise les deux petites jambes en les amenant sur le ventre.
- puis, elle ouvre, étendant les jambes et les ramenant à leur position de départ.

Rencontre 2**Notre relation**

L'enfant



Les parents

Les interactions :

- Le bébé communique par ses sourires, ses cris, ses gémissements ou ses gazouillis.
- Il commence ses interactions sociales avec ses parents.
- Les premiers liens affectifs sont avec ses parents.
- Aide au développement des futures relations sociales.

L'attachement :

- L'attachement est la relation chaleureuse entre un parent et son enfant.
- Le parent est une base de sécurité pour son enfant.
- L'enfant a des besoins d'autonomie et de dépendance face à son parent.

Stratégies et activités :

- Donner la réplique aux gazouillis des bébés. Les comptines et les chansons sont une excellente manière de stimuler le développement du langage.
- Utiliser son imaginaire pour animer les jouets et les autres objets de l'environnement de l'enfant.
- Donner de l'attention positive (caresse, encouragement, sympathie)
- Encourager les interactions face-à-face, se rapprocher du visage du bébé.
- Être à l'écoute des différents besoins de l'enfant.
- Développer une confiance face aux réponses du parent (jeu du coucou, jeu de l'insecte qui monte, qui monte).
- Apprend aux enfants à anticiper les actions de son parent.

Rencontre 4

Les enfants de 0 à 9 mois

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 généralement avec la mère. <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. - rire 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 : de 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"> - l'introduction de l'alimentation solide environ à 6 mois. - l'exercice réflexe de la naissance s'atténue avec l'âge. - sommeil entrecoupé. 	<p>Apprentissages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intelligence sensorimotrice (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 cours terme. - discrimination visuelle se raffine. - concentration de + en + grande avec l'âge. <p>Stimulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avant 2 mois : parler à l'enfant, le bercer, proposer des objets attirants (contrastes). - après 3 mois : placer dans différentes positions, proposer des objets colorés (préhension simple), interagir beaucoup avec l'enfant, provoquer des surprises, fournir des jeux à transvider et des jouets bruyants, procurer des 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 + en + il 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 : il fait des bruits avec sa bouche de + en + variés. - gazouillis (ex : eueueu) - vers 6 mois : babillage (ex : bababa).

Les enfants de 9 à 12 mois.

Développement social et affectif	Développement physique	Développement cognitif	Développement du langage
<p>Attachement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une ou des personnes significatives sont rassurantes pour l'enfant. - peur des étrangers est normale. - réaction de séparation. - objets transitionnels utiles (ex : doudou, toutou). <p>Sociabilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - établit la signification du non. - intérêt pour les autres enfants manifesté/imitation. - phase orale : tout va encore dans la bouche et l'enfant est centré sur lui-même. 	<p>Habiletés motrices globales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - marche à 4 pattes. - marche en se tenant sur les meubles (cabotage). - se tient debout seul (équilibre). - marche debout (attention c'est plus vers l'âge de 12 mois). <p>Habiletés motrices fines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - veut manger seul (occasionne + de dégâts). - raffinement de la pince pouce-index (prend de petite chose entre ses doigts). - bonne coordination œil-main en général. <p>Général :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sommeil n'est pas encore régulier, mais commence à le devenir. 	<p>Apprentissages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - toujours intelligence sensorimotrice. - permanence de l'objet acquise partiellement (il peut se rappeler un objet disparu). - pas encore de pensée symbolique. - enfant limité à l'instant présent. - exploration par la bouche (phase orale), <p>Capacité de mémoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mémoire courte et encore très sensorielle. <p>Stimulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - permettre l'exploration sécuritaire. - procurer des nouveautés (couleur, forme, son, etc). - faire des jeux de « coucou » et cachette d'objets. 	<p>Langage expressif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - peut exprimer 2-3 mots (ex : papa, maman). - gestes : bye bye, bravo, pointe. - holophrase. <p>Langage réceptif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 17-20 mots compris. - importance de nommer et parler à l'enfant (ex : aime les comptines, énoncer les couleurs, sons d'animaux, etc).

Rencontre 8**Les règles doivent être :**

COHÉRENTES : les conséquences peuvent être naturelles ou logiques et en lien avec le comportement. Les règles sont pour tous.

CONSTANTES : les limites et les règles sont claires indépendamment de qui les applique.

COURTES : elles sont en lien avec l'âge de l'enfant. Elles sont claires pour que l'enfant comprenne.

CHALEUREUSES : il est important d'être positif le plus possible et de récompenser les bons coups!

CONTINUES : elles sont prévisibles, les règles ne sont pas modifiées au gré du jour ou de l'humeur du parent. Une règle établie se fait à tous les jours.

Josiane Parent
Programme AIME
Université de Montréal
CLSC Châteauguay

Programme

AIME

(Activités Interactives Mère-Enfant)



Carnet d'Activités



Je m'appelle: _____



Ma Maman s'appelle: _____

Automne 2009



Du plaisir ensemble toute la semaine!

Bonjour!

Voici un cahier qui vous suivra tout au long du projet. À chaque semaine je vous suggère de faire au moins une activité de 10 minutes de votre choix avec votre enfant. Le but des activités est :

D'AVOIR DU PLAISIR AVEC VOTRE ENFANT.

Donc, choisissez un moment où vous êtes disponible et calme pour faire l'activité. Sélectionnez une activité que votre enfant aime et que vous aimez aussi faire, ainsi vous aurez plus de plaisir. À la fin de l'activité, je vous demande de prendre 5 à 10 minutes pour répondre aux questions.

De plus, vous trouverez une question portant sur le thème de la semaine, je vous demande donc d'y répondre en même temps.

Je vous propose d'utiliser le guide : le développement de notre enfant 0-2 ans, afin de trouver des idées d'activités.

Un retour avec vous sera fait lors de la prochaine rencontre, afin de discuter de l'activité vécue durant la semaine.

N'oubliez pas... plus vous exprimez votre plaisir verbalement et physiquement à votre enfant, plus il aura du plaisir en votre présence et plus vous apprécierez le temps passé avec lui.

Merci de votre participation et du temps pris pour remplir ce guide!

Rencontre 1*Thème : La qualité des premiers contacts*

<p>Les contacts entre vous et votre enfant sont précieux, quels contacts physiques privilégiez-vous avec lui?</p>
--

Amusons-nous ensemble!

Cette semaine quelle activité avez-vous fait avec votre enfant?

Comment l'activité s'est-elle déroulée?

Quel a été le comportement de votre enfant durant l'activité?

Calme

Rit

Pleure

Sourit

Agité

Autre _____

Comment expliqueriez-vous le comportement de votre enfant durant l'activité?

De 1 à 10 (1 étant le plus faible et 10 étant le plus élevé) comment qualifieriez-vous le degré d'appréciation de l'activité par votre enfant?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Pourquoi?

De 1 à 10 (1 étant le plus faible et 10 étant le plus élevé) comment qualifieriez-vous le temps passé avec votre enfant?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Comment l'avez-vous exprimé à votre enfant?

Rencontre 2*Thème : L'attachement*

<p>La relation qui vous unie à votre enfant est unique, comment la définissez-vous?</p>
--

Amusons-nous ensemble!

Cette semaine quelle activité avez-vous fait avec votre enfant?

Comment l'activité s'est-elle déroulée?

Quel a été le comportement de votre enfant durant l'activité?

Calme Rit Pleure
 Sourit Agité Autre _____

Comment expliqueriez-vous le comportement de votre enfant durant l'activité?

De 1 à 10 (1 étant le plus faible et 10 étant le plus élevé) comment qualifieriez-vous le degré d'appréciation de l'activité par votre enfant?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pourquoi?

De 1 à 10 (1 étant le plus faible et 10 étant le plus élevé) comment qualifieriez-vous le temps passé avec votre enfant?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comment l'avez-vous exprimé à votre enfant?

Rencontre 3*Thème : La personnalité de l'enfant*

<p>L'enfant a sa propre personnalité, quels sont ses traits de personnalité qui ressemblent le plus aux vôtres?</p>
--

Amusons-nous ensemble!

Cette semaine quelle activité avez-vous fait avec votre enfant?

Comment l'activité s'est-elle déroulée?

Quel a été le comportement de votre enfant durant l'activité?

Calme Rit Pleure
 Sourit Agité Autre _____

Comment expliqueriez-vous le comportement de votre enfant durant l'activité?

De 1 à 10 (1 étant le plus faible et 10 étant le plus élevé) comment qualifieriez-vous le degré d'appréciation de l'activité par votre enfant?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pourquoi?

De 1 à 10 (1 étant le plus faible et 10 étant le plus élevé) comment qualifieriez-vous le temps passé avec votre enfant?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comment l'avez-vous exprimé à votre enfant?

Rencontre 4*Thème : Les besoins des enfants*

Votre enfant a différents besoins, quels sont les plus importants selon vous?
--

Amusons-nous ensemble!

Cette semaine quelle activité avez-vous fait avec votre enfant?

Comment l'activité s'est-elle déroulée?

Quel a été le comportement de votre enfant durant l'activité?

Calme Rit Pleure
 Sourit Agité Autre _____

Comment expliqueriez-vous le comportement de votre enfant durant l'activité?

De 1 à 10 (1 étant le plus faible et 10 étant le plus élevé) comment qualifieriez-vous le degré d'appréciation de l'activité par votre enfant?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pourquoi?

De 1 à 10 (1 étant le plus faible et 10 étant le plus élevé) comment qualifieriez-vous le temps passé avec votre enfant?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comment l'avez-vous exprimé à votre enfant?

Rencontre 5*Thème : L'estime de soi*

Comment décririez-vous votre enfant si vous deviez le présenter à une autre personne?
--

Amusons-nous ensemble!

Cette semaine quelle activité avez-vous fait avec votre enfant?

Comment l'activité s'est-elle déroulée?

Quel a été le comportement de votre enfant durant l'activité?

Calme

Rit

Pleure

Sourit

Agité

Autre _____

Comment expliqueriez-vous le comportement de votre enfant durant l'activité?

De 1 à 10 (1 étant le plus faible et 10 étant le plus élevé) comment qualifieriez-vous le degré d'appréciation de l'activité par votre enfant?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pourquoi?

De 1 à 10 (1 étant le plus faible et 10 étant le plus élevé) comment qualifieriez-vous le temps passé avec votre enfant?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comment l'avez-vous exprimé à votre enfant?

Rencontre 6*Thème : Les émotions*

<p>Votre enfant vit différentes émotions, arrivez-vous à identifier certaines manifestations de ses émotions?</p>
--

Amusons-nous ensemble!

Cette semaine quelle activité avez-vous fait avec votre enfant?

Comment l'activité s'est-elle déroulée?

Quel a été le comportement de votre enfant durant l'activité?

Calme

Rit

Pleure

Sourit

Agité

Autre _____

Comment expliqueriez-vous le comportement de votre enfant durant l'activité?

De 1 à 10 (1 étant le plus faible et 10 étant le plus élevé) comment qualifieriez-vous le degré d'appréciation de l'activité par votre enfant?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Pourquoi?

De 1 à 10 (1 étant le plus faible et 10 étant le plus élevé) comment qualifieriez-vous le temps passé avec votre enfant?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Comment l'avez-vous exprimé à votre enfant?

Rencontre 7*Thème : La routine*

Avez-vous remarqué la routine de votre enfant? Selon vous que lui apporte-t-elle?
--

Amusons-nous ensemble!

Cette semaine quelle activité avez-vous fait avec votre enfant?

Comment l'activité s'est-elle déroulée?

Quel a été le comportement de votre enfant durant l'activité?

Calme Rit Pleure
 Sourit Agité Autre _____

Comment expliqueriez-vous le comportement de votre enfant durant l'activité?

De 1 à 10 (1 étant le plus faible et 10 étant le plus élevé) comment qualifieriez-vous le degré d'appréciation de l'activité par votre enfant?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pourquoi?

De 1 à 10 (1 étant le plus faible et 10 étant le plus élevé) comment qualifieriez-vous le temps passé avec votre enfant?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comment l'avez-vous exprimé à votre enfant?

Rencontre 8*Thème : La discipline*

Votre enfant a besoin de limites et d'une certaine forme de discipline, comment voyez-vous votre rôle auprès de lui?

Amusons-nous ensemble!

Cette semaine quelle activité avez-vous fait avec votre enfant?

Comment l'activité s'est-elle déroulée?

Quel a été le comportement de votre enfant durant l'activité?

Calme

Rit

Pleure

Sourit

Agité

Autre _____

Comment expliqueriez-vous le comportement de votre enfant durant l'activité?

De 1 à 10 (1 étant le plus faible et 10 étant le plus élevé) comment qualifieriez-vous le degré d'appréciation de l'activité par votre enfant?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Pourquoi?

De 1 à 10 (1 étant le plus faible et 10 étant le plus élevé) comment qualifieriez-vous le temps passé avec votre enfant?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Comment l'avez-vous exprimé à votre enfant?

ANNEXE VII

Questionnaire sur la participation des mères par l'animatrice

Nom : _____

Rencontre : no _____

Question 1 : Comment qualifier la participation lors de l'étape accueil/retour sur le devoir ?

- a) faible
- b) moyenne
- c) bonne
- d) élevée

Question 2 : Comment qualifier la participation lors de la discussion?

- a) faible
- b) moyenne
- c) bonne
- d) élevée

Question 3 : Comment qualifier la participation lors de l'interaction filmée?

- a) faible
- b) moyenne
- c) bonne
- d) élevée

Question 4 : Comment qualifier la participation lors du retour feed-back?

- a) faible
- b) moyenne
- c) bonne
- d) élevée

Question 5 : Comment qualifier la participation lors de l'activité dirigée de stimulation?

- a) faible
- b) moyenne
- c) bonne
- d) élevée

ANNEXE VIII

<h2 style="text-align: center;">Questionnaire sur votre participation lors du programme AIME</h2>

Hé oui, le programme AIME est déjà terminé!!!

Durant huit semaines une étudiante en psychoéducation est venue à votre domicile afin de réaliser un projet universitaire ayant pour titre le programme AIME. Pour tous les programmes, la participation des participants est primordiale, elle permet l'accomplissement du programme. Ce questionnaire vous questionne sur votre propre participation. Tentez de répondre aux questions le plus honnêtement possible. Je vous demande d'indiquer votre degré de participation de 0 à 10 pour chaque question.

0 étant le plus faible
10 étant le plus élevé

1. De façon générale comment qualifieriez-vous votre participation au programme AIME?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Est-ce que vous échangeiez avec l'animatrice de sujets autres que le thème de la rencontre (ex : votre couple, votre logement, votre travail, vos amis, votre famille, etc)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Étiez-vous à l'aise de le faire?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Est-ce que vous participiez activement lors des discussions?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Faisiez-vous les exercices (devoirs) proposés?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Est-ce que vous, vous appliquiez pour répondre aux questions dans le cahier d'activités des participantes?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Étiez-vous à l'aise avec l'enregistrement vidéo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Lors de l'écoute de l'enregistrement, est-ce que vous remarquez des éléments dans le comportement de votre enfant? Est-ce que vous alimentiez la discussion?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Participiez-vous aux activités proposées par l'animatrice (ex : marionnette, instrument de musique, etc)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Êtes-vous satisfaite de votre participation?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Auriez-vous pu participer plus lors des rencontres?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Y a-t-il des éléments qui expliquent votre participation?

Commentaires?

Merci de votre participation et de votre temps!

ANNEXE IX

Questionnaire sur votre satisfaction à participer au programme AIME

Hé oui, le programme AIME est déjà terminé!!!

Je vous propose de répondre à ce questionnaire concernant votre satisfaction à participer au programme AIME. Je vous demande de répondre avec le plus d'honnêteté aux questions. Si vous avez des commentaires à ajouter, ne vous gênez pas et vous pouvez les inscrire sur les lignes prévues.

Je vous demande d'indiquer votre appréciation de 0 à 10 pour chaque question

0 étant le plus faible
10 étant le plus élevé

1. J'ai aimé participer au processus du programme AIME

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. J'ai apprécié les huit rencontres du programme AIME

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. J'ai trouvé les sujets de discussion pertinents et en lien avec la relation mère-enfant

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Veillez faire un X à côté des sujets que vous avez trouvé les plus pertinents et un O à côté de ceux que vous avez trouvé les moins pertinents :

La qualité des premiers contacts

La routine

La personnalité de mon enfant

La discipline

L'attachement

L'estime de soi

Les besoins des enfants

Les émotions

4. J'ai trouvé les moments filmés intéressants

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Veillez expliquer votre choix :

5. J'ai trouvé les activités proposées intéressantes

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Parmi les activités proposées lesquelles avez-vous trouvé les plus intéressantes (faites un X à côté) :

Massages	Jeu du coucou	Peinture
Exercices	Marionnettes	Danse et chanson
Instruments de musique	Livres	Dessin sur un vêtement

6. Les exercices (devoirs) proposés me stimulaient à faire des activités variées avec mon enfant

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Les exercices m'ont aidé à consolider les sujets de discussion abordés lors de la rencontre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Ce programme m'a aidé à mieux comprendre mon enfant

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Veillez expliquer votre choix :

9. Je me suis sentie respectée, écoutée et comprise par l'animatrice

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. L'animatrice était enthousiasme et souriante lors des rencontres

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. De façon générale, j'ai apprécié l'animation de l'animatrice

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Je recommanderais ce programme à une amie

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Si cela était possible j'aurai fait plus de rencontres

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Quel est le plus grand apport qu'à eu ce programme sur votre relation avec votre enfant?

15. Nommez ce que vous avez le plus apprécié du programme AIME?

16. Nommez ce que vous avez le moins apprécié du programme AIME?

17. Suite à votre expérience, quel aspect pourrait être ajouté afin d'améliorer le programme AIME?

Commentaires :

Merci de votre participation et de votre temps!

ANNEXE X

Journal de bord
Éléments pouvant modifier le déroulement de l'activité

Au niveau du contexte temporel et du dosage :

Animatrice :

Participants :

Mère :

Enfant :

Autre :

ANNEXE XI

**Grille de contrôle
À remplir après chaque rencontre**

Dyade :

Date de la rencontre :

Numéro de la rencontre :

Présence parent : oui/non enfant : oui/non

Devoir fait : OUI/NON

Raison : _____

Activité faite : _____

Thème de la discussion :

Interaction filmée/retour :

Activité dirigée :

Conformité à l'horaire planifiée :

Étape	Conforme au plan OUI/ NON	Changements effectués/pourquoi?	Durée prévue	Durée réelle
Bonjour/retour devoir			10-15 min	
Discussion			30 min	
Interaction filmée			5 min	
Rétroaction			10-15 min	
Activité dirigée			10-15 min	
Remise devoir/fin			10 min	
Total :			75-90 min	

ANNEXE XII

Grille d'observation : *L'échelle de plaisir* (Parent, 2009)

À chaque 20 sec	Expression du plaisir par la mère	
	Plaisir exprimé verbalement (mots/expressions)	Plaisir exprimé physiquement (non- verbal/gestes)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

LÉGENDE :

1 = absent

2 = un peu présent

3 = moyennement présent

4 = suffisamment présent

5 = très présent

Additionner les deux scores pour avoir le score total sur

10.

