

2m 11. 2728.4

Université de Montréal

Lien entre les antécédents relationnels des parents et la sensibilité parentale

par

Dominique Tremblay

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès science (M.Sc) en sciences infirmières

Mai 1999

© Dominique Tremblay, 1999



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Lien entre les antécédents relationnels des parents et la sensibilité parentale

présenté par:

Dominique Tremblay

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Jean-François Saucier, MD, Ph. D., président-rapporteur
Professeur titulaire, Département de psychiatrie
Université de Montréal

Diane Pelchat, Ph. D., directrice de mémoire
Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Carl Lacharité, Ph. D., membre du jury
Professeur, Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières

Mémoire accepté le: 21 juin 1999

Sommaire

Cette étude corrélacionnelle explore le lien entre les antécédents relationnels et la sensibilité parentale de parents d'enfants âgés de 18 mois. Cette étude s'appuie sur le modèle conceptuel en sciences infirmières de l'Être humain unitaire (Rogers, 1990) alors que les liens entre les variables sont justifiés sur le plan théorique par le modèle de Belsky (1984). Les données utilisées dans cette étude sont recueillies auprès de 34 familles d'enfants sans déficience qui constituent le groupe de comparaison d'une plus vaste recherche portant sur les effets d'un programme d'intervention familiale, le PRIFAM, auprès des parents d'enfants ayant une déficience¹ (Pelchat, Bisson, Ricard, Perreault, Bouchard, Saucier, Lefebvre, 1998). La mesure des antécédents relationnels est réalisée à l'aide du questionnaire "*Parental Bonding Instrument*" (PBI) (Parker, Tupling et Brown, 1979). La sensibilité parentale est évaluée avec le "*Parental/Caregiver Involvement Scale*" (P/CIS) (Farran, Kasari, Confort et Jay, 1986).

Les résultats montrent que des antécédents relationnels où les parents ont démontré de la chaleur dans les soins et de l'encouragement à l'autonomie ne sont pas significativement reliés à une sensibilité parentale élevée chez les mères et les pères. D'autre part, les comportements perçus contrôlants et intrusifs provenant de son propre père sont significativement associés à une sensibilité moins élevée chez le père. Le contrôle intrusif provenant de la mère est associé à une sensibilité moins élevée chez les pères et les mères. Des analyses complémentaires montrent qu'un niveau de scolarité

¹Dans le texte, le terme déficience fait référence à une déficience physique ou intellectuelle et remplace le terme handicap.

peu élevé est associé de façon significative à une sensibilité parentale moins élevée chez les mères et les pères. De plus, un revenu familial peu élevé est significativement relié à une sensibilité maternelle moins élevée alors que ce lien n'est pas démontré pour les pères. Les résultats de la présente étude permettent d'émettre des recommandations pour la pratique clinique et la recherche en sciences infirmières.

Ces recommandations pour la recherche visent entre autres à reprendre cette étude auprès d'un plus vaste échantillon. Il serait aussi utile de développer des recherches portant sur la perception des relations parent-enfant qui s'échelonnent de l'enfance à l'âge adulte. Ceci permettrait d'éviter le recours à une méthode de mesure rétrospective qui peut représenter un biais de recherche. En dernier lieu, l'effet des conditions socio-démographiques sur les conduites parentales oriente la recherche vers certaines populations plus à risques notamment celles à faible revenu et dont le niveau de scolarité est peu élevé.

Bien que les limites de cette étude incitent à la prudence quant à la généralisation des résultats, ils sont suffisamment congruents avec ceux d'autres études pour orienter la pratique infirmière. La facilité d'utilisation du P/CIS permet à l'infirmière de s'en servir dans sa pratique quotidienne lorsqu'elle dépiste des conduites parentales dysfonctionnelles. Le recours à une évaluation structurée permet de cerner avec précision des comportements problématiques, de poser des interventions précoces et de mieux situer le rôle de l'infirmière à l'intérieur de l'équipe multidisciplinaire. De plus, les liens démontrés incitent l'infirmière à explorer avec les parents l'influence de leurs antécédents relationnels sur la relation avec leur propre enfant. Elle peut les aider

à reformuler d'autres modèles de conduites parentales lorsque les antécédents risquent de diminuer la sensibilité des parents envers leur enfant.

Table des matières

Sommaire	iii
Table des matières	vi
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	x
Dédicace	xi
Remerciements	xii
Introduction	2
Chapitre I - Problématique	5
But de l'étude	17
Hypothèses de recherche	17
Chapitre II - Recension des écrits	20
Le modèle conceptuel de l'Être humain unitaire	20
Les postulats, les thèmes et les principes	21
La personne et l'environnement	23
La santé	26
Le soin	26
Le modèle de l'Être humain unitaire et la recherche en sciences infirmières	27
Le modèle de l'Être humain unitaire et les variables à l'étude	28
Le modèle de Belsky	31
Liens entre le modèle de l'Être humain unitaire et le modèle de Belsky	37
La sensibilité parentale	37

L'évaluation de la sensibilité parentale	39
La sensibilité parentale évaluée à l'aide du P/CIS	41
Les antécédents relationnels	46
La transmission intergénérationnelle des conduites parentales	47
La contribution des antécédents relationnels dans la relation parent-enfant	52
L'évaluation des antécédents relationnels à l'aide du PBI	54
Chapitre III - Méthodologie	57
Type d'étude	57
Méthode de recrutement des sujets	57
Collecte des données	58
Description de l'échantillon	59
Considérations d'ordre éthique	60
Définition opérationnelle des variables	61
La sensibilité parentale	61
Les antécédents relationnels	61
Instruments de mesure	61
Questionnaire des données socio-démographiques	61
"Parent/Caregiver Involvement Scale" (P/CIS)	62
Qualités psychométriques du P/CIS	64
Stratégie de codification	66
Justification du choix du P/CIS	67
"Parental Bonding Instrument" (PBI)	68

Justification du choix du PBI	69
Plan d'analyse des données	70
Limites de l'étude	70
Chapitre IV - Résultats	72
Analyses descriptives des données socio-démographiques	72
Analyses descriptives des variables à l'étude	76
Analyses principales	78
Analyses complémentaires	81
Chapitre V - Discussion	87
Caractéristiques des liens entre les antécédents relationnels et la sensibilité des mères et des pères	87
Les résultats et le modèle de Rogers	96
Limites quant à l'interprétation des résultats	97
Recommandations pour la pratique infirmière	98
Recommandations pour la recherche	99
Conclusion	102
Références	105
Appendice A - Questionnaire des données socio-démographiques	119
Appendice B - Questionnaire de la perception qu'a le répondant de sa mère	124
Appendice C - Questionnaire de la perception qu'a le répondant de son père	126
Appendice D - Feuille-bilan des scores	128
Appendice E - Formulaire de consentement	130

Liste des tableaux

Tableau 1 - Caractéristiques socio-démographiques des mères	74
Tableau 2 - Caractéristiques socio-démographiques des pères	75
Tableau 3 - Caractéristiques socio-démographiques communes aux mères et aux pères	76
Tableau 4 - Analyses descriptives des données des sous-échelles du PBI pour les mères	78
Tableau 5 - Analyses descriptives des données des sous-échelles du PBI pour les pères	78
Tableau 6 - Corrélations entre la sensibilité parentale et les antécédents relationnels des mères	79
Tableau 7 - Corrélations entre la sensibilité parentale et les antécédents relationnels des pères	80
Tableau 8 - Corrélations entre la sensibilité parentale et les antécédents relationnels des mères et des pères	80
Tableau 9 - Distribution de la sensibilité des mères selon le niveau de scolarité	82
Tableau 10- Différences de la sensibilité des mères selon le niveau de scolarité	82
Tableau 11 - Distribution de la sensibilité des pères selon le niveau de scolarité	83
Tableau 12 - Différences de la sensibilité des pères selon le niveau de scolarité	83
Tableau 13 - Distribution de la sensibilité des mères selon le revenu familial annuel	84
Tableau 14 - Différences de la sensibilité des mères selon le revenu familial annuel	84
Tableau 15 - Distribution de la sensibilité des pères selon le revenu familial annuel	84
Tableau 16 - Différences de la sensibilité des pères selon le revenu familial annuel	85

Liste des figures

Figure 1 - Les déterminants des conduites parentales selon le modèle de Belsky 32

À mes parents, Marc-Henri et Pierrette,
ce mémoire vous est dédié.

Remerciements

Ce projet d'étude n'aurait jamais pu être mené à terme sans le soutien inestimable de nombreuses personnes. Plus particulièrement, Vivianne qui par sa détermination à terminer ses propres études est devenue un modèle. Elle m'a toujours écoutée et encouragée à persévérer dans les moments plus difficiles. Cécile pour la rigueur de sa critique qui réussissait toujours à pousser ma réflexion plus loin. Louise pour qui la confiance dans mes capacités d'y arriver fut à toute épreuve.

Je souligne aussi la collaboration des différents intervenants de mon milieu de travail qui m'ont permis de concilier plus facilement le travail et les études notamment Micheline Ulrich, Jocelyne Lamarche et Angèle St-Jacques. Mes collègues de travail, les infirmières et les médecins du "premier étage" qui suivaient la progression de ce projet et dont l'intérêt et la curiosité m'encourageaient à continuer.

Je témoigne aussi toute ma gratitude et ma reconnaissance à ma directrice, Diane Pelchat. Son engagement et sa sensibilité ont été constants tout au long de mon cheminement universitaire. Elle a toujours fait preuve d'une grande générosité de son temps et de ses ressources. Je remercie aussi les membres de son équipe de recherche: Marc, Caroline, Chantal et Lise et plus particulièrement Jocelyn Bisson pour sa patience et sa disponibilité. Je remercie aussi les membres de mon comité d'approbation Christiane Piché et Jean-François Saucier pour l'orientation qu'ils ont su donner à ce projet et de m'avoir donné leur opinion d'expert.

Je remercie aussi les familles qui ont accepté, par le biais de leur participation à cette recherche, de nous aider à mieux comprendre l'expérience d'être parent.

Introduction

Introduction

Depuis quelques années, plusieurs hypothèses ont été avancées sur les facteurs pouvant expliquer les variations des conduites parentales. Il a notamment été proposé qu'un ensemble de facteurs soit à l'origine de ces variations. Bien que les résultats d'études divergent et soient même parfois contradictoires, il semble qu'une certaine entente émerge quant aux déterminants des conduites parentales. Ils orientent la recherche vers les caractéristiques manifestes des parents, de l'enfant et de l'environnement.

Selon le modèle de Belsky (1984), l'histoire du développement des parents influencerait la sensibilité et l'engagement de ceux-ci envers leur enfant. Ces deux éléments seraient à la base des conduites parentales compétentes. Les antécédents relationnels pourraient faciliter ou entraver la sensibilité parentale en modulant à priori, le contexte dans lequel la relation parent-enfant évolue. Ces assises théoriques sont congruentes avec les principes de l'intégralité et de l'hélicie exprimés dans le modèle conceptuel de l'Être humain unitaire (Rogers, 1970; 1990). Selon ces principes, le contexte relationnel parent-enfant est perçu sur le continuum des expériences du parent au lieu d'être interprété comme un changement radical lors de la venue de l'enfant. L'étude du lien entre les antécédents relationnels des parents et leur sensibilité est pertinente pour la discipline infirmière. Elle se rapporte à la mutualité des échanges entre la personne et l'environnement ainsi qu'à la diversité croissante des modèles interactionnels de la relation parent-enfant.

Dans le cadre de sa mission professionnelle en promotion de la santé et du bien-

être, l'infirmière occupe une place unique pour maximiser le potentiel de développement des parents et de leur enfant. Elle est présente auprès des parents avant, pendant et après la naissance aussi bien qu'à différents moments de la vie de l'enfant. L'infirmière participe aux changements constants du processus de la vie en favorisant l'acquisition d'attitudes et de comportements visant le meilleur développement des jeunes familles. Pour réaliser cette mission, l'infirmière utilise les connaissances scientifiques au profit du mieux-être des personnes (Lévesque-Barbès, 1996). Une meilleure compréhension des déterminants des conduites parentales permet à l'infirmière d'innover dans le service qu'elle rend aux parents et lui permet d'aider les familles à être en meilleure santé.

Cette étude se propose donc d'explorer le lien entre les antécédents relationnels des parents et leur sensibilité envers leur enfant âgé de 18 mois. Le travail présente successivement la problématique de l'étude, la recension des écrits, la méthode de recherche, les résultats d'analyses statistiques et la discussion.

Chapitre I: Problématique

Problématique

L'être humain est un être ouvert sur le monde. Il s'actualise en étant continuellement en contact avec son environnement (Rogers, 1970). Grâce à ses échanges mutuels avec son environnement, cet être peut faire de son devenir une symphonie grandiose ou un triste mélange de sons discordants (Rogers, 1970). Cependant, cette distinction entre le bien-être et le mal-être est arbitraire et culturelle. La santé devient alors une participation consciente dans les processus de la vie par les choix et l'exécution de comportements qui mènent à l'épanouissement maximal du potentiel de la personne (Madrid, Winstead-Fry, 1986). Or, ces choix auraient tendance à mener les processus de la vie en direction de champs d'énergie caractérisés par une diversité croissante. Afin de mieux saisir l'unicité des modèles de conduites parentales² et leur diversité, considérons les deux situations cliniques présentées ci-dessous.

Raymond, âgé de onze mois, est le troisième garçon d'une famille reconstituée. Malgré sa courte vie, Raymond a déjà vécu trois hospitalisations à la suite de troubles respiratoires. Il est maintenant hospitalisé depuis neuf jours à la suite d'un déficit nutritionnel important par manque d'apport alimentaire. Depuis le début du présent séjour, la mère de Raymond est venue le visiter à trois reprises. À chaque fois, elle est accompagnée de ses deux autres fils. Durant les visites, son temps est principalement occupé à faire de la discipline auprès de ses deux fils aînés âgés de quatre et sept ans. Elle ne s'engage pas dans les soins de base, parle peu à Raymond et n'initie pas

² Dans le texte, le terme conduites parentales représente la traduction libre du terme *parenting* issu du modèle de Belsky (1984).

d'activité de jeu avec lui. Le père de Raymond, présent au moment de l'admission à l'unité de soins, n'est pas revenu visiter son fils. Raymond est un enfant calme et peu bruyant. Il regarde le monde à travers de grands yeux gris. Lorsqu'un étranger lui adresse un regard, son visage s'illumine d'un immense sourire. Il est possible de s'interroger sur les facteurs à l'origine des comportements des parents qui semblent peu en lien avec les besoins de l'enfant.

Joanie, quatre ans, une autre enfant de l'unité d'hospitalisation bénéficie de la présence constante de son père ou de sa mère. Ils posent beaucoup de questions sur les séquelles possibles de l'accident d'auto dont leur fille a été victime. Ils donnent le bain, organisent des activités de jeu pour contrer son ennui et participent avec les professionnels de la santé aux soins de leur enfant. Lorsqu'on demande à Joanie son âge, un peu timide au premier abord, elle montre fièrement ses quatre doigts. Elle explique aussi que bientôt son pouce fera partie de son âge car elle aura cinq ans. Les parents sont présents et sensibles aux besoins de leur fille. Dans cette situation, la sensibilité de la mère et du père de Joanie s'illustre à travers leurs conduites parentales. Ils permettent à l'enfant de maximiser son potentiel de développement à travers les expériences vécues.

Dans ces deux exemples, les variations dans les conduites parentales démontrent le caractère unique de l'intensité de la sensibilité parentale selon la mutualité des échanges entre le parent et son environnement. En effet, certains parents négligés, abusés ou soumis à un contrôle intrusif lorsqu'ils étaient enfants ne peuvent assurer leur propre sécurité psychologique. Ils apparaissent lourdement préoccupés par leurs

difficultés, peu engagés ou ignorants des besoins de l'enfant. Ils placent ainsi leur enfant dans une relation à risque d'abus ou de négligence (Crittenden, 1988). Ils peuvent compromettre son développement ainsi que sa santé physique et psychologique (Parker, 1993). D'autres parents, ayant développé durant l'enfance leur sécurité émotionnelle et relationnelle adoptent envers leur enfant des conduites prodéveloppementales sur les plans physique, cognitif, affectif et social (Gareau et Bouchard, 1990). Leur compétence en tant que parent se traduit par une attitude aimante, une présence physique et émotionnelle ainsi que par les gestes éducatifs qu'ils posent envers leur enfant (Conseil de la famille, 1990; Miller, Kramer, Warner, Wichramaratne, Weissman, 1997).

L'observation de ces variations de la sensibilité parentale suscite plusieurs questions: pourquoi certains parents s'engagent-ils à répondre aux besoins physiques et psychologiques de leur enfant alors que d'autres s'impliquent peu dans cette démarche? Pourquoi certains parents sont-ils sensibles et présents à leur enfant alors que d'autres sont presque absents? Comment cette sensibilité est-elle acquise? Est-elle acquise de la même façon par les mères et les pères?

Plusieurs auteurs souscrivent à l'évidence d'une multitude de facteurs individuels et environnementaux à l'origine des variations dans l'exercice des conduites parentales des mères et des pères (Abidin, 1992; Belsky, 1984, 1990; Gable, Belsky et Crnic, 1992; Léonard et Paul, 1996; Mercer et Ferketich, 1990; 1994; 1995; Rustia et Abbott, 1990; Simons, Beaman, Conger, Chao, 1993). Toutefois, les facteurs à l'origine de ces comportements ne sont pas clairement établis et ne font pas l'unanimité (Miller et coll., 1997). Parallèlement à ces études sur les facteurs à l'origine des conduites

parentales, les études portant sur les facteurs de risque à l'origine des maladies psychopathologiques durant l'enfance et l'âge adulte démontrent une certaine constance. Les facteurs historiques et sociaux tels que des difficultés relationnelles avec ses parents durant l'enfance, de l'insatisfaction dans la relation conjugale, un statut socio-économiquement défavorisé, le tempérament du parent et de l'enfant seraient les principaux facteurs de risque de perturbation des relations parent-enfant (van Ijzendoorn, 1992). Les processus par lesquels les mères et les pères utilisent leur potentiel et démontrent de la sensibilité dans leur expérience de parent demandent à être explorés davantage (Abidin, 1992). Par ailleurs, le modèle de Belsky (1984) sur les déterminants des conduites parentales est utilisé par de nombreux chercheurs (Belsky, Youngblade, Pensky, 1989; Fox, 1989; Legrand, 1999; Mercer et Ferketich, 1990; Volling et Belsky, 1991) tant en soins infirmiers qu'en psychologie. Il permet d'établir ou expliquer les liens théoriques entre les facteurs susceptibles d'être déterminants sur les conduites parentales autant pour les mères que pour les pères. Ce modèle représente donc un appui théorique reconnu utile à l'exploration des facteurs qui influencent les conduites parentales.

Selon Belsky (1984), les caractéristiques intrapersonnelles et psychologiques des parents seraient les plus déterminantes en regard des conduites parentales. Elles influencent non seulement les interactions entre le parent et l'enfant mais elles modulent tout le contexte dans lequel la relation parent-enfant évolue. Des parents attentifs, chaleureux, stimulants et non restrictifs favoriseraient le développement de la compétence cognitive et émotionnelle chez l'enfant. À l'âge adulte, il pourra à son tour

utiliser ces compétences auprès de ses propres enfants. Selon le modèle théorique de Belsky (1984) les antécédents relationnels des parents auraient une influence fondamentale sur la compétence parentale.

Selon Belsky, Robin et Gamble (1984), la sensibilité et l'engagement³ des parents sont les deux éléments essentiels au développement de conduites parentales compétentes. Pour que les parents puissent être sensibles aux besoins spécifiques de leur enfant, ils doivent s'engager auprès de celui-ci tant sur les plans physique que psychologique. Une recension des écrits réalisée par Cronenwett (1982) permet de saisir toutes les dimensions propres au concept de l'engagement parental telles que proposées par les différents auteurs. L'engagement se traduit par la participation des parents dans les activités de soins directs (baigner l'enfant, le faire manger, l'habiller) et indirects (laver les couches, aller chez le médecin, participer à la vie scolaire), dans les activités de jeu, la prise de décisions concernant l'enfant. L'engagement se manifeste aussi par le fait de l'aimer et de lui prodiguer de l'affection aussi bien que de passer du temps avec lui et en avoir la responsabilité (Cronenwett, 1982). Dans plusieurs études, l'engagement parental est représenté en terme de temps passé avec l'enfant. L'évaluation porte dans ce cas sur des critères de quantité et de durée (Fox, 1989). Certains chercheurs ont démontré que l'engagement parental a des répercussions sur le développement physique, intellectuel et social de l'enfant et de l'adolescent (Barnard, 1990; Pleck, 1997; Snarey, 1993). Ces précisions sur l'engagement parental

³Dans le texte, le terme engagement parental représente la traduction libre du terme "*parental involvement*".

apparaissent importantes afin de saisir les différences entre l'engagement et la sensibilité parentale, concept de la présente étude.

Selon Belsky (1984), la sensibilité parentale favorise l'harmonie dans les relations parent-enfant. La sensibilité du parent permet à l'enfant de trouver la sécurité émotionnelle à la base de ses comportements d'indépendance et de l'acquisition de ses compétences sociales et intellectuelles. La sensibilité parentale est surtout étudiée à partir de la relation mère-enfant. Cette tendance peut s'expliquer par l'état des connaissances sur les défis du développement durant la première année de vie du nourrisson, sur ses besoins biologiques et sur les fonctions développementales du système d'attachement. En effet, la relation mère-enfant est considérée comme la relation fondamentale à l'origine de l'équilibre émotionnel de l'enfant (Bowlby, 1973; 1979; 1982). La sensibilité maternelle se définit comme l'habileté d'être attentive aux signaux de l'enfant, à les percevoir et à y répondre de façon appropriée et dans un court délai (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978; Carlson et Sroufe, 1995). Les travaux d'Ainsworth (1978) ont mis en évidence le lien entre la sensibilité maternelle et une relation d'attachement sécurisante pour l'enfant. Selon ces auteurs, une réponse prompte et sensible de la mère lorsque l'enfant émet un signal de détresse permet à ce dernier de développer un sentiment de confiance en la réponse maternelle et en sa propre capacité de contrôler son environnement. Une plus grande sensibilité maternelle est associée à une probabilité plus élevée que le jeune enfant soit capable d'utiliser sa mère comme une figure sécurisante pour l'exploration nécessaire à son développement (Bretherton, 1992).

Farran, Kasari, Confort et Jay (1986) définissent l'engagement parental à partir des modèles interactionnels entre la figure parentale et l'enfant. Selon ces auteurs, la quantité, la qualité et le caractère approprié de comportements spécifiques aux conduites parentales (présence verbale et physique, réactivité, enseignement, contrôle, directives, renforcement, expressions négatives, attentes) permettent d'évaluer l'engagement parental. La quantité représente un concept neutre et évoque le nombre des interactions sans égard à leur qualité ni à leur caractère approprié. La qualité est reliée à la chaleur et à l'acceptation démontrées dans les modèles interactionnels tandis que le caractère approprié réfère à la pertinence des interactions favorisant le développement de l'enfant. Cette définition englobe les deux éléments constitutifs de la compétence parentale telle que proposée par Belsky et coll. (1984). En effet, la quantité de chacun des modèles interactionnels évoque les propriétés de l'engagement alors que la qualité et le caractère approprié de ces modèles réfèrent à la sensibilité du parent. Dans leur étude portant sur le lien entre l'attachement, la sensibilité maternelle et le tempérament de l'enfant durant la première année de vie de l'enfant, Seifer, Schiller, Samaroff, Rensnick et Riordan (1996) définissent la sensibilité maternelle à partir de la qualité et du caractère approprié des comportements de la mère tels que proposés par Farran et coll. (1986). Dans la présente étude, la sensibilité des mères et des pères sera donc définie à partir de la qualité et du caractère approprié des 11 comportements spécifiques décrit par Farran et coll. (1986).

Selon Tronick, Cohen et Shea (1986), la sensibilité maternelle est affectée par des facteurs historiques et sociaux tels que sa relation avec ses propres parents, la

qualité de sa relation avec son conjoint ou d'autres personnes significatives, les facteurs de stress de nature économique ou liés à son travail ainsi qu'à des préoccupations quotidiennes. Lorsque l'environnement est perçu positivement par la mère (antécédents relationnels positifs avec ses parents, relation conjugale satisfaisante, stress quotidien maîtrisé), la sensibilité de la mère peut être plus grande. Lorsque le contexte environnemental est perçu négativement par la mère (relations perturbées avec ses propres parents, soucis financiers, stress au travail), sa relation avec l'enfant peut être perturbée et moins sensible. Ainsi, la sensibilité maternelle peut refléter non seulement le contexte présent dans lequel la relation parent-enfant évolue mais également refléter l'effet des antécédents relationnels de la mère avec ses propres parents (Tronick et coll., 1986).

Certaines études démontrent un lien entre la sensibilité maternelle et le type d'attachement de l'enfant ou son développement (Ainsworth, et coll., 1978; Blasco Hrcir et Blasco, 1990; Seifer, Schiller, Sameroff, Rensick et Riordan, 1996; Wilfong, Saylor et Elksin, 1991). Par contre, les études portant sur le lien entre les antécédents relationnels et la sensibilité parentale sont très rares. Certains auteurs tentent d'expliquer les facteurs à l'origine des variations de la sensibilité des mères notamment en fonction de ses antécédents relationnels (Belsky, 1984; Belsky, Youngblade et Pensky, 1992; Main et Goldwin, 1994; Zeanah, 1996). Toutefois, dans ces écrits, la sensibilité maternelle est appréciée à partir d'une variété de situations d'évaluation et d'instruments plus ou moins équivalents. Une méta-analyse de van Ijzendoorn (1995) met en lumière ces différences méthodologiques qu'il explique par un manque de

précision théorique quant à la définition même du concept de sensibilité maternelle. D'autre part, à notre connaissance il n'existe pas d'étude portant sur le lien entre les antécédents relationnels et la sensibilité des pères. Selon les observations cliniques de Belsky (1984) et les résultats de certaines études portant sur l'abus et la négligence faits aux enfants, les pères qui sont chaleureux, engagés et non restrictifs à l'égard de leur fils auraient tendance à transmettre à leur enfant ces modèles interactionnels. À l'opposé, les pères abusifs, négligents ou qui maltraitent leur enfant ont pour la plupart été eux-mêmes soumis à ces modèles relationnels durant leur enfance (Simons, Whitbeck, Melby et Wu, 1991).

Donc, sur le plan théorique et clinique, tout au moins, la sensibilité parentale serait influencée par les antécédents relationnels des parents (Belsky, 1984). Afin de mieux saisir comment ces concepts sont reliés, il est utile de référer à différents auteurs qui décrivent comment les expériences relationnelles parent-enfant influencent le développement de la personne. Il est possible de percevoir sous des angles différents les éléments qui contribuent au développement cognitif et relationnel de la personne. Premièrement l'histoire relationnelle constituée des événements survenus durant l'enfance comme par exemple la présence ou l'absence du parent à la suite du décès ou d'une séparation prolongée, l'occurrence de soins chaleureux répondant aux besoins de l'enfant ou bien la négligence ou l'abus physique et psychologique vécus par l'enfant comme une intrusion et une menace à son intégrité (Tronick et coll., 1986). Deuxièmement, les processus défensifs inconscients issus d'une relation parent-enfant ne permettant pas l'intégration cohérente des expériences relationnelles (Main et

Golwin, 1994). Troisièmement, les processus conscients qui réfèrent aux souvenirs qu'a la personne de ses relations avec ses propres parents. Ces mêmes souvenirs étant filtrés par les processus défensifs inconscients qui permettent à la personne d'intégrer ses expériences antérieures, de les éviter pour se protéger ou de les idéaliser selon que la personne ait besoin ou non de s'en défendre (Parker, Barrett et Hickie, 1992). Les conduites parentales seraient donc influencées la personnalité du parent, par ses antécédents relationnels et le contexte familial.

En effet, les travaux cliniques de Fraiberg (1989) permettent d'observer que les parents recréent avec leur enfant les expériences relationnelles précoces qu'ils ont vécues avec leurs propres parents. Dès 1958, Bowlby présente les premières assises de sa théorie en désignant sous le terme "attachement" le lien particulier qui unit le nouveau-né à sa mère, et par la suite aux autres personnes de son entourage. Il introduit la notion des modèles cognitifs internes pour tenter d'expliquer le lien entre la qualité de l'attachement à la figure parentale et les habiletés relationnelles durant l'enfance et l'âge adulte. Les modèles cognitifs internes sont les processus défensifs inconscients qui seraient à la base du développement émotif et cognitif de la personne (Carlson et Sroufe, 1995). Ces modèles cognitifs internes influencent les habiletés relationnelles et cognitives de la personne (Bowlby, 1969/1982; Bretherton, 1987; 1990; Main, Kaplan et Cassidy, 1985; Main et Goldwin, 1994). Leur action persistante expliquerait comment les habiletés relationnelles pourraient être transmises d'une génération à l'autre (Bowlby, 1978, Ainsworth, 1978; Main et Goldwin, 1994). Ainsi les parents qui ont des antécédents relationnels s'illustrant par des soins chaleureux et l'encouragement à l'autonomie seraient plus sensibles et engagés auprès de leur enfant. D'autre part,

plusieurs études confirment que le souvenir d'une relation parent-enfant contrôlante et intrusive influence les habiletés relationnelles à l'âge adulte tant au niveau de la relation conjugale qu'en ce qui concerne les liens avec les membres de la famille immédiate et éloignée, les personnes composant le réseau social et les collègues de travail (Birtchnell, 1993; Miller et coll., 1997; Parker, Barrett et Hickie, 1992; Parker, 1989; 1993; Ross et Spinner, 1997). Ces différentes études vont dans le même sens que les affirmations de Tronick et coll. (1986) selon lesquelles la sensibilité maternelle serait influencée positivement par une histoire relationnelle positive avec ses propres parents alors qu'une histoire conflictuelle influencerait négativement la sensibilité des mères. Puisque l'état des connaissances actuelles ne permet pas d'affirmer que la sensibilité des pères soit sous des influences différentes de celle des mères, ces hypothèses seront vérifiées dans la présente étude pour les pères et les mères.

Les études citées dans le présent travail permettent de situer le lien entre la sensibilité parentale et les antécédents relationnels selon des perspectives propres aux sciences sociales ou à la psychologie. Selon une perspective de soins infirmiers, ce lien s'explique à partir des principes de l'intégralité et de l'hélicie proposés dans le modèle de Rogers (1970; 1990). Dans ce modèle, il existe entre la personne et l'environnement, des échanges mutuels en fonction desquels la personne et l'environnement changent continuellement. Lors de ces échanges avec son environnement, la personne maximise son potentiel de santé et de bien-être par l'intégration d'un "savoir" des processus de la vie. Ainsi, les antécédents relationnels représentent le savoir intégré dans relations parent-enfant. Le potentiel de sensibilité parentale qui en résulte varie en intensité selon

les échanges entre le parent, l'enfant et l'environnement dans lequel ils se trouvent. La diversité croissante des modèles découle du principe de l'hélicie (Rogers, 1990). Une "connaissance" positive des relations parent-enfant aurait tendance à se changer en une expérience de plus en plus positive. Le parent est de plus en plus sensible aux besoins de son enfant et conséquemment de plus en plus capable d'y répondre. D'autre part, une relation parent-enfant contrôlante et intrusive favoriserait l'intégration d'un tel modèle relationnel qui rendrait le parent moins sensible au besoin de son enfant. Selon Rogers (1970), tous les être humains seraient soumis aux mêmes principes qui se traduisent selon des modèles uniques et différents selon la culture ou le milieu social. Ces modèles possèdent cependant un certain potentiel prédictif. À la lumière du modèle de Rogers, il est donc permis de poser l'hypothèse qu'il existe un lien entre les antécédents relationnels et la sensibilité parentale, que ce lien est soumis au principe de la diversité croissante et que le potentiel prédictif de ce lien soit semblable pour les mères et les pères.

Le rôle de l'infirmière est de contribuer à renforcer ou à modifier de façon consciente les modèles inhérents aux processus de la vie afin de maximiser le potentiel de santé et de bien-être des personnes (Rogers, 1990). Ainsi lorsque les antécédents relationnels sont positifs, l'infirmière reconnaît avec les parents ces modèles intégrés de santé et de bien-être. Elle peut ainsi leur faire prendre conscience de ces ressources internes et favoriser leur confiance dans l'exercice de leur rôle de parent. Avec les parents qui ont des antécédents relationnels négatifs, l'infirmière peut intervenir de façon à ce qu'ils identifient l'influence de leur histoire sur leur potentiel d'être parent.

Elle peut leur permettre de reformuler ces modèles dans un processus délibéré afin de promouvoir l'harmonie dans leur relation parent-enfant. Afin de permettre à l'infirmière d'actualiser ce rôle auprès des parents et de poser des interventions basées sur des données scientifiques, il est nécessaire pour la discipline infirmière de se questionner sur les facteurs à l'origine des conduites parentales et des éléments pouvant expliquer les variations de la sensibilité parentale.

But de l'étude.

Le but de la présente étude est d'explorer le lien entre les antécédents relationnels et la sensibilité des pères et des mères d'enfants âgés de 18 mois. Cette étude permettra de vérifier une des propositions du modèle théorique de Belsky (1984) "*The determinants of parenting: A process model*" et de démontrer la diversité croissante des échanges entre la personne et l'environnement tel que proposé dans le modèle conceptuel de l'Être humain unitaire (Rogers, 1990).

Hypothèses de recherche

1. Des antécédents relationnels s'illustrant par le souvenir de soins chaleureux de la part de leurs propres parents sont associés à une sensibilité parentale élevée chez les mères et les pères.
2. Des antécédents relationnels s'illustrant par le souvenir de l'encouragement à l'autonomie de la part de leurs propres parents sont associés à une sensibilité parentale élevée chez les mères et les pères.

3. Des antécédents relationnels s'illustrant par le souvenir d'un contrôle intrusif de la part de leurs propres parents sont associés à une sensibilité parentale peu élevée chez les mères et les pères.

Chapitre II: Recension des écrits

Recension des écrits

La recension des écrits permettra de mieux comprendre les différents concepts inhérents à cette étude. Le modèle de l'Être humain unitaire proposé par Rogers (1970; 1990) englobe du point de vue philosophique cette étude et sert à justifier son caractère approprié pour le domaine infirmier. Le modèle de Belsky (1984) permet de situer les liens entre les variables à l'étude et de les opérationnaliser sous forme d'indicateurs empiriques. Une rétrospective de diverses études permettra de définir les antécédents relationnels et la sensibilité parentale et de faire ressortir les liens entre ces deux variables.

Le modèle conceptuel de l'Être humain unitaire

La présente étude s'appuie sur le modèle conceptuel en sciences infirmières de l'Être humain unitaire (Rogers, 1970). Le choix de ce modèle conceptuel est justifié parce qu'il permet de conceptualiser la personne dans la globalité de son expérience sur le continuum espace-temps. Ce volet de la présente étude précise les postulats, les thèmes et les principes du modèle conceptuel de l'Être humain unitaire (Rogers, 1970;1990) ainsi que la nature de la pratique des soins infirmiers selon ce modèle. Enfin, la congruence de la méthode de recherche quantitative avec le modèle de Rogers est succinctement décrite. L'appellation "modèle conceptuel" est choisie parce que Rogers présente une conception complète et explicite des postulats, valeurs et éléments qui guident la pratique, la formation et la recherche en sciences infirmières. Rogers établit ainsi les liens entre les orientations et les concepts centraux de la discipline infirmière qui sont la personne, l'environnement, la santé et le soin (Newman, Sime,

Corcoran-Perry, 1991). Selon Rogers (1970), un modèle conceptuel est une abstraction. Un tel modèle ne représente pas le monde réel mais constitue une représentation de la réalité. Le modèle de l'Être humain unitaire décrit le processus de la vie des personnes selon une perspective infirmière. C'est un construit de l'imagination permettant de percevoir ce processus et qui sert à organiser la pensée à propos de ce phénomène.

Les postulats, les thèmes et les principes. Les principales idées qui ont guidé Rogers dans l'élaboration de son modèle conceptuel sont: la représentation de la personne comme un champ d'énergie irréductible et ouvert; l'existence d'une mutualité des échanges entre la personne et l'environnement; l'évolution continue de la personne vers de nouvelles dimensions à travers des modèles (*patterns*) changeants et variés; la représentation de la santé, du bien-être ainsi que la maladie comme des manifestations de ces modèles.

La conception infirmière de Rogers émerge de connaissances puisées dans plusieurs disciplines dont l'astronomie, la biologie, l'histoire, la philosophie, la physique, la psychologie et la sociologie. Cette conception possède une ontologie basée sur la théorie de la relativité, la théorie générale des systèmes et sur l'organisation des champs électrodynamiques (Marriner-Tomey, 1989). Les concepts, les postulats et les principes du modèle conceptuel de l'Être humain unitaire découlent de ces théories. Les postulats sont au nombre de cinq et sont énoncés comme suit :

1. La personne est un tout unifié qui possède sa propre intégrité et qui manifeste des caractéristiques qui sont plus grandes et différentes de la somme de ses parties.

2. La personne et l'environnement sont des systèmes ouverts qui sont en interaction constante et simultanée.
3. La personne évolue à travers le processus de la vie de façon irréversible et unidirectionnelle sur le continuum espace-temps.
4. La personne est identifiée à travers les modèles et l'organisation qui reflète sa globalité novatrice.
5. La personne est caractérisée par sa capacité d'abstraction et d'imagerie, de parole et de pensée, de sensation et d'émotion.

Rogers met en relation les concepts de ces postulats à l'intérieur de trois principes: l'intégralité, l'hélicie et la résonance (Rogers, 1990). Les principes énoncés dans son modèle représentent des généralisations hypothétiques et théoriques. Ils précisent la nature et la direction des changements des champs énergétiques de la personne et de l'environnement tout au long du processus de la vie. Ces principes sont des représentations abstraites d'un monde réel et demandent à être étudiés afin de vérifier leur exactitude. Les trois principes du modèle de l'Être humain unitaire sont issus des lois régissant l'organisation des champs hémodynamiques et sont énoncés comme suit:

1. Le principe d'**intégralité** représente la mutualité des échanges entre la personne et l'environnement et prédit que les changements séquentiels du processus de la vie sont continus, potentiellement récurrents en fonction des interactions entre la personne et l'environnement.
2. Le principe de l'**hélicie** stipule que le processus de la vie évolue de façon

unidirectionnelle selon des séquences circulaires. Les champs d'énergie tendent vers une diversité croissante tout en exprimant des modèles probabilistes et créatifs. Les concepts de rythmicité, de négentropie, et de l'unicité des interactions personne-environnement sont mis en lien à l'intérieur de ce principe. Bien qu'il existe des similitudes entre les cycles, le processus de la vie évolue constamment de façon novatrice.

3. Le principe de **résonance** propose d'illustrer par une onde les changements dans l'organisation des champs énergétiques de la personne et de l'environnement. Les champs d'énergie sont continuellement en changement passant des modèles de basse fréquence aux modèles de fréquence plus élevée. Les champs énergétiques de la personne et de l'environnement changent selon les propriétés de la résonance et cette même résonance illustre le changement de la modulation spécifique des champs énergétiques de la personne et de l'environnement. Le développement de la personne est un exemple de ce principe. L'être humain change, évolue tout en conservant sa propre identité.

La personne et l'environnement. Rogers n'adhère pas à une conception de la personne qui se traduit à travers les différentes dimensions habituellement reconnues telles le corps et l'esprit ou les aspects biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels. Rogers (1970; 1983; 1990) présente la personne comme un être humain unitaire dont le tout est plus grand et différent de la somme de ses parties. La personne ne peut être considérée qu'à travers les aspects qui la composent; diviser la personne en des composantes exclusives apparaît réducteur. Afin de faciliter la compréhension de cette

notion, Rogers conceptualise sa vision de la personne comme un champ d'énergie. La personne ne possède pas de l'énergie, elle est énergie. Cette abstraction fournit les frontières conceptuelles permettant de reconnaître le caractère global, irréductible et unique de l'être humain. Ce champ d'énergie dont les frontières sont perméables ne peut être divisé ou réduit. Il se manifeste par des modèles différents de celui des autres personnes. L'environnement, ce qui est extérieur à la personne, peut aussi être conceptualisé comme un champ d'énergie. La personne et l'environnement représentent donc des champs d'énergie, des systèmes ouverts qui sont en relation constante et simultanée.

Selon Rogers (1970), la personne est un tout organisé selon des caractéristiques qui lui sont propres. Elle est complexe et en perpétuel changement tout comme l'environnement dans lequel elle évolue. Afin de mieux saisir la complexité de la personne qui évolue à travers le processus de la vie, Rogers suggère de la percevoir à travers l'illustration d'un champ d'énergie dynamique qui change continuellement selon des modèles organisés. Ces modèles organisés sont des phénomènes observables chez les êtres humains. Ils permettent de constater la façon dont se comportent les champs énergétiques dans le présent et d'établir des projections pour le futur.

Tout au long du processus de la vie, les champs d'énergie changent continuellement selon des modèles de plus en plus diversifiés. Bien que les frontières des champs énergétiques de la personne et de l'environnement soient perméables et que des échanges constants se produisent sous forme d'intrants et d'extrants, les champs énergétiques sont organisés et conservent leur identité. Le champ énergétique de la

personne module sa fréquence selon les changements provoqués par l'environnement. Cette propriété du champ énergétique permet de déterminer ou de prédire des résultats futurs à la suite d'événements en comprenant l'état des champs énergétiques de la personne et de l'environnement dans certaines situations. Même si les changements des champs énergétiques de la personne produisent des modèles diversifiés, il est possible de tenir compte des expériences passées afin de prédire la direction des modèles lors des expériences futures du processus de la vie. Les expériences passées sont intégrées à l'intérieur des séries de changements antérieurs ayant influencé les champs énergétiques de la personne et de l'environnement. Ceci permet de penser que certains modèles peuvent être similaires selon les déterminants spécifiques de l'état du champ d'énergie de la personne et de celui de l'environnement à un moment donné du processus de la vie (Rogers, 1970).

L'évolution de la personne à travers le processus de la vie se fait et de façon unidirectionnelle selon une certaine rythmicité. Rogers illustre ce phénomène en précisant que les champs énergétiques de la personne et de l'environnement tendent vers une plus grande diversité et évoluent de façon constante sur le continuum espace-temps. Elle nomme ce phénomène la négentropie (*negentropy*) par opposition au phénomène d'entropie qui permet de constater la dégradation de l'énergie d'un système. La négentropie implique la perception des processus de la vie à travers les modèles novateurs signifiant qu'une même situation ne peut être vécue de la même façon par une personne car elle porte en elle les changements survenus lors d'expériences antérieures. Les modèles évolutifs du champ d'énergie de la personne possèdent toutefois un

potentiel prédictif. Des similitudes peuvent être identifiées et des probabilités peuvent être énoncées. Ceci représente la rythmicité des modèles du changement de la personne et de l'environnement.

La santé. La santé est définie à partir de la perspective unique de chaque personne ou de chaque culture (Rogers 1970; 1983). Dans le modèle de l'Être humain unitaire, la valeur accordée à la santé est définie par les personnes ou la société et varie d'une personne et d'une société à l'autre (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette et Major, 1994). La santé fait référence au bien-être, à la réalisation de soi, à l'actualisation maximale du potentiel des personnes. La santé dépasse la dimension corporelle et rejoint l'être humain dans sa globalité (Barrett, 1990; Phillips, 1990). La santé fait partie du processus de la vie et résulte de la mutualité des échanges entre la personne et l'environnement (Rogers, 1970; 1983; 1990; Huch, 1991). Santé et maladie, "mal-être" et bien-être représentent des notions dichotomiques en raison des valeurs que la société leur accorde. Selon Rogers (1970), ce sont des expressions du processus de la vie qui se manifestent par un état de santé maximal ou une condition incompatible avec le maintien du processus de la vie. Toutes les réalités survenant sur l'axe du processus de la vie font partie de ce processus et sont régies par les mêmes propriétés ou par les mêmes principes. Ainsi le processus de la vie et tout événement survenant sur l'axe du processus de la vie représente un domaine d'intérêt pour les sciences infirmières (Rogers, 1970).

Le soin. Selon Rogers (1970), le soin infirmier est une science et un art. La science représente un savoir abstrait issu de la recherche en sciences infirmières. Ce savoir

origine de la description, de l'exploration et des principes scientifiques qui sont indispensables à la pratique du soin infirmier. La pratique s'illustre par l'art du soin et l'utilisation du savoir abstrait issu de la recherche afin de le mettre au service de la personne. La mission sociale pour laquelle le soin infirmier existe trouve toute sa dimension dans la coexistence de la théorie et de la pratique. La pratique professionnelle est créative et imaginative. Le savoir scientifique, le jugement intellectuel et la compassion humaine sont ses racines. Le soin infirmier existe pour desservir la population.

Barrett (1988) définit le soin à partir de la conception de Rogers comme l'action de reconnaître avec la personne les modèles comportementaux qui sont reliés à des situations de santé ou qui compromettent le maintien du processus de la vie. Le soin vise à maintenir ou à changer ces modèles par un processus conscient et réfléchi. Ce processus mutuel entre la personne et l'infirmière vise à promouvoir l'actualisation du potentiel de santé et de bien-être tout au cours de la vie et définit le but du soin (Barrett, 1990). Le soin cherche donc à reconnaître les différences individuelles et à accompagner la personne dans le développement de modèles de vie concordant avec les changements environnementaux plutôt qu'en s'y confrontant.

Le modèle de L'Être humain unitaire et la recherche en sciences infirmières. Le modèle rogerien incite à recourir à des devis méthodologiques qualitatifs en raison du caractère unique de l'expérience de chaque personne (Carboni, 1995). Toutefois, Rawnsley (1994) spécifie que tant qu'il n'y aura pas de méthodologie qui reflète complètement les fondements épistémologiques du modèle de l'Être humain unitaire, les efforts de valider

des hypothèses de façon empirique à l'aide de devis quantitatifs devront être maintenus et respectés. La perspective du modèle unitaire ou du "tout à la fois" n'est pas congruente avec le principe de causalité linéaire. Toutefois, il est possible de prédire les changements résultant des échanges entre la personne et l'environnement à partir des liens observés de façon empirique.

Rogers (1992) justifie l'utilité des méthodes de recherche quantitatives pour le développement des connaissances dans le contexte du modèle conceptuel de l'Être humain unitaire. "La personne vit dans un monde de probabilité et est elle-même soumise aux lois des probabilités" (Rogers, 1970, traduction libre, p. 57). Bien que tout savoir soit relatif, Rogers reconnaît l'utilité des outils de mesure afin d'établir la probabilité de l'occurrence de certains événements tout au long du processus de la vie. Les probabilités statistiques fournissent une base à l'intervention pratique. La prédiction selon des opérations statistiques représente donc une nécessité fondamentale pour appuyer les interventions de soins infirmiers sur un savoir scientifique.

Cowling (1986) note que le modèle de l'Être humain unitaire est congruent avec des études ayant un devis descriptif et corrélationnel à condition que les phénomènes étudiés concernent la personne et son environnement. Ces études permettent d'identifier les modèles entre la personne et l'environnement et d'en prédire le changement et l'évolution (Fawcett, 1994). La perspective du modèle de l'Être humain unitaire apparaît donc appropriée pour la présente étude ayant un devis quantitatif.

Le modèle de l'Être humain unitaire et les variables à l'étude. Selon le modèle conceptuel de Rogers (1970), tous les événements qui surviennent au cours du

processus de la vie ont un intérêt pour le domaine infirmier. De la conception à la mort, l'être humain évolue à travers des stades de développement. Les attributs propres à chacun de ces stades sont hautement prédictifs même s'ils sont vécus différemment par chaque personne. Ainsi, le fait d'être parent fait partie du processus de la vie et possède un certain potentiel prédictif quant à l'influence des échanges entre le parent et l'environnement. Durant son enfance, le parent a intégré une certaine connaissance des modèles relationnels parent-enfant. La sensibilité parentale, une composante naturelle et instinctive de ces modèles relationnels, est donc connue à partir des échanges mutuels dans la relation parent-enfant. Cette connaissance est donc acquise selon le principe de l'intégralité qui permet l'actualisation d'un certain potentiel de sensibilité parentale.

Selon le principe de l'hélicie, ce potentiel de sensibilité parentale évolue de façon unidirectionnelle soit vers une diversité croissante. Ainsi, le parent qui a une perception positive des modèles relationnels avec ses propres parents tend à reproduire des modèles relationnels positifs avec son enfant. Ceci illustre la diversité croissante du changement dans une direction positive connue. Lorsque les modèles relationnels parent-enfant sont discordants ou perçus contrôlants et intrusifs, le parent tend à maintenir cette direction négative connue dans ses relations avec son propre enfant. Il est toutefois permis de penser que la direction connue peut être modifiée selon un processus conscient lorsque les échanges avec l'environnement encourage une réorientation dans le but d'un mieux être. Selon le modèle de Rogers, cette réorientation des modèles interactionnels peut être réalisée lorsque les échanges avec l'environnement (conjoint, réseau social ou professionnels de la santé) sont perçus

d'une manière cohérente et non-défensive.

Généralement, les parents ont fait partie de l'environnement immédiat de l'enfant depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte. Il est donc à propos de s'interroger sur l'influence de ces relations qui représentent une composante environnementale importante pour le développement de l'enfant. Le savoir intégré lors de ces échanges entre la personne et le parent pourrait influencer la sensibilité parentale dont l'intensité varie d'un parent à l'autre. L'intensité de la sensibilité parentale est sans cesse remodelée à partir des choix et des actions que posent les parents à l'égard de leur enfant. L'intensité de la sensibilité parentale peut être perçue comme favorisant la qualité des soins et l'autonomie de l'enfant ou comme ayant un caractère contrôlant et intrusif. De même, la reformulation des antécédents relationnels parent-enfant peut avoir les mêmes effets. Le modèle de l'Être humain unitaire permet donc de reconnaître des différences et les similitudes dans la transmission intergénérationnelle des modèles interactionnels parent-enfant.

Rogers précise que:

“La pratique professionnelle des infirmières aspire à promouvoir la symphonie entre la personne et son environnement, à renforcer la cohérence et l'intégrité de la personne, à diriger ou à rediriger la mutualité des modèles de la personne et de son environnement afin de maximiser son potentiel de santé et de bien-être des individus” (Rogers 1970, traduction libre p. 122).

Selon Rogers (1970), les sciences infirmières sont des sciences humaines. Leur intérêt se porte sur ce qui concerne la personne et les processus de vie dans lesquels elle évolue. Afin de maintenir et de promouvoir la santé et le bien-être de la société, l'infirmière doit donc être en mesure de maximiser le potentiel parental afin de favoriser

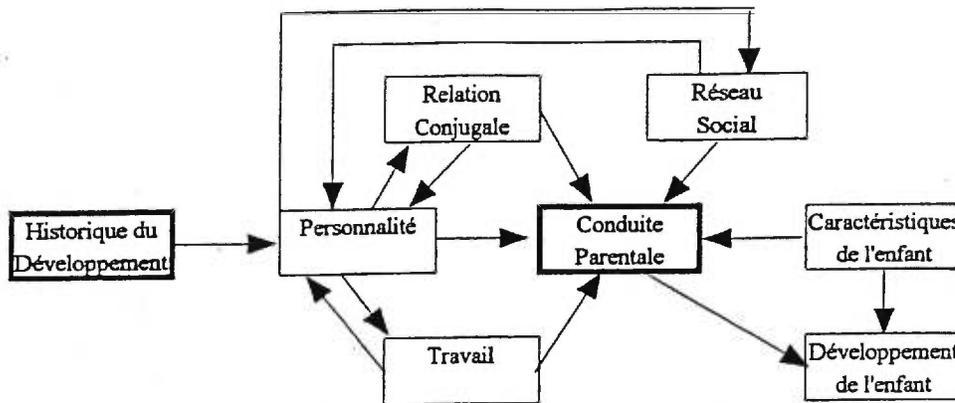
le développement des parents et des enfants. Il s'agit d'une intervention précoce de promotion de la santé. Pour être en mesure de réaliser ces objectifs, l'infirmière reconnaît la mutualité des échanges entre la personne et l'environnement ainsi que la diversité croissante du changement (Rogers, 1970). L'étude du lien entre les antécédents relationnels des mères et des pères et de la sensibilité parentale est pertinente pour les sciences infirmières puisqu'elle permet de démontrer les principes de l'intégralité et de l'hélicie propres au modèle de l'Être humain unitaire.

Le modèle de Belsky

Le modèle de Belsky (1984), "*The determinants of Parenting : A Process Model*" est présenté à la figure 1. Il permet d'établir les liens théoriques entre les concepts de la présente étude. Ce modèle décrit les déterminants qui sont à l'origine des différentes conduites parentales. Le modèle de Belsky se situe dans une perspective écologique et identifie les facteurs environnementaux qui influencent le développement et le comportement des parents et de l'enfant. Selon le point de vue de Belsky, le développement et les comportements humains sont des produits de l'interaction réciproque entre la personne en développement et son environnement qui est en perpétuel changement. Les membres de la famille, les interactions entre les personnes qui la composent ainsi que leur contexte de vie soit leur milieu de travail et leur réseau de soutien constituent l'environnement. Le fait d'être parent est perçu comme un processus de développement normal influencé par les interactions réciproques entre chacun des parents et l'enfant ainsi que par les interactions réciproques entre les deux parents dans leur environnement familial, social et de travail (Belsky, 1984). Cette

perspective rejoint le principe de l'intégralité du modèle de l'Être humain unitaire qui englobe du point de vue philosophique la présente étude.

Figure 1: Les déterminants des conduites parentales selon le modèle de Belsky



Traduction libre: The determinants of parenting: a process model, Belsky 1984.

Selon le modèle de Belsky (1984), les conduites parentales sont influencées par trois déterminants principaux: les caractéristiques du parent (l'histoire du développement et la personnalité), les caractéristiques de l'enfant (le tempérament, les attributs physiques, l'état de santé) et les caractéristiques de l'environnement (la relation conjugale, le réseau social, le milieu de travail). Chacun des déterminants exerce une influence sur les conduites parentales en représentant une source de soutien ou une source de stress. La source de stress que représente un déterminant est contre-balancée par la source de soutien obtenue d'un autre déterminant. Le potentiel de

compétence parentale est plus élevée lorsque les trois déterminants représentent une source de soutien. Les caractéristiques du parent et les facteurs environnementaux sont les déterminants qui auraient le plus d'influence sur le parentage. Si ces deux déterminants représentent des sources de soutien, le potentiel de compétence parentale demeure élevé même si les caractéristiques de l'enfant représentent une source de stress comme c'est le cas lorsque l'enfant présente une déficience. Ainsi, lorsque les caractéristiques de l'enfant représentent une source de stress, le potentiel de compétence parentale a tendance à demeurer élevé si les parents ont des ressources personnelles et environnementales qui les soutiennent. Toutefois, l'intensité du soutien nécessaire pour contrer le stress provenant d'un déterminant n'est pas précisée dans le modèle. Dans la présente étude, les antécédents relationnels font partie de l'histoire du développement du parent alors que la sensibilité est un élément associé aux conduites parentales.

Chacun des trois déterminants primaires peut favoriser ou entraver la sensibilité parentale. De plus, la sensibilité et l'engagement parental ont une influence mutuelle. Plus le parent est engagé auprès de son enfant, plus il devient sensible à ses besoins. Réciproquement, plus le parent est sensible au besoin de son enfant, plus il peut avoir le désir de passer du temps avec lui pour répondre à ses besoins. La sensibilité et l'engagement parental contribuent à renforcer les liens parent-enfant. Ils permettent la promotion de conduites pro-développementales autant pour le parent que pour l'enfant. C'est à partir de cette perspective que se situe le concept de la sensibilité parentale dans la présente étude. Toutefois, puisque ces concepts (la sensibilité et l'engagement) sont définis de façon plutôt vague dans le modèle de Belsky (1984) et qu'il ne propose pas

d'instrument de mesure spécifique à ces concepts, il est nécessaire de référer à d'autres auteurs.

Selon Belsky, Robin et Gamble, (1984), la sensibilité illustre la capacité des parents à répondre aux besoins de l'enfant et l'engagement parental représente le temps passé avec l'enfant pour lui donner des soins et jouer avec lui. Belsky, Robin et Gamble (1984) définissent la compétence parentale par un style éducatif qui rend l'enfant capable de se développer et d'acquérir les habilités nécessaires pour fonctionner dans son environnement tant durant l'enfance, l'adolescence que durant l'âge adulte.

La sensibilité représente la capacité du parent à identifier attentivement les besoins de l'enfant et d'y répondre de façon à maximiser son potentiel de développement, de lui témoigner de l'empathie et de l'éduquer (Belsky, 1984). Les compétences cognitives et le développement socio-émotionnel de l'enfant sont favorisés par un parent attentif, chaleureux, stimulant et non restrictif. La sensibilité du parent influence les tâches de développement de l'enfant comme la sécurité émotionnelle, les comportements d'indépendance ainsi que les compétences sociales et intellectuelles (Belsky, 1984). Cette perspective d'échange mutuel entre la personne et l'environnement est aussi congruente avec le principe de l'intégralité présenté dans le modèle de Rogers.

Bien que de nombreux auteurs dans le domaine de la psychologie réfèrent au modèle de Belsky (1984) pour justifier les liens entre les concepts de leur étude ou expliquer leurs résultats, peu d'auteurs en sciences infirmières l'ont utilisé. À la connaissance de l'auteure, seulement trois études s'y rattachent (Fox, 1989; Legrand,

1999; Mercer et Ferketich, 1995). Fox (1989) dans une étude corrélationnelle a vérifié les liens entre les déterminants primaires de l'engagement parental proposés par Belsky (1984) soit les caractéristiques de chacun des parents, les caractéristiques de l'enfant et les sources de stress et de soutien de l'environnement. Le but de cette étude était d'opérationnaliser et de tester la composante de l'engagement parental à partir du modèle de Belsky (1984) et du modèle révisé par Belsky, Robins et Gamble, (1984). L'échantillon se compose de 200 couples ayant un jeune enfant dont l'âge se situe entre six semaines et un an. Les analyses de régression multiple montrent que l'engagement maternel est d'abord expliqué par les sources de soutien et de stress au travail par rapport aux nombres d'heures travaillées puis par les ressources matérielles et finalement par les préférences quant à l'exercice de rôle. Pour les pères, les déterminants sont identifiés comme la perception des habiletés parentales, la perception qu'ils ont de leur rôle et les sources de stress au travail. Fox (1989) suggère de raffiner le modèle proposé par Belsky en précisant davantage la force des liens entre les différents facteurs qui influencent l'engagement parental.

Legrand (1999) étudie les différences père/mère quant à leur engagement auprès de leur enfant ayant une fissure labiale, palatine ou labio-palatine. Legrand (1999) utilise le terme engagement pour traduire le terme *involvement* et elle mesure en fait l'engagement en terme de quantité des conduites parentales et elle mesure aussi la sensibilité des mères et des pères en référent à la qualité et au caractère approprié de leurs comportements. Dans cette étude descriptive-comparative, le modèle de Belsky sert à établir les facteurs pouvant influencer les différences entre l'engagement et la

sensibilité des mères et des pères en fonction d'une caractéristique de l'enfant soit la présence d'une anomalie faciale. L'engagement est mesuré à l'aide du "*Parent/Parent Involvement Scale*" (P/CIS). L'échantillon se compose de 16 familles. Des analyses de corrélation de Pearson et des tests de Wilcoxon pour échantillons appariés sont réalisés à partir des mesures de chacun des 11 items de la qualité et du caractère approprié du comportement des mères et des pères afin d'identifier les similitudes et les différences des comportements d'engagement parental de chacun des aspects de la quantité, de la qualité et du caractère approprié. Les résultats de cette étude permettent d'établir que les mères démontrent un engagement significativement plus élevé que les pères ($p=0,02$). La qualité et le caractère approprié du langage des mères sont plus élevés que ceux des pères, les mères réagissent plus aux signaux de l'enfant, elles démontrent plus d'aptitudes lors de l'enseignement et sont plus accessibles physiquement et psychologiquement. Toutefois, la taille de l'échantillon de cette étude présente une limite quant à la généralisation des résultats.

Mercer et Ferketich (1995) expliquent certains des résultats de leur étude portant sur les déterminants de la compétence des mères expérimentées (multipares) et inexpérimentées (nullipares) à l'aide du modèle de Belsky (1984). Dans ces deux groupes, l'estime de soi élevé représente le facteur pouvant le mieux prédire la compétence des mères alors que le fait d'avoir déjà de l'expérience comme mère ne fait pas de différence significative sur le niveau de compétence. Les auteurs réfèrent au modèle de Belsky (1984) pour expliquer les résultats de leur étude à l'effet que les caractéristiques de la mère, ses ressources personnelles et psychologiques sont de loin

plus importantes pour prédire la compétence maternelle que les facteurs environnementaux ou les caractéristiques de l'enfant.

Liens entre le modèle de l'Être humain unitaire et le modèle de Belsky

La recherche en sciences infirmières possède plusieurs niveaux d'abstraction (Fawcett, 1994). Le modèle conceptuel représente le niveau d'abstraction le plus élevé. C'est une façon abstraite de voir la pratique du soin, l'enseignement et la recherche en sciences infirmières. Toutefois, un cadre plus spécifique peut être utile afin d'opérationnaliser les concepts à l'intérieur d'une étude ayant un devis quantitatif. Un modèle théorique comme celui de Belsky (1984) permet de faire le lien entre le modèle conceptuel (Rogers, 1990) et les indicateurs empiriques d'une étude. En plus de renforcer les liens horizontaux entre les concepts étudiés, le modèle théorique permet d'établir des liens verticaux entre le modèle conceptuel et les données empiriques ou variables à l'étude. Bien qu'elles ne soient pas clairement définies, les valeurs sous-entendues dans le modèle de Belsky sont congruentes avec le modèle conceptuel de l'Être humain unitaire et ce sont ces valeurs qui justifient à priori, le choix de ce cadre théorique dans la présente étude.

La sensibilité parentale

Pour certains auteurs, la sensibilité des figures d'attachement représente le principal construit servant à expliquer les variations dans l'attachement sécure chez les enfants à la fin de leur première année de vie (Rosen et Rothbaum, 1993). La majorité des études récentes dans le domaine de la psychologie portant sur la sensibilité parentale se concentre sur la sensibilité maternelle alors que la sensibilité des pères

demeure peu explorée. Les mères sensibles sont chaleureuses, attentives aux signaux de leur enfant et répondent de façon appropriée et dans un court délai à ses besoins (Ainsworth et coll., 1978). Elles font preuve de flexibilité dans leur attention et leurs comportements, démontrent un niveau approprié de contrôle et sont capables de négocier lors de situations conflictuelles. Une plus grande sensibilité maternelle est associée à une probabilité plus élevée que l'enfant soit capable d'identifier sa mère comme une source de réconfort et une base de sécurité pour l'exploration nécessaire à son développement (Bretherton, 1992). Une étude de Ainsworth et coll. (1978) démontre que la sensibilité maternelle envers l'enfant durant les premiers mois de sa vie représente la variable la plus importante permettant de prédire le type d'attachement lorsque l'enfant est âgé d'un an. Toutefois, cette relation n'est pas démontrée dans toutes les études subséquentes. Selon la recension des études réalisée par Golsmith et Alansky (1987), la puissance du lien entre la sensibilité maternelle et l'attachement est de faible à modéré selon la classification de Cohen (1988). D'autre part, certaines études ont démontré un lien et d'autres n'en ont trouvé aucun. Devant ces résultats contradictoires, certains auteurs considèrent sans équivoque le lien entre la sensibilité maternelle et l'attachement (Isabella, 1993), alors que d'autres estiment que ce lien est faible et inconstant. Une étude de van den Boom (1994) fournit une perspective différente du lien entre la sensibilité maternelle et l'attachement de l'enfant. Cette étude tentait de démontrer que des interventions visant à augmenter la sensibilité des mères dont l'enfant, âgé entre six et neuf mois, était irritable pouvait modifier les conduites parentales de celles-ci. Bien que l'auteur ne précise pas la puissance des liens entre la

sensibilité et l'attachement, cette étude tend à démontrer l'évidence qu'une augmentation de la sensibilité maternelle a des effets subséquents sur la sécurité de l'attachement de l'enfant (Seifer et coll., 1996).

L'évaluation de la sensibilité parentale. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la différence des résultats obtenus dans les nombreuses études ayant pour objet la sensibilité maternelle: le moment de la mesure, la stratégie de mesure et l'environnement dans lequel la sensibilité maternelle est observée. L'étude de Ainsworth et coll. (1978) visait à prédire le type d'attachement de l'enfant à l'âge d'un an selon des observations de la sensibilité maternelle recueillies à partir du moment où l'enfant est âgé de trois semaines. D'autres auteurs mesurent la sensibilité maternelle et le type d'attachement de l'enfant simultanément (Rosen et Rothbaum, 1993). Ces deux stratégies introduisent deux problèmes. Dans le premier cas, la crédibilité du devis repose sur l'inférence de la sensibilité maternelle sur l'attachement. Or, l'effet des premières expériences relationnelles sur les relations subséquentes n'est pas unanimement reconnu. Dans le deuxième cas, la direction de l'effet n'est pas claire. Est-ce que la sensibilité maternelle explique le degré d'attachement ou est-ce le type d'attachement qui explique la sensibilité maternelle?

La méthode de mesure de la sensibilité maternelle varie d'une étude à l'autre et peut expliquer les résultats parfois contradictoires des différentes études. L'étude de Ainsworth et coll. (1978) est conduite sur plusieurs mois d'observation qui se déroule au domicile des sujets. Les observations sont décrites de façon narrative puis encodées globalement sur une échelle de neuf points. Le résultat global de l'évaluation de la

sensibilité maternelle comprend 28 mesures obtenues durant la première année de vie. Étant donné l'ampleur du travail que nécessite une telle méthode, aucune autre étude n'a été conduite de cette façon. Certains auteurs ont utilisé la méthodologie d'Ainsworth en tout ou en partie et sur de courtes périodes d'évaluation. D'autres auteurs ont centré leur étude sur la synchronie de l'interaction mère-enfant ou sur la disponibilité de la mère à répondre aux signaux de l'enfant (Rosen et Rothbaum, 1993; Isabella et Belsky, 1991). D'autre encore ont procédé au jumelage des résultats obtenus avec différents instruments de mesure à l'aide de la méthode "Q-sort" obtenant ainsi une mesure globale de la sensibilité maternelle (Pederson, Moran, Sitko, Campbell, Ghesquire et Acton, 1990). Ces différentes stratégies de mesure conduisent à autant de résultats différents et parfois contradictoires.

L'environnement dans lequel se déroule l'observation de la sensibilité maternelle peut aussi avoir une influence sur les résultats obtenus lors de la mesure de la sensibilité maternelle. Certaines études se déroulent au moment où la mère doit concentrer son attention sur l'enfant comme par exemple lors du boire (Goldburg, Perrotta, Minde et Corter, 1986). Selon Pederson et coll. (1990), la sensibilité maternelle serait mieux évaluée lorsque l'attention de la mère n'est pas uniquement concentrée sur l'enfant. Des résultats plus près de la réalité seraient obtenus lorsque la sensibilité de la mère est mesurée dans le contexte des activités de la vie quotidienne. Toutefois, aucune étude ne porte sur la comparaison de la sensibilité des mères dans ces deux contextes environnementaux différents.

La sensibilité maternelle est mesurée dans plusieurs études à partir de l'échelle

utilisée par Ainsworth et coll. (1978). Cette stratégie en un seul jugement global répété à plusieurs reprises ne tient pas compte de la complexité du construit de la sensibilité maternelle telle que définie par Ainsworth. C'est pourquoi l'auteure de la présente étude privilégie l'utilisation de l'instrument de mesure développé par Farran, Kasari, Confort et Jay (1986).

La sensibilité parentale évaluée à l'aide du P/CIS. Cet instrument permet de mesurer la qualité et le caractère approprié des comportements du parent en intégrant les différents concepts qui définissent la sensibilité parentale telle que proposé par les auteurs reconnus. Le P/CIS est un instrument d'évaluation qui tient compte de l'engagement physique et psychologique du parent à la base de la compétence parentale telle que définie par Belsky (1984). La quantité représente un concept neutre et évoque le nombre des interactions sans égard à la qualité ou au caractère approprié. Ce volet représente la présence physique du parent et réfère à la dimension normative de la compétence parentale. La qualité est reliée à la chaleur et à l'acceptation démontrées dans les modèles interactionnels. Le caractère approprié réfère à la pertinence des interactions favorisant le développement de l'enfant. La qualité et le caractère approprié des conduites parentales réfèrent à la sensibilité du parent et représentent un élément constitutif de la compétence parentale telle que définie par Belsky (1984). Farran et coll. (1986) ont élaboré un instrument de mesure, le P/CIS, qui a été utilisé par différents auteurs dans des études ayant un devis quantitatif (Blasco et coll., 1990; Farran et coll., 1986; Legrand, 1999; Onufrak, Saylor, Eyberg et Boyce, 1995; Seifer et coll., 1996; Tendland, 1996; Wilfong et coll., 1991).

Blasco et coll. (1990) étudient la relation entre l'engagement et la sensibilité des mères dans la relation mère-enfant et le développement psychomoteur de l'enfant. L'échantillon se compose d'un groupe de 31 dyades mère-enfant dont le niveau de développement psychomoteur de l'enfant se situe dans les limites normales pour un enfant âgé de 18 mois et d'un autre groupe de 30 dyades mère-enfant dont l'enfant du même âge est atteint de paralysie cérébrale. Il est postulé que la capacité des mères à adapter leurs demandes et leurs attentes au niveau de développement psychomoteur de leur enfant, donc à être sensibles au niveau de développement de leur enfant, jouerait un rôle significatif dans l'atteinte du potentiel de développement de celui-ci. Les résultats des analyses de variance et de régression multiple montrent que la sensibilité des mères (qualité et caractère approprié) explique 58% de la variance et contribue de façon significative ($p < 0,001$) à maximiser le potentiel de développement chez l'enfant normal. Dans le groupe d'enfants atteints de paralysie cérébrale, la sensibilité maternelle explique 40% de la variance et contribue de façon significative ($p < 0,05$) au développement de l'enfant. Cette étude démontre le lien entre la sensibilité maternelle et le développement de l'enfant. Cette étude tient compte des caractéristiques de l'enfant mais n'est pas explicite sur les caractéristiques des parents (leurs ressources personnelles, leurs antécédents relationnels) et de l'environnement (la scolarité, le revenu, le soutien conjugal et social, le milieu de travail) pouvant constituer des variables étrangères ayant influencé les résultats. Cette étude ne s'attarde pas non plus à la contribution des pères quant au soutien qu'ils peuvent procurer à leur conjointe ni de leur engagement auprès de leur enfant.

Une autre étude quantitative corrélationnelle réalisée par Seifer et coll. (1996), vise à explorer le lien entre l'attachement, la sensibilité maternelle et le tempérament de l'enfant durant sa première année de vie. L'échantillon de cette étude comporte 49 dyades mère-enfant. Une visite hebdomadaire lorsque l'enfant est âgé entre 4 et 12 mois permet de vérifier la fidélité de plusieurs mesures (24 mesures au total) par rapport à une seule mesure. La sensibilité maternelle est mesurée à l'aide du P/CIS lors d'une période de jeu libre. Le devis comprend six mesures lorsque l'enfant est âgé de six mois, six mesures à l'âge de neuf mois et six mesures lorsque l'enfant est âgé de 12 mois. Le tempérament de l'enfant est mesuré par une observation directe et un questionnaire remis à la mère. L'évaluation du tempérament de l'enfant porte sur l'humeur de l'enfant, son approche de l'environnement, ses activités, son attention, sa capacité de distraction selon l'échelle "*Temperament Adjective Triad Assessment Items*". L'attachement est mesuré à partir du protocole "*Strange Situation*" (Ainsworth et coll., 1978) et par le "*Home Behavior Q-Sort*". Les données sur la sensibilité maternelle, le tempérament de l'enfant et l'attachement sont corrélés. Les résultats démontrent que la sensibilité maternelle est significativement reliée à la sécurité de l'attachement de l'enfant. Plus spécifiquement à six mois la sensibilité maternelle est significativement reliée à la sécurité mesurée par Q-Sort (qualité: $r=0,30$, $p<0,05$; caractère approprié: $r=0,30$, $p<0,05$). Lorsque l'enfant est âgé de neuf mois, aucun lien significatif n'est démontré. Lorsque les résultats sont rassemblés pour les six et neuf mois, le lien est significatif (qualité: $r=0,29$, $p<0,05$; caractère approprié: $r=0,26$, $p<0,05$). D'autre part, aucun lien significatif n'est observé entre les comportements de

dépendance chez l'enfant et la sensibilité maternelle. L'humeur de l'enfant et sa curiosité mesurées par l'observateur sont reliées significativement à la sensibilité maternelle lorsque l'enfant est âgé de six et neuf mois. Par contre, aucun lien significatif n'est observé entre la sensibilité maternelle et les variables du tempérament de l'enfant rapportées par la mère. Devant de tels résultats, les auteurs concluent que la sensibilité maternelle n'explique qu'en partie le type d'attachement de l'enfant à sa mère et recommandent la conduite d'autres études afin d'identifier d'autres facteurs à l'origine de mécanismes d'attachement de l'enfant.

Wilfong et coll. (1991) tentent d'identifier les facteurs pouvant influencer la sensibilité de mères dont l'enfant présente une hémorragie intra-ventriculaire (HIV) ou dont le poids de naissance est inférieur à un kilogramme. L'échantillon se compose de 34 enfants présentant une HIV de différents grades et de six enfants dont le poids de naissance est inférieur à un kilogramme. La sensibilité maternelle est mesurée à l'aide du P/CIS au moment où l'enfant est âgé de trois mois (âge corrigé). Les analyses de régression multiple et de corrélation de Pearson ne démontrent pas de lien significatif entre la gravité de l'atteinte hémorragique ou la grande prématurité et la sensibilité parentale observée chez la mère. Seuls les symptômes dépressifs rapportés par la mère semblent diminuer la sensibilité maternelle. Les résultats de cette étude démontrent que le statut socio-économique élevé est associé à une plus grande sensibilité maternelle et à un plus faible niveau d'états dépressifs rapportés. Cette étude suggère donc que l'état dépressif influence davantage la sensibilité maternelle que les caractéristiques de l'enfant. Ces résultats sont congruents avec le modèle de Belsky (1984) qui suggère que

les caractéristiques du parent constituent le déterminant primaire ayant une plus grande influence que les caractéristiques de l'enfant sur les conduites parentales.

Onufrak et coll. (1995) ont réalisé une étude visant à identifier les facteurs qui influencent la sensibilité parentale des mères d'enfants prématurés. L'échantillon de l'étude comporte 82 dyades mère-enfant. Le caractère approprié des comportements de la mère envers son enfant âgé de deux ans est mesuré à partir des 11 comportements issus du P/CIS. Ces auteurs observent des liens significatifs ($r = -0,619$, $p < 0,05$) entre le statut socio-économique défavorisé (bas revenu, monoparentalité, faible niveau de scolarité, minorité ethnique, jeune âge de la mère) et le caractère approprié des comportements de la mère lors de ses interactions avec son enfant. Comme il s'agit d'une corrélation négative, il semble qu'un statut socio-économiquement défavorisé soit associé à une sensibilité maternelle moins élevée. Les résultats de cette étude montrent aussi qu'un sentiment d'attachement à l'enfant peu élevé ($r = -0,292$, $p < 0,05$) et un sentiment de compétence parentale peu élevé ($r = -0,398$, $p < 0,05$) sont aussi significativement associés à une sensibilité maternelle peu élevée. Ces résultats démontrent que la sensibilité maternelle est influencée par plusieurs facteurs et que les facteurs environnementaux seraient davantage reliés à la sensibilité maternelle que les perceptions ou les sentiments du parent en regard de sa compétence.

Les travaux des nombreux auteurs cités démontrent l'importance d'explorer de façon plus approfondie la sensibilité parentale étant donné son influence sur le développement de l'enfant. Bien que certaines études offrent des pistes de réflexion sur les facteurs pouvant influencer la sensibilité parentale (état de santé de l'enfant, stress

parental, ressources psychologiques des parents), peu d'entre elles nous renseignent sur la façon dont elle se développe. Selon le modèle de Belsky (1984), l'histoire du développement du parent influence sa façon d'être en relation avec son enfant. Voyons maintenant comment des liens peuvent être établis entre les antécédents relationnels du parent et sa sensibilité à l'égard des signaux de son enfant.

Les antécédents relationnels des parents

L'intérêt pour l'étude du génome humain nous amène à reconnaître l'importance de la transmission intergénérationnelle des facteurs biologiques de la personne. Outre cet héritage biologique, la personne porte en elle l'héritage des modèles psychologiques, sociaux, culturels et spirituels des générations antérieures de sa famille. Toutefois, les mécanismes par lesquels les modes relationnels sont transmis d'une génération à l'autre demeurent encore obscurs. Selon Belsky (1984), le bien-être psychologique du parent et les modèles interactionnels qu'il entretient avec son enfant sont reliés à ses expériences avec ses propres parents durant son enfance. Pour justifier ce lien entre les antécédents relationnels et la sensibilisation parentale, Belsky (1984) avance l'hypothèse que des conduites parentales pro-développementales entraîneraient chez l'enfant une maturité psychologique lorsqu'il devient adulte. Cette maturité psychologique lui permettrait d'être sensible aux besoins de son enfant favorisant ainsi son développement. Étant donné que Belsky (1984) est peu explicite dans son modèle pour expliquer de quelle façon l'histoire du développement du parent influence ses conduites parentales, il est nécessaire de recourir à d'autres auteurs pour mieux comprendre ce processus.

La transmission intergénérationnelle des conduites parentales. Cette transmission intergénérationnelle des modèles interactionnels parent-enfant peut s'expliquer à partir des théories de l'attachement et plus spécifiquement à partir des modèles cognitifs internes. Dans le domaine de la psychologie, Bowlby (1969) fut l'un des premiers théoriciens à identifier la continuité des modèles d'attachement parent-enfant. Selon cet auteur, les premières expériences relationnelles vécues avec la mère influencent toutes les autres relations affectives de la personne. L'expression de ses besoins de sécurité et de la présence physique de sa mère représentent pour l'enfant des comportements d'attachement. Très tôt, l'enfant apprend à se comporter de manière à maintenir un lien affectif avec sa mère lorsqu'il vit une expérience stressante comme par exemple la faim, l'inconfort physique ou la présence d'une personne inconnue. Selon Zeanah (1996), la signification donnée aux relations parent-enfant est primordiale pour comprendre l'expérience du lien d'attachement. Au-delà des modèles relationnels dans les échanges entre le parent et l'enfant, ce qui est expérimenté et communiqué dans ces expériences revêt une importance cruciale dans la transmission des modèles d'attachement. Une réponse sensible et sans délai de la mère contribue à procurer à l'enfant un sentiment de confiance et de sécurité. Selon Bretherton (1987), la qualité et la promptitude des réponses de la mère seraient les principaux déterminants des représentations internes qu'a l'enfant de lui-même. En effet, ces représentations conduisent l'enfant à se percevoir comme plus ou moins digne d'être accepté et aimé. Ces perceptions constituent les modèles cognitifs internes aussi appelés modèles opérants internes (Bowlby, 1969/1982; 1973; 1980).

Les modèles cognitifs internes sont définis comme étant l'intériorisation des représentations de soi, de l'environnement, de ses capacités et de ses ressources. Les modèles cognitifs internes sont constitués à partir des processus engagés dans l'attention sélective aux stimuli environnementaux. La façon d'assimiler l'information, de lui attribuer un sens et les sentiments générés par celle-ci contribuent à la construction des modèles cognitifs internes. Ils se perpétuent à partir des expériences et des réactions comportementales qui en émergent. Ils représentent des processus défensifs inconscients qui sont construits à partir des premières expériences d'attachement. Ils servent à régulariser les sentiments lors de situations susceptibles de provoquer de la détresse chez la personne. Ils lui permettent de comprendre ses relations avec les autres et de réagir en conséquence (Bowlby, 1969/1982). Par exemple, l'enfant qui reçoit de l'attention de ses parents reçoit le message qu'il est important et digne de cette attention. Il organise par la suite son comportement de façon à obtenir cette attention. Les modèles cognitifs internes serviraient de repères psychologiques se traduisant au niveau comportemental par un style relationnel et une capacité de créer des liens. Ils contribuent ainsi à l'adaptation sociale de la personne.

Selon Main et Goldwin, (1994), l'influence persistante des modèles cognitifs internes expliquerait comment les modèles d'attachement seraient susceptibles de se transmettre d'une génération à l'autre. Lorsqu'il n'a pu trouver un réconfort à sa propre détresse, le parent demeure centré sur ses propres difficultés d'attachement. Il ne dispose pas de toute l'empathie nécessaire pour répondre de façon sensible à la détresse de son enfant. Son enfant demeure à son tour sans réconfort pour calmer la sienne.

D'autre part, le parent qui a bénéficié d'un environnement parental sécurisant intègre son processus d'attachement de façon cohérente. Il est libre de se concentrer avec sensibilité sur les besoins de son enfant et d'y répondre d'une manière appropriée. Il s'établit une synchronie entre les besoins de l'enfant et la réponse du parent.

C'est sur la base des résultats de plusieurs études que la notion de transmission intergénérationnelle des processus d'attachement est apparue. Fogany, Steele et Steele (1991) ont évalué dans quelle mesure les modèles cognitifs internes de la mère permettent de prédire l'attachement de l'enfant à l'âge de 12 mois. Ils ont utilisé auprès des mères durant leur grossesse l'instrument de George, Kaplan et Main (1985), l'Entrevue sur l'Attachement Adulte. Cette entrevue semi-structurée visant à évaluer l'état d'esprit à l'égard des relations d'attachement depuis l'enfance montre quatre catégories d'attachement chez l'adulte: autonome, minimisant, préoccupé, non résolu. La qualité de la relation d'attachement avec l'enfant a été évaluée avec la "Situation d'Étrangeté" d'Ainsworth, et coll. (1978). Cette procédure d'observation sert à évaluer la qualité de la relation d'attachement entre un jeune enfant (12 à 18 mois) et la personne qui en prend soin. Cette procédure permet d'observer de quelle façon le jeune enfant utilise sa mère comme base de sécurité dans une situation anxiogène selon quatre catégories: sécurisé, évitant, résistant et désorganisé. Les résultats de cette étude ont permis de constater que le type de relation d'attachement des mères permet de prédire le type d'attachement de leur enfant à l'âge de 12 mois.

van IJzendoorn (1993) a procédé à une méta-analyse de 18 études incluant plus de 850 dyades parent-enfant. Il ressort de cette analyse un taux de correspondance de

75% entre le type d'attachement adulte tel que mesuré avec l'instrument de George et coll. (1985) et l'attachement de l'enfant à sa mère tel que mesuré avec l'instrument d'Ainsworth et coll. (1978). Une autre méta-analyse réalisée par van IJzendoorn (1995) démontre que le type d'attachement du parent permet de prédire le modèle d'attachement lorsque l'enfant est âgé de 12 mois, avec une exactitude beaucoup plus élevée que le simple fait du hasard, donc statistiquement significative. Ces études relèvent des concordances substantielles entre les catégories d'attachement chez l'adulte et chez le nourrisson soit autonome/sécurisé, minimisant/évitant, préoccupé/résistant et non résolu/désorganisé (van IJzendoorn, 1995). Benoit et Parker (1994) ont utilisé les mêmes instruments pour établir la stabilité des liens d'attachement sur trois générations. Les résultats de cette étude montrent que le lien d'attachement de la grand-mère correspond à celui de son petit-enfant dans 75% des cas et que le type d'attachement grand-mère/mère/enfant est correspondant dans 65% des cas.

Les études portant sur la transmission intergénérationnelle de l'attachement père-enfant démontrent des liens beaucoup plus faibles voire non significatifs (Main et Goldwin, 1994; van IJzendoorn, 1995; van IJzendoorn, Kranenburg, Zwart-Wondstra, Busschbach et Lambermon (1991). Selon Bernier, Larose et Boivin (1996), il est possible que ces résultats soient reliés à la qualité métrique des instruments de mesure. À leur avis, les faibles corrélations de l'attachement père-enfant sont attribuables à la validité de la Situation d'Étrangeté. Cet instrument ayant été conçu et validé avec des mères, il demeure possible que cette procédure d'observation n'évalue pas avec précision les caractéristiques de la relation père-enfant (Bernier, Larose, Boivin, 1996).

Par ailleurs, Simons et coll. (1993) en utilisant un autre type de mesure, le “*Self-Report Measure of Supportive Parenting*” ont observé dans une étude quantitative comportant 451 familles, des liens directs et indirects entre l’expérience positive que les pères et les mères ont vécue avec leurs parents durant l’enfance et leur conduite parentale envers leur propre enfant. Selon les résultats obtenus dans cette étude, il semble que le souvenir persistant chez les parents d’une relation positive avec leur père et leur mère puisse contribuer à un engagement plus grand des pères et des mères et à un meilleur développement de l’enfant (Simons et coll. 1993). Ces auteurs recommandent toutefois une étude plus approfondie de cette relation afin de mieux documenter la puissance de ce lien. De plus, leur étude se situe dans la perspective d’une mesure des processus conscient, les souvenirs, alors que les études citées précédemment se situent dans la perspective d’une mesure faisant appel aux processus inconscients tel que mesuré par l’ “*Adult Attachment Interview*”. Ceci pouvant expliquer, en partie du moins, les différences entre les résultats obtenus.

Mercer et Ferketich (1990) ont exploré les différents facteurs pouvant influencer l’attachement parental durant la première année de vie de l’enfant en fonction du niveau de risque (bas risque et risque élevé) durant la grossesse. Dans cette étude quantitative comportant 481 parents, la transmission intergénérationnelle de l’attachement est mesurée à l’aide d’une seule question où les mères et les pères doivent situer sur une échelle de type Likert variant de très bonne (un) à très pauvre (cinq) leur relation avec chacun de leur parent durant leur enfance, leur adolescence et durant leur vie adulte. Le souvenir d’une relation positive avec leur mère était associé à un attachement mère-

enfant significativement plus élevé chez les femmes ayant eu une grossesse normale. Pour les hommes, la persistance d'une relation perçue positive avec leur père était associée à un attachement père-enfant significativement plus intense. Dans cette étude, la mesure de la perception des relations des mères et des pères avec leurs propres parents comporte une limite importante puisque les auteurs n'utilisent pas un instrument de mesure dont les propriétés métriques ont été démontrées. Les auteurs de l'étude reconnaissent la nécessité d'une investigation plus étendue des influences intergénérationnelles de l'attachement (Mercer et Ferketich, 1990).

La contribution des antécédents relationnels dans la relation parent-enfant. Selon Parker, Tupling et Brown (1979), un des moyens de déterminer la contribution des antécédents relationnels dans la relation parent-enfant est d'explorer le souvenir des comportements et des attitudes du parent durant l'enfance. Certains auteurs ont démontré que le souvenir persistant d'une relation dysfonctionnelle avec le parent durant l'enfance peut influencer d'une manière négative la capacité de créer des liens affectifs à l'âge adulte (Parker, Barrett et Hickie, 1991). Une pauvre qualité de soins serait la principale contribution parentale prédisposant à des désordres psychiatriques à l'âge adulte (Parker, 1983). D'autre part, le souvenir d'une relation chaleureuse avec le parent est associé à un attachement sécurisé à l'âge adulte (Main, Caplan et Cassidy, 1985). Ces auteurs aident à comprendre la structure de l'instrument développé par Parker et coll. (1989) le "*Parental Bonding Instrument, (PBI)*" visant à mesurer les antécédents relationnels des pères et des mères avec leurs propres parents. Deux dimensions principales reliées aux attitudes des parents envers leur enfant: la qualité du

soin (*care*) et la surprotection (*overprotection*). La première dimension est rattachée à la qualité des soins prodigués par chacun des parents. Elle se situe selon deux pôles opposés et fait référence à la sensibilité, l'accessibilité, la collaboration d'une part et d'autre part à l'indifférence, à la rigidité, au rejet. La deuxième dimension bi-polaire réfère à l'encouragement du parent à l'autonomie et l'indépendance de son enfant en opposition au contrôle psychologique et à la surprotection. La surprotection, telle que définie par Parker et coll. (1979) représente un construit ayant une connotation péjorative se traduisant par un contrôle psychologique excessif ayant un caractère intrusif pour l'enfant. Cette surprotection contribue à l'infantilisation en encourageant la dépendance envers la figure parentale. L'effet le plus délétère de cette attitude parentale est d'empêcher le processus de socialisation de l'enfant (Parker, 1983). Le PBI a d'abord été conçu pour être utilisé auprès de personnes présentant des troubles psychiatriques. Il a par la suite été validé auprès d'une population générale (Mackinnon, Hendersen, Scott, Duncan-Jones, 1989). Une étude de Sarason, Shearin, Pierce et Sarason (1987) auprès de 251 étudiants au niveau universitaire établit un lien significatif entre la perception d'avoir été accepté, aimé et valorisé durant l'enfance et la perception de l'accès à du soutien social. Les variables à l'étude sont mesurées à l'aide du PBI et du "*Social Support Questionnaire*". Cette étude permet de penser que la qualité des antécédents relationnels durant l'enfance influence la perception de l'adulte quant à sa capacité de développer un sentiment d'appartenance à un réseau de soutien. Cet instrument représente à ce jour parmi les échelles courtes, l'échelle la plus valide pour mesurer l'impression persistante de la relation avec les parents chez des sujets

normaux aussi bien que chez des individus atteints de troubles de la personnalité et de comportements, de délinquance, d'alcoolisme et de toxicomanie (Parker, 1990).

L'évaluation des antécédents relationnels à l'aide du PBI. Britchnell (1993) utilise aussi le PBI pour vérifier l'hypothèse de Bowlby selon laquelle une relation négative avec les parents durant l'enfance prédispose la personne à des relations négatives à l'âge adulte plus spécifiquement en ce qui concerne la qualité de la relation conjugale.

L'échantillon de cette étude se compose de deux groupes de femmes mariées âgées respectivement entre 25 et 34 ans et entre 40 et 49 ans. Les données ont aussi été recueillies auprès des conjoints dans le groupe le plus jeune. Afin d'éviter les biais relatifs à l'état de santé psychologique, les femmes et les hommes atteints d'un diagnostic de dépression ou de d'autres troubles psychopathologiques ont été réunis en sous-groupes distincts. Les résultats de cette étude démontrent que le souvenir d'une qualité de soins peu élevée durant l'enfance est associée avec une habileté relationnelle peu élevée à l'âge adulte, à une faible qualité de la relation conjugale et à des divorces plus fréquents à la suite d'un premier mariage.

À la connaissance de l'auteure, aucune étude ne porte sur le souvenir de la relation du parent avec ses propres parents et sa sensibilité à l'égard de son enfant. Par contre, les assises du modèle de Belsky (1984) fournissent des bases théoriques permettant de poser les hypothèses à l'effet que des antécédents relationnels s'illustrant par des soins chaleureux, de l'encouragement à l'autonomie soient reliés à une sensibilité parentale élevée. Également selon les différents facteurs démontrés dans le PBI, des antécédents relationnels perçus contrôlant et intrusifs seraient reliés à une

sensibilité parentale peu élevée. Cette étude tentera donc de vérifier ces trois hypothèses.

Chapitre III - La méthode

La méthode

Ce chapitre présente successivement le type d'étude, la méthode de recrutement des sujets et de collecte des données. La description de l'échantillon, la définition opérationnelle des variables et les considérations d'ordre éthique y sont décrites. Ce chapitre comprend aussi la présentation des instruments de mesure, le plan d'analyse ainsi que les limites de l'étude.

Type d'étude

Cette étude de type corrélationnel permet d'examiner le lien entre les antécédents relationnels des mères et des pères avec leurs propres parents et la sensibilité parentale.

Méthode de recrutement des sujets

Les données utilisées dans la présente étude proviennent d'une plus vaste recherche quasi-expérimentale longitudinale portant sur les effets d'un programme d'intervention familiale, le PRIFAM, auprès de parents d'enfants ayant une déficience (Pelchat et coll., 1998). Trois groupes de sujets ont participé à cette recherche: un groupe expérimental constitué de parents d'enfants ayant une fissure labiale et/ou palatine ou une trisomie 21 qui ont bénéficié du programme d'intervention; un groupe de comparaison constitué de parents d'enfants présentant les mêmes caractéristiques qui ont bénéficié des services de santé habituels; et un groupe témoin formé de parents d'enfants sans déficience. Les données recueillies auprès de ce dernier groupe sont utilisées dans la présente étude. Le recrutement des sujets s'étend de septembre 1993 à avril 1995. Les familles du groupe expérimental et du groupe de comparaison sont

recrutées lors de la naissance de leur enfant dans 14 centres hospitaliers urbains et semi-urbains des régions limitrophes des villes de Montréal et Québec. Les familles du groupe témoin sont recrutées dans 3 CLSC et 2 cliniques médicales privées de ces mêmes régions. Ces familles ont été choisies en concordance avec les deux autres groupes sur le plan socio-démographique.

Les critères d'inclusion de la présente étude exigent que:

- l'enfant soit né à terme et en bonne santé;
- l'enfant soit âgé de 18 mois à la présente étape de collecte des données;
- l'enfant habite avec ses parents et qu'il ne soit pas adopté;
- la famille ne participe pas à aucun autre projet de recherche pour la durée de l'étude;
- les parents comprennent et lisent le français;
- la famille habite à moins de 90 minutes du lieu de recrutement.

Collecte des données

Dans le cadre de la plus vaste recherche (Pelchat et coll. 1998), les familles sont identifiées par les infirmières des CLSC et les médecins des cliniques privées. Les consignes visant le recrutement des familles ont été préalablement expliquées et remises par écrit à chacun des professionnels. Ils demandent aux familles si elles veulent participer à une étude et expliquent le but et les modalités du déroulement de celle-ci. À la suite d'une brève description de l'étude, les parents sont invités à participer sur une base volontaire. Les données sont recueillies au domicile des parents par une personne

qualifiée (infirmière ou psychologue) en trois temps lorsque l'enfant est âgé de 6, 12 et 18 mois. Dans le cas de la présente étude, il s'agit de la troisième étape de la collecte de données. Lors de la rencontre au domicile lorsque l'enfant est âgé de 18 mois, deux questionnaires sont complétés par chacun des parents. Un premier questionnaire porte sur des données socio-démographiques, des données sur le stress parental, le soutien conjugal, le soutien social et le soutien professionnel. Un deuxième questionnaire porte sur la perception qu'ont les mères et les pères de leur relation avec chacun de leurs propres parents. Finalement, une séance de jeu d'une durée de 10 minutes est filmée avec chacun des parents à tour de rôle dans le but de compléter ultérieurement les grilles du P/CIS. Les consignes suivantes sont données au parent: "Maintenant nous allons faire une séance de jeu d'une durée de 10 minutes avec votre enfant et chacun d'entre vous. Je mets à votre disposition une boîte contenant des jouets. Vous jouez avec votre enfant comme vous le faites habituellement. J'aimerais que vous utilisiez au moins trois jouets qui se trouvent dans la boîte. Je vous le dirai lorsque la période de 10 minutes sera terminée". Lors de cette séance, seul le parent qui est évalué est présent. Une caméra est placée afin de bien visualiser le parent et l'enfant. Il est à noter que les parents connaissent déjà cette procédure parce qu'ils l'ont déjà expérimentée dans le même contexte lors de la deuxième étape de collecte des données. Le bande vidéo est ensuite identifiée à l'aide d'un numéro pour une codification ultérieure à l'aide de la grille du P/CIS.

Description de l'échantillon

La présente étude porte sur les réponses des parents du groupe témoin à la

troisième étape de la collecte des données lorsque l'enfant a atteint l'âge de 18 mois et que les données sur les deux principales variables de cette étude sont disponibles. Il s'agit d'un échantillon de convenance. L'âge de 18 mois est retenu pour éviter des effets confondants inhérents à la transition à la parentalité. En effet, Cowan, Cowan, Heming, Garrett, Coysh, Curtis-Boles et Boles (1985) mentionnent que le moment où l'on évalue les effets du premier enfant sur les parents a des répercussions sur l'intensité des effets trouvés. Selon ces mêmes auteurs, les effets reliés à la transition à la parentalité peuvent se faire sentir jusqu'à 18 mois après la naissance de l'enfant. Trente-quatre familles ont participé à la troisième étape de la collecte des données. Bien que certains sujets n'ont pas complété l'un ou l'autre des instruments de mesure, toutes les données disponibles sont utilisées dans la présente étude. Ceci explique les variations dans le nombre de sujets (n) pour chacune des sous-échelles des instruments de mesure utilisés.

Considérations d'ordre éthique

Afin de respecter les considérations éthiques, une formule de consentement est signée par les parents et ce en présence d'un témoin (Annexe A). Préalablement, le devis de l'étude et la formule de consentement répondent aux critères d'éthiques de chacun des centres de recrutement ainsi qu'à ceux de l'Université de Montréal. Les parents consentent sur une base volontaire et demeurent libres de participer ou non à la recherche. En aucun temps, leur refus ne saurait influencer les soins pour eux-mêmes ou leur enfant. Ils sont aussi libres de se retirer de l'étude à n'importe quel moment. Lorsque des besoins particuliers sont identifiés ou qu'ils dépassent les limites de la

recherche, les parents sont dirigés vers d'autres ressources. L'anonymat des familles est respecté par la numérotation des questionnaires et des enregistrements vidéos.

Définition opérationnelle des variables

La sensibilité parentale. La sensibilité parentale se traduit par la qualité et le caractère approprié des comportements du parent lors d'une interaction avec son enfant (Farran et coll., 1986). La sensibilité parentale est mesurée à l'aide du "*Parent/Caregiver Involvement Scale*" (P/CIS) (Farran et coll., 1986). La grille de codification est présentée à l'annexe E.

Les antécédents relationnels. Les antécédents relationnels sont représentés par la perception qu'a le sujet de trois composantes de sa relation avec ses propres parents soit: 1) la chaleur et l'acceptation dans les soins reçus; 2) l'encouragement à l'autonomie; 3) la surprotection vécue comme un contrôle intrusif. Chacune de ces trois composantes est mesurée sur un instrument séparé pour chacun des parents (mère et père). La mesure des antécédents relationnels est réalisée à l'aide du "*Parental Bonding Instrument*" (PBI) (Parker, Tupling et Brown, 1979). Des exemples de l'instrument visant la mesure des antécédents relationnels avec la mère et le père sont présentés aux appendices D et E.

Instruments de mesure

Questionnaire des données socio-démographiques. Les données socio-démographiques ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire portant sur les renseignements généraux suivants: le sexe, l'âge, le statut civil, le nombre d'enfants vivant dans la famille, la religion, la scolarité, l'occupation, le revenu familial, l'occurrence et la durée

d'hospitalisation de l'enfant depuis sa naissance. Le questionnaire est présenté à l'appendice B.

Parent/Caregiver Involvement Scale (P/CIS). Le P/CIS, élaboré par Farran et coll. (1986), est une grille permettant de mesurer la quantité, la qualité et le caractère approprié de certains modèles intractionnels entre les parents et l'enfant lorsque celui-ci est âgé entre 0 et 3 ans. Cet instrument vise à évaluer le comportement de l'adulte lors d'une séance de jeu avec l'enfant. La durée de la séance de jeu de la présente étude est de 10 minutes soit la même que dans l'étude de Blaco et (1990) et Legrand (1999).

Le P/CIS permet d'évaluer 11 comportements différents pouvant être émis par le parent lorsqu'il interagit avec son enfant. Ces comportements sont les suivants: l'implication physique, l'implication verbale, la réactivité de l'adulte, l'interaction lors d'un jeu, l'enseignement, le contrôle des activités de l'enfant, les directives verbales et non verbales, la transition entre les jeux, le renforcement, l'expression de la discipline ainsi que les attentes. Chacun des 11 comportements est évalué à partir des trois dimensions suivantes: la quantité, la qualité et le caractère approprié. La quantité représente un concept neutre qui relate le nombre de comportements émis sans tenir compte de sa qualité ou de son caractère approprié. La qualité réfère à l'acceptation et à la chaleur manifestée par le parent à l'égard de son enfant. Le caractère approprié relate l'adéquation entre le comportement du parent et le niveau de développement et d'intérêt de l'enfant. De plus, la grille comporte une évaluation globale de l'interaction portant sur 5 aspects soit: l'accessibilité de l'adulte, l'acceptation de l'enfant, l'harmonie dans la dyade, l'agrément de l'adulte dans l'interaction et la mise en place par l'adulte d'un

environnement facilitant l'apprentissage de l'enfant. Ainsi, chacun des parents reçoit 38 indices d'évaluation (11 comportements selon les trois dimensions et une impression générale sur 5 aspects).

Un manuel élaboré par les auteurs guide les observateurs pour l'attribution des cotes. Ils doivent attribuer une cote au comportement de l'adulte sur une échelle allant de 1 à 5. Les cotes reliées à des chiffres impairs (1, 3 et 5) ont des descriptions spécifiquement définies. Par contre, l'attribution des cotes 2 et 4 n'ont pas ce type de description. Les auteurs du manuel précisent que si un parent présente tous les comportements décrits pour attribuer la cote 1 mais seulement quelques-uns des comportements décrits pour la cote 3, la cote 2 est attribuée au parent. Les observateurs procèdent de la même façon pour attribuer la cote 4 en se référant aux cotes 3 et 5. Lorsque qu'un comportement n'est pas émis par le parent, la cote 1 est attribuée pour la quantité et le commentaire "non applicable" (N/A) remplace la cote pour les dimensions de qualité et de caractère approprié.

Cette grille de codification permet d'évaluer les conduites parentales en terme de quantité et de qualité. Ainsi, en plus d'évaluer dans quelle proportion le parent émet certains comportements, la grille permet d'évaluer la qualité des comportements inhérents à la chaleur et à l'acceptation de l'enfant ainsi que le caractère approprié de ceux-ci en fonction du niveau de développement de l'enfant. Cette grille peut donc être utilisée aussi bien auprès de parents d'enfants normaux qu'auprès de ceux ayant un enfant porteur d'une déficience. Cette façon d'évaluer la sensibilité parentale permet de considérer le caractère unique de l'interaction de chaque sujet autrement inaccessible

avec une méthode d'évaluation plus mécanique et objective (Jay et Farran, 1981). Ce type de codification qualitative est reconnu comme une approche donnant des résultats plus significatifs lors de l'étude des caractéristiques comportementales d'un parent durant une interaction avec leur enfant (Crinc et Greenberg, 1990).

Qualités psychométriques du P/CIS. La fidélité et la validité du P/CIS sont démontrées par Farran, Kasari et Comfort-Smith (1985) à partir de trois études. Chacun des trois groupes de sujets sont issus de trois plus vastes études soit le *Parent-Child Reciprocity Project* (PCRP), le *Families Project* (FP) et le *Caroline Abecedarian Project* (CAP). Ces études sont effectuées auprès de mères d'enfants ayant une déficience à la naissance ou considérés à haut risque pour leur développement à cause de facteurs socio-économiques. Des relations sont établies entre les caractéristiques maternelles et la grille du P/CIS. Les caractéristiques socio-démographiques des mères sont modérément corrélées avec les résultats obtenus au P/CIS ($0,15 \leq r \leq 0,37$). Les corrélations entre le soutien social reçu et utilisé par la mère et les résultats obtenus au P/CIS sont modérées variant de 0,18 à 0,30. Des études de comparaison entre les mères ayant un sentiment de contrôle interne et les mères ayant un sentiment de contrôle externe démontrent une différence significative entre la sensibilité des mères qui ont un sentiment de contrôle interne et celles qui attribuent plus de pouvoir aux autres personnes et à l'environnement. La variable la plus fortement corrélée à l'engagement maternel est le sentiment de contrôle expérimenté par la mère tel que mesuré à l'aide du "*Nowicki-Strickland locus of Control Scale*". En effet, la relation entre le sentiment de contrôle interne et les résultats obtenus au P/CIS varie de 0,39 à 0,48. D'autres auteurs

utilisent le P/CIS auprès de mères d'enfants ayant une déficience (Blasco et coll. 1990; Huntington, Simeonsson, Bailey et Confort, 1987). Ces auteurs obtiennent un taux d'entente inter-juge effectué à l'aide de corrélation inter-classe de 0,65 pour la quantité, de 0,84 pour la quantité et de 0,54 pour le caractère approprié. D'autres part, Seifer et coll. (1996) utilisent le P/CIS auprès de mères d'enfants nés à terme et en bonne santé comme c'est le cas dans le présente étude. Ces chercheurs obtiennent un taux d'entente inter-juge (corrélation intra-classe) de 0,80 et plus. La grille de codification du P/CIS semble donc appropriée au contexte de la sensibilité parentale d'enfants nés à terme et en bonne santé.

La consistance interne de l'instrument n'a pas été démontrée dans les différentes études. À la connaissance de l'auteure, seule l'étude de Pelchat et coll. (1998) précise la structure factorielle de l'instrument et la consistance interne des sous-échelles qui en résulte. Dans cette étude, l'analyse factorielle de l'instrument démontre un instrument à deux facteurs expliquant 63% de la variance totale. Le premier facteur, expliquant 49% de la variance comprend toutes les mesures de la qualité, toutes les mesures du caractère approprié et trois mesures de quantité. Le deuxième facteur, expliquant 14% de la variance, est strictement composé des mesures de quantité. Une analyse portant sur la qualité et le caractère approprié révèle un facteur unique expliquant 57% de la variance.

Étant donné cette forte corrélation des dimensions portant sur la qualité et le caractère approprié ainsi que la difficulté des observateurs à différencier les spécificités de ces deux dimensions, ces deux dimensions ont été combinées en une seule pour la

présente étude. Une telle stratégie a déjà été utilisée dans l'étude de Blasco et coll. (1990). Selon ces auteurs, les dimensions de la qualité et du caractère approprié de l'instrument P/CIS sont fortement corrélées (0,70 à 0,91). Ces deux dimensions peuvent donc faire l'objet d'un jumelage lors de l'analyse des résultats. Cette stratégie avait aussi été approuvée par les auteurs de l'instrument (Farran et coll., 1986). Une seule mesure de la sensibilité parentale est donc calculée à partir du P/CIS: celle qui se compose de toutes les cotes attribuées à la qualité et au caractère approprié pour les 11 comportements de chacun des parents. Les résultats sont obtenus par le calcul de la moyenne des items où une cote plus élevée représente une sensibilité plus élevée. Le coefficient alpha de cette sous-échelle est de 0,92. Selon Polit et Hungler (1991), un alpha supérieur à 0,60 est acceptable pour démontrer la consistance interne d'un instrument.

Stratégie de codification. Afin de réaliser une codification à l'aveugle, chaque bande vidéo est numérotée et placée dans une banque de vidéos qui contient au total environ 750 enregistrements. La codification de la séance de jeu parent-enfant est ensuite réalisée par un visionnement de la bande vidéo. Les parents d'un même enfant sont donc évalués séparément et à des moments différents. Chaque séance est visionnée à une ou deux reprises. Par la suite, l'observateur complète la grille de codification à l'aide de la méthode papier-crayon en visionnant à nouveau, parfois à vitesse ralentie, pour s'assurer de bien saisir toutes les caractéristiques du comportement émis par le parent.

Afin d'assurer la validité des résultats obtenus à l'intérieur de la présente étude,

deux observateurs ont reçu une formation simultanée. À la suite de cette formation, les observateurs se sont entendus pour définir les cotes 2 et 4 qui ne sont pas définies de façon explicite par les auteurs de la grille. Cet exercice visait à clarifier les normes de codification permet de prévenir une baisse du taux d'entente inter-juge. En effet, l'erreur associée aux qualités personnelles des observateurs peut être augmentée lorsque les normes de codification ne sont pas clairement établies (Sattler, 1988). De plus, afin d'assurer la fidélité de la codification une entente inter-juge est calculée à l'aide d'un kappa pondéré pour 25% des sujets de l'étude. L'entente inter-juge est de plus de 0,90. Landis et Koch (1977) affirment que des taux d'accord variant entre 0,21 et 0,40 indiquent un accord qu'ils qualifient de passable, entre 0,41 et 0,60 indiquent un accord modéré, entre 0,61 et 0,80 indiquent un accord considérable et entre 0,81 et 1,00 un accord presque parfait. De plus, afin d'assurer la stabilité dans le temps, 20 % des bandes vidéos sont sélectionnées de façon aléatoire et évaluées de nouveau. Le taux d'entente intra-juge est évalué à plus de 0,90.

Justification du choix du P/CIS. Plusieurs raisons justifient le choix de cet instrument de mesure. Premièrement, la variété des comportements évalués avec cet instrument s'apparente aux dimensions théoriques se rapportant à la définition du construit de sensibilité parentale telle que proposée par plusieurs auteurs (Ainsworth et coll., 1978; Carlson et Sroufe, 1995; van IJzendoorn, 1991). Deuxièmement, ses qualités psychométriques sont démontrées par plusieurs chercheurs (Blasco et coll., 1990; Farran et coll. 1986; Legrand, 1999; Pelchat et coll. 1998). Troisièmement, le P/CIS est relativement facile et court à utiliser. Il peut donc devenir un outil

d'évaluation et d'intervention clinique (Legrand, 1999). Quatrièmement, le P/CIS a été développé dans le but d'évaluer le comportement de parents ou de personnes qui prennent soin de l'enfant avec ou sans déficience (Farran et coll., 1986). Finalement, il permet d'avoir une vision globale des conduites parentales de manière quantitative et qualitative.

Mesure des antécédents relationnels à l'aide du PBI. Le PBI vise à obtenir la perception présente qu'à la personne sur la façon dont ses parents se sont comportés envers elle durant les 16 premières années de sa vie (Parker, 1983). La version française du "*Parental Bonding Instrument*" développée par Gagnon (1986, cité dans Gagnon, 1988) est utilisée dans la présente étude (Appendice D et E). Pour chacun des 25 comportements et attitudes, le répondant doit comparer ce que sa mère ou son substitut faisait envers lui au cours de ses 16 premières années de vie. L'exercice est repris avec la comparaison concernant les comportements et attitudes du père ou son substitut. Chaque ensemble comporte 12 items pour la dimension de la qualité des soins et 13 items pour la dimension du contrôle. Pour chacune des 25 questions fermées, le répondant choisit les réponses possibles allant de "très semblables", "modérément semblable", "modérément différent" et "très différent". (Parker et coll., 1979).

Le PBI est issu d'une analyse factorielle de 114 items référant aux comportements et aux attitudes des parents durant les 16 premières années de vie d'un enfant. Cette analyse permet d'identifier un premier facteur comptant pour 52 % de la variance et fortement bipolaire. Il s'agit des dimensions de la chaleur et de l'engagement dans les soins (*care/involvement*) allant de la perception d'affection et

d'acceptation venant du parent à la perception de l'indifférence ou du rejet. Le deuxième facteur comptant pour 29% de la variance suggère une dimension de surprotection (*control/overprotection*) allant du pôle de la perception du contrôle parental intrusif au pôle de la perception de l'encouragement à l'indépendance et à l'autonomie (Parker et coll., 1979). Selon ces auteurs et tel que démontré dans d'autres études (Mackinnon et coll., 1989) la mesure des antécédents relationnels comporte deux facteurs. D'autres auteurs ont toutefois démontré une analyse comportant trois facteurs (van IJzendoorn, 1991).

L'analyse factorielle de la présente étude soutient l'hypothèse des trois facteurs telle que démontré par van IJzendoorn (1991). Ces facteurs représentent les dimensions bipolaires de la chaleur et de l'engagement dans les soins telles que rapportés par Parker et coll. (1979) ainsi que deux autres dimensions de la surprotection soit l'autonomie et le contrôle intrusif. L'hypothèse de trois facteurs explique 53 à 59% de la variance totale soit environ 10% de plus que l'hypothèse à deux facteurs. Le coefficient alpha démontre une consistance interne élevée pour chacun des facteurs de la qualité des soins, de l'autonomie et du contrôle qui obtiennent une valeur respective de 0,92, 0,82 et 0,81 pour la perception qu'a le répondant de sa mère et de 0,92, 0,83 et 0,76 pour la perception qu'a le répondant de son père. Selon Burns et Grove (1993), une consistance interne à 0,80 représente le plus bas coefficient acceptable pour un instrument connu.

Justification du choix du PBI. Le PBI est un instrument de mesure auto-administré qui peut être complété en quelques minutes. À la connaissance de l'auteure, il représente parmi les échelles courtes, l'échelle la plus valide pour mesurer

l'impression persistante de la relation d'une personne avec ses parents.

Plan d'analyse

Dans un premier temps, des analyses descriptives de tendances centrales et de dispersion servent à établir le profil socio-démographique des sujets de l'étude. Des mesures de tendances centrales et de dispersion sont aussi réalisées avec chacun des instruments de mesure des antécédents relationnels et de la sensibilité parentale. Des alpha de Cronbach démontrent la consistance interne des trois sous-échelles du PBI. Dans un deuxième temps, un test de W (Shapiro-Wilk) permet d'examiner la distribution des réponses à chacun des items propres aux deux instruments de mesure utilisés dans cette étude. Un test de Kolmogorov-Smirnov vise à identifier des différences au niveau de la distribution des résultats obtenus auprès des mères et des pères.

Par la suite, des analyses de corrélations établies par un coefficient de Pearson sont conduites pour vérifier l'occurrence d'un lien entre chacune des sous-échelles du PBI des mères et des pères et la sensibilité de chacune d'elles. Finalement, tel que suggéré par d'autres auteurs (Seifer et coll., 1997; Wilfong et coll. 1995), des analyses complémentaires sont conduites afin d'identifier des différences au niveau des résultats obtenus avec le P/CIS et les données socio-démographiques de l'échantillon.

Limites de l'étude

La taille de l'échantillon ainsi que le recrutement non aléatoire des sujets ne permettent pas la généralisation des résultats.

Chapitre IV: Résultats

Résultats

Le quatrième chapitre porte sur la présentation des résultats de cette étude et est constitué de quatre volets. Le premier volet est consacré à la description des sujets selon leurs caractéristiques socio-démographiques. Le deuxième volet présente des statistiques descriptives des résultats de mesure des deux variables à l'étude soit la sensibilité parentale des mères et des pères et les antécédents relationnels obtenus à l'aide du PBI. Le troisième volet présente les analyses confirmatives des hypothèses soulevées. Le dernier volet porte sur les analyses complémentaires visant à identifier des liens entre les données socio-démographiques et les résultats des deux sous-échelles jumelées de qualité et du caractère approprié des comportements des mères et des pères obtenus à l'aide du P/CIS.

Analyses descriptives des données socio-démographiques

Le tableau 1 présente les résultats des statistiques descriptives des caractéristiques socio-démographiques des mères. L'âge moyen des mères est de 30,4 ans avec un écart-type de 5,7 ans. Quant à la scolarité, 24,2% des mères n'ont pas complété leur secondaire V, 12,1% ont un secondaire V complet alors que 51,5% ont complété un niveau collégial ou universitaire. Donc, plus des deux tiers des mères ont une formation académique équivalente ou supérieure au niveau collégial. En ce qui concerne la source de revenu, 43,2% des mères occupent un emploi à temps plein, 16,4% des mères ont un emploi à temps partiel, 23,6% des mères sont sans emploi, soit bénéficiaire de l'aide sociale ou sont au foyer.

Le tableau 2 présente les caractéristiques socio-démographiques des pères. La

moyenne d'âge des pères est de 33,3 ans avec un écart-type de 6,1 ans. En ce qui concerne la scolarité des pères, 7,7% des pères n'ont pas complété leur secondaire V, 15,4% ont un secondaire V complet alors que 69,2% des pères ont complété un niveau collégial ou universitaire. Donc, plus des deux tiers des pères ont une formation académique équivalente ou supérieure au niveau collégial. En ce qui a trait au travail à l'extérieur, 72,8% des pères ont un emploi à temps complet, 5,4% occupent un emploi à temps partiel, et 22,1% sont sans emploi dont 9,6% sont prestataires de l'assurance chômage et finalement, 11,5% sont prestataires de l'aide sociale.

Le tableau 3 présente les statistiques descriptives en ce qui a trait au nombre d'enfant vivant dans la famille ainsi qu'au revenu familial. Le revenu familial annuel est inférieur à \$ 30,000 pour 40,6% des familles entre \$ 30,000 et \$ 60,000 pour 21,9% d'entre elles et au dessus de \$ 60,000 pour 37,5%. Les familles ont en moyenne deux enfant (écart-type = 0,9) et 50% d'entre elles en ont un seul.

Tableau 1
Caractéristiques socio-démographiques pour les mères

	n	f (%)	\bar{x}	s
ÂGE				
16-20 ans	4		30,4	5,73
21-25 ans	8			
26-30 ans	16			
31-35 ans	3			
36-40 ans	2			
Pas répondu	1			
SCOLARITÉ				
Moins d'un secondaire V	8	24,3		
Diplôme de secondaire V	8	24,2		
Diplôme d'études collégiales	9	27,3		
Diplôme d'études universitaires	8	24,2		
Pas répondu	1			
SOURCE DE REVENU				
Emploi à temps plein	12	35,2		
Emploi à temps partiel	5	14,7		
Aide sociale	8	23,5		
Aucun	8	23,5		
Pas répondu	1			

Tableau 2
 Caractéristiques socio-démographiques pour les pères

	n	f (%)	\bar{x}	s
ÂGE				
16-20 ans	0		33,3	6,12
21-25 ans	5			
26-30 ans	14			
31-35 ans	4			
36-40 ans	2			
40-45 ans	1			
Pas répondu	2			
SCOLARITÉ				
Moins d'un secondaire V	2	7,7		
Diplôme de secondaire V	6	23,1		
Diplôme d'études collégiales	9	34,6		
Diplôme d'études universitaires	9	34,6		
Pas répondu	2			
SOURCE DE REVENU				
Emploi à temps plein	19	64,3		
Emploi à temps partiel	2	7,1		
Aide sociale	3	10,7		
Aucun	3	10,7		
Pas répondu	2			

Tableau 3
Caractéristiques socio-démographiques communes aux mères et aux pères

	n	f (%)
REVENU FAMILIAL		
Moins de \$ 10,000	4	12,5
\$10,000-19,999	8	25,0
\$20,000-29,999	1	3,1
\$30,000-39,999	1	3,1
\$40,000-49,999	3	9,4
\$50,000-59,999	3	9,4
\$60,000-69,999	3	9,4
\$70,000 et plus	9	28,1
Pas répondu	2	
NOMBRE D'ENFANTS VIVANT DANS LA FAMILLE		
Un enfant	14	50,0
Deux enfants	9	32,1
Trois enfants	4	14,3
Quatre enfants	1	3,6
Pas répondu	6	

Analyses descriptives des variables à l'étude

La distribution des résultats de la qualité et du caractère approprié des comportements des mères et des pères est présentée au tableau 5. La normalité de la distribution des résultats obtenus auprès des mères et des pères est calculée afin de réduire les biais quant à leur interprétation. Par exemple, une distribution anormale avec des valeurs extrêmes est fréquemment reliée à une identification erronée des variables expliquant le phénomène à l'étude (Weisberg, 1977). Afin d'obtenir des résultats continus, les scores moyens des 22 items issus du P/CIS de chacun des sujets sont utilisés. Le score moyen des résultats de la mesure de la sensibilité des mères se situe entre 1,94 et 5,00 ($\bar{x} = 4,03$; $s = 0,74$) alors qu'elle se situe entre 3,50 et 4,93 ($\bar{x} = 4,22$; $s = 0,42$) pour les pères.

Un test de W (Shapiro-Wilk) permet d'évaluer la normalité de la distribution des résultats. La non normalité de la distribution pourrait affecter la puissance de la corrélation (r) des variables ainsi que le niveau de signification (p). L'évaluation de la normalité de la distribution des résultats obtenus auprès des mères est de 0,929 ($p=0,047$) et de 0,956 ($p=0,453$) pour les résultats obtenus auprès des pères. Tabachnick et Fidell (1989) suggèrent de référer à un niveau alpha assez conservateur pour ce test. Dans la présente étude, le niveau alpha de 0,001 est donc utilisé comme critère de décision. Lorsque la probabilité associée au test de W est supérieure au critère de décision, c'est qu'il n'y a aucune déviation majeure de la normalité de la distribution (Fiset et Fortin, 1992). Le test de W permet de conclure qu'il n'y a pas de déviation majeure de la normalité de la distribution des résultats obtenus auprès des mères et des pères. Les analyses de corrélation de Pearson sont donc appropriées compte tenu de la distribution des résultats de la présente étude.

De plus, le test de Kolmogorov-Smirnov est réalisé pour comparer la distribution des résultats propres aux mères et aux pères. En effet, ce test sert à identifier des différences au niveau de la distribution des résultats obtenus auprès des sujets de deux échantillons issus d'une même population. Les résultats de ce test permettent de conclure que la distribution des résultats pour les mères et les pères n'est pas significativement différente. En effet, pour être significatif, le résultat du test de Kolmogorov-Smirnov devrait être égal ou supérieur à la valeur correspondante de la table d'interprétation des résultats soit plus grand ou supérieur à 0,240 dans la présente étude (Burns et Grove, 1993). Or, le résultat pour ce test se situe à 0,100 pour les mères

et à 0,103 pour les pères. Donc, l'occurrence de liens différents pour les mères et les pères ne seraient pas imputables à une différence quant à la distribution des résultats.

Les données présentées aux tableaux 4 et 5 indiquent les résultats obtenus auprès des mères et des pères lors de l'évaluation des antécédents relationnels à l'aide du PBI. Dans un premier temps, les résultats pour chaque sous-échelles obtenues auprès des mères et des pères séparément sont présentés. Dans un deuxième temps, les résultats propres à chacun des deux parents sont présentés.

Tableau 4
Analyses descriptives des résultats des sous-échelles du PBI pour les mères

	<u>n</u>	<u>minimum</u>	<u>maximum</u>	\bar{x}	<u>s</u>
Qualité des soins de la mère	31	1,00	4,00	3,08	0,72
Autonomie encouragée par la mère	31	1,00	4,00	2,78	0,74
Surprotection de la mère	31	1,00	3,14	1,85	0,65
Qualité de soins du père	30	1,42	3,83	2,84	0,74
Autonomie encouragée par le père	30	1,33	4,00	2,90	0,74
Surprotection du père	29	1,00	3,00	1,92	0,57

Tableau 5
Analyses descriptives des résultats des sous-échelles du PBI pour les pères

	<u>n</u>	<u>minimum</u>	<u>maximum</u>	\bar{x}	<u>s</u>
Qualité des soins de la mère	24	2,27	4,00	3,24	0,53
Autonomie encouragée par la mère	24	1,83	4,00	2,92	0,67
Surprotection de la mère	24	1,00	3,57	1,86	0,67
Qualité de soins du père	23	1,33	3,83	2,68	0,65
Autonomie encouragée par le père	23	1,50	4,00	2,96	0,72
Surprotection du père	23	1,00	2,71	1,67	0,55

Analyses principales

Selon la première hypothèses, des antécédents relationnels s'illustrant par des

soins chaleureux de la part de leurs propres parents sont associés à une sensibilité parentale élevée chez les mères et les pères d'enfant âgés de 18 mois. Il en va de même pour la deuxième hypothèse qui stipule que lorsque les antécédents relationnels s'illustrent par le souvenir de l'encouragement à l'autonomie de la part des parents. Il s'en suit une sensibilité parentale élevée chez les mères et les pères. Puisque les dimensions du PBI sont conceptuellement différentes, une troisième hypothèse distincte est construite à l'effet que des antécédents relationnels perçus contrôlants et intrusifs de la part de leurs propres parents sont associés à une sensibilité parentale peu élevée chez les mères et les pères.

Afin de vérifier ces hypothèses, des corrélations de Pearson sont effectuées. Les tableaux 6 et 7 présentent les résultats de ces analyses pour les mères et les pères séparément. Le tableau 8 présente les résultats de ces analyses pour l'ensemble des sujets de la présente étude. Dans un premier temps, cette stratégie vise à identifier, le cas échéant, les spécificités propres aux mères et aux pères. Dans un deuxième temps, elle vise à contrer les effets non probants reliés à la taille de l'échantillon.

Tableau 6
Corrélations entre la sensibilité parentale et les antécédents relationnels des mères

	n	r	p
Qualité des soins de la mère	30	0,14	0,23
Autonomie encouragée par la mère	30	-0,03	0,42
Surprotection de la mère	30	-0,24	0,09*
Qualité de soins du père	29	-0,05	0,38
Autonomie encouragée par le père	29	0,11	0,29
Surprotection du père	28	0,05	0,40

* corrélation marginalement significative

Tableau 7

Corrélations entre la sensibilité parentale et les antécédents relationnels des pères

	n	r	p
Qualité des soins de la mère	21	0,13	0,28
Autonomie encouragée par la mère	21	-0,09	0,35
Surprotection de la mère	21	-0,28	0,11*
Qualité de soins du père	20	-0,07	0,38
Autonomie encouragée par le père	20	0,16	0,26
Surprotection du père	20	-0,38	0,04**

* corrélation marginalement significative

** $p < 0,05$

Tableau 8

Corrélations entre la sensibilité parentale et les antécédents relationnels des mères et des pères

	n	r	p
Qualité des soins de la mère	51	0,16	0,12
Autonomie encouragée par la mère	51	-0,03	0,41
Surprotection de la mère	51	-0,24	0,04*
Qualité de soins du père	49	-0,07	0,32
Autonomie encouragée par le père	49	-0,04	0,40
Surprotection du père	48	-0,10	0,25

* $p < 0,05$

Les données présentées aux tableaux 6 et 7 indiquent qu'il n'y a pas de lien entre les antécédents relationnels perçus positivement en terme de qualité des soins reçus et de l'encouragement à l'autonomie et la sensibilité parentale. D'autre part, des antécédents relationnels mesurés par la sous-échelle de surprotection provenant du père ($r = -0,38$, $p < 0,05$) sont significativement associés à la sensibilité parentale des pères. Une telle corrélation négative permet de constater qu'une surprotection élevée est associée à une sensibilité du père peu élevée. Ce lien entre la surprotection provenant du père et la sensibilité parentale des mères n'est pas démontré ($r = 0,05$, $p > 0,05$). Les

liens entre la surprotection provenant de la mère et la sensibilité des mères ($r=-0,24$, $p=0,09$) et des pères ($r=-0,28$, $p=0,11$) sont marginalement significatifs. Bien que ces corrélations ne soient que marginalement significatives, elles sont suffisamment fortes pour penser que la surprotection provenant de la mère soit associée à une sensibilité parentale moins élevée autant chez les mères que les pères.

En effet, comme le démontre le tableau 8, lorsque tous les sujets de l'étude sont regroupés, les antécédents relationnels négatifs provenant de la mère sont significativement reliés à la sensibilité parentale ($r=-0,24$, $p<0,05$). Comme il s'agit là encore d'une corrélation négative, il est permis de croire que la surprotection provenant de la mère soit associée à une sensibilité parentale moins élevée. Ces résultats permettent donc de confirmer la deuxième hypothèse.

Analyses complémentaires

Les tableaux 9 et 10 présentent les résultats obtenus lors de la mesure de la qualité et du caractère approprié du comportement des mères selon leur scolarité. Un test-t pour échantillons indépendants réalisé selon la procédure de Bonferroni permet d'identifier des différences significatives entre des mesures statistiques (Burns & Grove, 1993). Ce type d'analyse permet de constater que les mères qui ont un diplôme de niveau collégial ou universitaire démontrent une sensibilité parentale significativement plus élevée ($p=0,02$) que celles qui n'ont pas de diplôme.

Tableau 9

Distribution de la sensibilité des mères selon le niveau de scolarité

Scolarité	n	minimum	maximum	\bar{x}	écart-type
Pas de diplôme	8	1,94	4,30	3,43	0,70
Secondaire V	8	3,40	4,69	4,15	0,44
Collégial ou universitaire	16	2,38	5,00	4,28	0,74

Tableau 10

Différences de la sensibilité des mères selon le niveau de scolarité

Scolarité(a)	Scolarité(b)	Différence \bar{x} (a-b)	Intervalle inférieur	Intervalle supérieur	p
Pas de diplôme	Diplôme Secondaire V	-0,71	-1,56	0,14	0,29
	Diplôme collégial ou universitaire	-0,84	-1,58	-0,10	0,02*
Diplôme Secondaire V	Pas de diplôme	0,71	0,14	-0,14	1,56
	Diplôme collégial ou universitaire	-0,13	-0,87	0,60	1,00
Diplôme collégial ou universitaire	Pas de diplôme	0,84	0,10	1,58	0,02*
	Diplôme Secondaire V	0,13	-0,60	0,87	1,00

*p < 0,05

Le même exercice est repris avec le groupe de pères et les données sont présentées aux tableaux 11 et 12. Ces résultats démontrent une différence très significative ($p=0,001$) entre la sensibilité des pères qui n'ont pas de diplôme et ceux qui ont un diplôme d'études collégiales ou universitaires.

Tableau 11
Distribution de la sensibilité des pères selon le niveau de scolarité

Scolarité	n	minimum	maximum	\bar{x}	écart-type
Pas de diplôme	2	3,85	4,05	3,95	0,14
Secondaire V	6	3,50	4,57	3,80	0,40
Collégial ou universitaire	15	4,11	4,93	4,22	0,42

Tableau 12
Différences de la sensibilité des pères selon le niveau de scolarité

Scolarité(a)	Scolarité(b)	Différence \bar{x} (a-b)	Intervalle inférieur	Intervalle supérieur	p
Pas de diplôme	Diplôme Secondaire V	0,15	-0,51	0,81	1,00
	Diplôme collégial ou universitaire	-0,47	-1,09	-0,51	0,17
Diplôme Secondaire V	Pas de diplôme	-0,15	-0,81	0,51	1,00
	Diplôme collégial ou universitaire	-0,63	-1,02	-0,24	0,001*
Diplôme collégial ou universitaire	Pas de diplôme	0,47	-0,13	1,09	0,16
	Diplôme Secondaire V	0,63	0,23	1,02	0,001*

*p < 0,05

Les tableaux 13 et 14 présentent les résultats obtenus lors de la mesure de la qualité et du caractère approprié du comportement des mères selon le revenu familial. Un test-t pour échantillons indépendants réalisé selon la procédure de Bonferroni permet de constater que les mères qui ont un revenu familial annuel à \$60,000 et plus démontrent une

sensibilité parentale significativement plus élevée ($p= 0,02$) que celles qui ont un revenu familial annuel de moins de \$30,000. D'autre part, les résultats présentés aux tableaux 15 et 16 ne démontrent pas de différence de la sensibilité des pères selon le revenu familial annuel.

Tableau 13

Distribution de la sensibilité des mères selon le revenu familial annuel

Revenu familial	n	minimum	maximum	\bar{x}	écart-type
Moins de \$30,000	13	1,94	5,00	3,64	0,84
\$30,000 à 59,000	7	3,28	4,89	4,00	0,64
\$60,000 et plus	11	3,95	4,94	4,46	0,74

Tableau 14

Différences de la sensibilité des mères selon le revenu familial annuel

Revenu(a)	Revenu(b)	Différence \bar{x} (a-b)	Intervalle inférieur	Intervalle supérieur	p
Moins de \$30,000	\$30,000 à \$59,000	-0,36	-1,16	0,44	0,77
	\$60,000 et plus	-0,82	-1,52	-0,13	0,02*
\$30,000 à \$59,000	Moins de \$30,000	0,36	-0,44	1,16	0,77
	\$60,000 et plus	-0,46	-1,28	0,36	0,49
\$60,000 et plus	Moins de \$30,000	0,82	0,13	1,52	0,02*
	\$30,000 à 59,000	0,46	-0,36	1,28	0,49

* $p < 0,05$

Tableau 15

Distribution de la sensibilité des pères selon le revenu familial annuel

Revenu familial	n	minimum	maximum	\bar{x}	écart-type
Moins de \$30,000	6	3,56	4,63	4,07	0,43
\$30,000 à 59,000	6	3,50	4,85	4,18	0,48
\$60,000 et plus	10	4,11	4,93	4,40	0,31

Tableau 16
Différences entre la sensibilité des pères selon le revenu familial annuel

Revenu(a)	Revenu(b)	Différence \bar{x} (a-b)	Intervalle inférieur	Intervalle supérieur	p
Moins de \$30,000	\$30,000 à \$59,000	-0,11	-0,71	0,48	1,00
	\$60,000 et plus	-0,34	-0,87	0,20	0,35
\$30,000 à \$59,000	Moins de \$30,000	-0,11	-0,48	0,71	1,00
	\$60,000 et plus	-0,22	-0,76	0,31	0,87
\$60,000 et plus	Moins de \$30,000	0,34	-0,20	0,87	0,35
	\$30,000 à 59,000	0,22	-0,31	0,76	0,87

Chapitre V: Discussion

Discussion

Ce chapitre présente la discussion relative à l'interprétation des résultats. Ces résultats sont expliqués et comparés à ceux d'autres études. Les limites propres à l'interprétation et à la généralisation des résultats sont présentées. Finalement, des recommandations pour la recherche et la pratique des soins infirmiers sont exposées.

Caractéristiques des liens entre les antécédents relationnels et la sensibilité parentale

Les résultats cette étude infirme les deux premières hypothèses selon lesquelles des antécédents relationnels s'illustrant par des soins chaleureux et encouragement à l'autonomie sont associés à une sensibilité parentale élevée chez les mères et les pères. En effet, les corrélations entre ces antécédents relationnels et la sensibilité parentale des mères et des pères sont faibles et non significatives. D'autre part, les résultats confirment partiellement la troisième hypothèse selon qu'il s'agit du sexe du parent et de la provenance de ses antécédents relationnels perçus négativement. Lorsque le père a intégré des modèles relationnels contrôlants et intrusifs durant les premières années de sa vie, sa sensibilité parentale serait moins élevée. En effet, la surprotection provenant de sa propre mère ou de son propre père est associée significativement à une sensibilité moins élevée chez le père. Pour les mères, les liens sont différents. Lorsque la mère a intégré des modèles contrôlants et intrusifs durant les premières années de sa vie, sa sensibilité parentale est moins élevée seulement lorsqu'ils proviennent de sa propre mère. La surprotection provenant de son propre père ne semble pas être associée à la sensibilité parentale des mères. Selon le modèle de Belsky (1984), l'histoire du développement du parent influence ses conduites parentales. Les résultats de la présente

étude ne permettent pas de démontrer cette proposition du modèle de Belsky de façon générale pour les mères et les pères. Il est donc possible qu'il existe des différences quant à l'origine des conduites parentales des mères et des pères. Il demeure possible qu'une personne puisse se souvenir d'avoir été rejetée et, en même temps, être capable d'en parler de manière cohérente et non-défensive. C'est davantage ce dernier aspect qui serait en relation avec sa sensibilité parentale (Fogany et al, 1991). Selon ces mêmes auteurs, une personne peut dans son discours sur ses relations d'attachement avec ses propres parents, avoir une attitude défensive pour se protéger, et mettre de côté les expériences négatives vécues durant son enfance. Cette attitude défensive conduira cette personne à ne rapporter aucun comportement négatif lorsqu'il répond à un questionnaire sur les conduites de ses parents. Cette attitude défensive ou de protection inconsciente serait davantage en relation avec sa sensibilité parentale que ce qu'il rapporte de façon consciente. Ces nuances pourraient expliquer les faibles corrélations entre les échelles de qualité des soins et de l'encouragement à l'autonomie et le score de sensibilité parentale puisque le PBI est un instrument visant à obtenir des données de perception consciente.

Bien que d'autres études ont démontré la stabilité de la transmission de conduites parentales engagées et sensibles dans la relation père-fils (Radin, 1994; Simons et coll., 1991) et mère-fille (Martell, 1990), ces liens ne sont pas ressortis dans la présente étude. Toutefois, les résultats de la présente étude sont intéressants et soulèvent plusieurs questions. L'absence de corrélation entre les antécédents relationnels perçus positivement avec leurs propres parents et la sensibilité des mères et

des pères permettent de s'interroger sur la validité du P/CIS et sur le contexte dans lequel cet instrument peut être utilisé. Même si plusieurs études ont démontré des liens significatifs entre différentes variables et la sensibilité parentale mesurée à l'aide du P/CIS, sa validité demande à être explorée davantage. En effet, des corrélations avec des instruments similaires dont la validité est démontrée ou avec les concepts théoriques servant à définir la sensibilité parentale pourraient établir avec plus de certitude la validité du P/CIS.

Tel que déjà soulevé par d'autres auteurs (van Ijzendoorn, 1992), la procédure d'évaluation de la sensibilité parentale peut influencer les résultats obtenus. La procédure utilisée dans la présente étude place le parent et l'enfant dans une situation relationnelle artificielle. En effet, même si l'observation du comportement des parents est réalisée au domicile de la famille, la situation demeure artificielle et régie par des consignes précises. Il est possible que, se sachant observés par des professionnels de la santé (infirmières ou psychologues), les parents peuvent faire preuve de désirabilité sociale et adapter leurs conduites envers leur enfant en fonction de normes socialement acceptées. De plus, la procédure actuelle est réalisée lors d'une séance de jeu. Or, il demeure possible que cette situation ne représente pas la même réalité que lorsque le parent donne des soins à l'enfant comme par exemple au moment des repas ou du bain. Une observation sur une période plus longue dans une situation de vie quotidienne permettrait l'émission d'une plus grande variété de comportements de la part du parent et représenterait un environnement plus significatif pour l'observation de l'interaction parent-enfant. De plus, les observateurs de la présente étude avaient de jeunes enfants.

Il demeure possible que leur évaluation puisse laisser transparaître certaines valeurs quant à certains comportements du parent. De plus, étant toutes les deux de sexe féminin, il est possible que leur perception des conduites parentales des pères soit différente de celle d'un homme.

Étant donné les limites de la présente étude, certaines variables étrangères pouvant influencer les liens entre l'histoire du développement et la sensibilité parentale ne sont pas contrôlées. Selon le modèle de Belsky (1984), chacun des déterminants peut représenter une source de soutien ou de stress pouvant faciliter ou entraver la sensibilité et l'engagement parental. Par exemple, selon Belsky (1984), la qualité de la relation conjugale est le facteur environnemental qui a le plus d'influence sur les conduites parentales. Selon Belsky et Vondra (1989), le soutien puisé dans une relation conjugale satisfaisante représente une ressource adaptative qui peut diminuer les effets négatifs de tous autres déterminants sur la sensibilité et l'engagement parental. Une relation conjugale harmonieuse est associée à une plus grande sensibilité parentale et à des relations parent-enfant plus chaleureuses (Cox, Owen, Lewis et Henderson, 1989). Lorsque la relation conjugale représente une source de stress, la discorde entre les parents les rend moins sensibles aux besoins de l'enfant. Ils démontent dans ce cas plus de comportements coercitifs et autoritaires (Simons, Lorenz, Conger et Wu, 1992).

Selon les résultats de la présente étude, la surprotection provenant de leur propre père influence significativement la sensibilité parentale des pères et non celle des mères. La surprotection provenant de leur propre mère influence la sensibilité des mères et des pères. La surprotection se traduit pas des comportements qui visent à contrôler

l'enfant et qui ont un caractère intrusif. Selon les théoriciens de l'attachement, les enfants qui ont vécu avec leurs parents une relation où ils ont ressenti du rejet et de l'insensibilité ont développé des modèles cognitifs internes les conduisant à avoir une piètre estime d'eux-mêmes et de leur environnement (Bowlby, 1980; Bretherton, 1985). Ce biais de perception à interpréter négativement ses propres modèles et ceux de son environnement conduirait ces personnes à être plus colériques et irritables (Beck, 1976). Elles exprimeraient moins d'intérêt, de chaleur et moins de soutien dans le vécu des défis quotidiens de l'enfant (Simons et coll., 1993).

Certaines études qui se sont attardées sur la transmission intergénérationnelle des conduites parentales des pères ont tenté d'identifier pourquoi certains pères reproduisent les modèles contrôlants qu'ils ont expérimentés avec leur père alors que d'autres démontrent des conduites tout à fait différentes. D'une part, l'effet de l'identification au modèle de rôle pourrait expliquer les similitudes. Les changements qui surviennent dans le développement de l'enfant lors de l'intégration ou l'intériorisation des modèles de rôle des parents font partie du processus d'identification de la personne. Comme c'est le cas dans la présente étude, d'autres chercheurs ont démontré qu'un faible engagement et une relation père-fils se définissant à partir de la surprotection se transmet comme modèle de rôle d'une génération à l'autre par le processus d'identification père-fils (Manion, 1977; Sagi, 1982; Simons et coll, 1991; 1993). Il demeure possible que ce modèle avec lequel l'enfant a été en contact durant toute son enfance dans l'intimité de sa famille soit interprété comme un modèle associé à la qualité et au caractère approprié des conduites parentales. En l'absence de d'autres

modèles, l'adulte devenu parent reproduit ces modèles appris dans son environnement. Toutefois, lorsque l'adulte est en contact avec d'autres modèles de conduites parentales soit par des lectures, la participation à des groupes de soutien parental ou par une éducation sur les besoins de développement de l'enfant, il peut réorienter ses valeurs et ses croyances en regard des conduites parentales connues.

La sensibilité des mères et des pères est influencée différemment par les antécédents relationnels avec leur propre père durant l'enfance. La sensibilité des mères ne semble pas affectée par le souvenir d'une relation de surprotection provenant du père durant l'enfance comme c'est le cas pour la sensibilité des pères. De façon générale, le rôle social du père auprès de l'enfant demeure associé à l'exercice de la discipline. Il est possible qu'en raison de cette attribution de rôle, le contrôle provenant du père soit perçu comme une conduite parentale appropriée et qu'elle ne soit pas associée à un contrôle intrusif pour les mères. Par contre, lorsque les antécédents relationnels sont perçus négativement avec sa propre mère, la sensibilité maternelle s'en trouve négativement influencée. Le processus d'identification ou de modèle de rôle peut expliquer ces différences entre les impacts de relations négatives selon qu'il s'agit de la relation avec la mère ou le père.

Le fait que le lien entre les antécédents relationnels et la sensibilité parentale diffère selon qu'il s'agit de la mère ou du père peut s'expliquer en partie par la distribution des rôles dévolus aux hommes et aux femmes dans notre société. L'évolution du rôle des femmes et des hommes dans notre société, particulièrement en ce qui a trait à l'augmentation de la participation des femmes sur le marché du travail, a

entraîné une modification du partage des tâches reliées aux soins des enfants à l'intérieur du couple. Toutefois, ce partage demeure encore inégal. La responsabilité des soins quotidiens de l'enfant demeure généralement sous la responsabilité de la mère (Conseil de la famille, 1993). Le rôle principal du père est surtout relié au soutien qu'il peut donner au parent primaire qu'est la mère. Le père est surtout identifié comme un compagnon de jeu pour l'enfant à des moments qui lui conviennent ou comme un agent de discipline. Selon Provost et Tremblay (1990), cette division traditionnelle des rôles s'avère encore plus marquée lorsque la femme abandonne son emploi à la suite de la naissance de son enfant. Ces modèles sociaux peuvent expliquer le fait que des antécédents relationnels surprotecteurs soient associés à une sensibilité parentale moins élevée autant en ce qui concerne la sensibilité des mères que des pères. Le fait que le lien devienne significatif lorsque les groupes de sujets sont regroupés alors que la corrélation n'apparaît pas significative lorsque les deux groupes (mères et pères) sont évalués séparément peut être causé par la taille trop restreinte de l'échantillon dans chacun de ces sous-groupes.

De plus, l'utilisation d'une mesure rétrospective pour évaluer le lien entre les antécédents relationnels et la sensibilité parentale pose certaines limites. Selon Brewin, Andrews et Gottlieb (1993), la façon dont une personne reconstruit son passé relationnel dépend de l'état émotionnel dans lequel elle se trouve. Ainsi, l'état de stress dans lequel se trouve le sujet au moment de la mesure pourrait influencer sa perception de ses antécédents relationnels avec ses parents. Une étude de Ross et Spinner (1997) montre que les résultats obtenus à l'aide du PBI peuvent changer de façon significative

sur une période de neuf mois entre les deux temps de mesure et en fonction des expériences relationnelles vécues durant cette période.

Pour contrer les effets confondants d'une mesure rétrospective, Simons et coll. (1993) suggèrent que des études sur la perception des relations avec les parents soient entreprises durant l'enfance et se poursuivent jusqu'à l'âge adulte. De telles études longitudinales pourraient permettre de mieux saisir l'effet des antécédents relationnels sur les conduites parentales. D'autre part, une étude réalisée par Miller et coll. (1997) portant sur la transmission intergénérationnelle des conduites parentales mère-fille montre que le souvenir d'une relation contrôlante et intrusive demeure stable sur une période de 10 ans chez 75% des femmes ayant présenté des signes de dépression majeure et chez 50% des femmes n'ayant pas d'histoire de dépression. Dans cette étude, le PBI est utilisé comme instrument de mesure des antécédents relationnels avec la mère. Les auteurs concluent qu'en dépit des limites soulevées par une méthode rétrospective, leur étude démontre qu'une relation mère-fille démontrant un contrôle intrusif se transmet de génération en génération indépendamment du tempérament de la mère et de sa fille, de la présence de signes de dépression majeure ou d'un statut socio-économiquement défavorisé. Ces auteurs recommandent que le dépistage systématique des antécédents relationnels soit réalisé auprès de chaque nouvelle mère. Selon les résultats de leur étude, le dépistage précoce d'antécédents relationnels ayant un caractère contrôlant et intrusif pourrait être une opportunité d'intervention afin de prévenir les désordres psychopathologiques chez les enfants.

De plus, la présente étude apporte une perspective différente sur les facteurs

historiques qui peuvent influencer les conduites parentales de pères. En effet, la majorité des études sur les conduites parentales des pères s'attardent à leur engagement surtout en terme de temps passé avec leur enfant (Pleck, 1997) et explorent surtout les facteurs culturels et sociaux qui peuvent l'influencer comme la satisfaction à l'égard de la relation conjugale (Gable et coll., 1992; Nugent, 1991) ou en fonction de la présence de la mère sur le marché du travail (Volling et Belsky, 1991). Selon ces mêmes auteurs, la majorité des études échouent lorsqu'il s'agit d'intégrer une perspective de l'histoire du développement à l'étude des facteurs qui déterminent les conduites parentales des pères alors que selon le modèle de Belsky (1984), cet élément est un des déterminants primaires des conduites parentales des plus importants parce qu'il influence à priori tout le contexte dans lequel la relation parent-enfant évolue.

L'accès à des données socio-démographiques portant sur les sujets de la présente étude a permis de réaliser des analyses complémentaires aux analyses principales prévues dans cette étude. Ces analyses montrent que la sensibilité parentale est influencée par des facteurs socio-économiques. Un niveau de scolarité peu élevé est associé de façon significative à une sensibilité parentale moins élevée chez les mères et les pères. Ces résultats sont congruents avec une recension des écrits réalisée par Mercer (1986) sur l'influence du niveau de scolarité sur les conduites parentales. Selon l'analyse de Mercer (1986), les parents avec un niveau de scolarité plus élevé se sentent plus à l'aise avec leur rôle de parent. Ils seraient plus confiants dans leur propre jugement face à l'interprétation qu'ils font des besoins de leur enfant. Selon Mc Bride (1989), les pères qui ont un niveau de scolarité plus élevé se sentiraient plus compétents

pour exercer leur rôle parental. De même, selon Teti et Gelfand (1991), le degré de compétence parentale des mères serait proportionnel à leur niveau de scolarité.

Dans la présente étude, un revenu familial peu élevé est significativement associé à une sensibilité maternelle moins élevée alors que ce lien n'est pas démontré pour les pères. Le lien entre la pauvreté et les conduites parentales est un fait déjà reconnu. Selon le Ministère de la santé et services sociaux du Québec (1991), la pauvreté a des effets néfastes sur les conduites parentales. Les familles à bas revenu sont exposées à de nombreuses situations qui risquent d'influencer la santé et le bien-être de ses membres. La pauvreté entraînerait du stress psychologique chez les parents, de la violence familiale, des conduites parentales autoritaires. Selon Valois (1993), ces conduites dysfonctionnelles seraient plus fréquentes chez les parents vivant dans un contexte de pauvreté.

Les résultats et le modèle de Rogers

Les résultats de la présente étude ne démontrent qu'en partie les principes de l'intégralité et de l'hélicie concernant les conduites parentales. Selon ces principes plus les antécédents relationnels sont perçus positivement, plus la sensibilité parentale devrait être élevée. Or la présente étude montre que lorsque les antécédents relationnels sont caractérisés par des soins chaleureux et l'encouragement à l'autonomie, la corrélation avec la sensibilité des pères et des mères n'apparaît pas significative. Par contre, lorsque les antécédents relationnels avec la mère sont perçus négativement par les mères ou les pères, la personne semble avoir intégré un modèle de relation parent-enfant qui la rend moins sensible aux besoins de son enfant. Cette situation contribue à

démontrer le principe de l'hélicie du modèle de Rogers. À tout le moins sur le plan de la recherche, la diversité des caractéristiques des sujets de l'échantillon tend à montrer des résultats qui évoluent vers une diversité croissante. Ce principe encourage donc les chercheurs à baser leurs études sur des groupes homogènes où des variables environnementales sont contrôlées. L'effet des facteurs environnementaux semble être révélateur. En effet, l'absence de diplôme est significativement reliée à une sensibilité parentale significativement moins élevée. Il est possible que les connaissances de la personne acquises au cours d'une scolarité plus longue l'amènent à être plus sensible à son environnement ou bien est-ce que les personnes plus sensibles font preuve d'un plus grand besoin de connaissances en divers domaine?

Limites quant à l'interprétation des résultats

L'interprétation des résultats de la présente étude doit tenir compte de certaines limites. Premièrement, le nombre restreint de sujets ne permet pas la généralisation des résultats. Deuxièmement, le recours à une mesure rétrospective pour mesurer les antécédents relationnels peut produire des effets confondants selon l'état psychologique dans lequel se trouve le sujet au moment de la mesure. De plus, les éléments du contexte environnemental tels que la qualité de la relation conjugale, le niveau de stress, le tempérament de l'enfant ne sont pas contrôlés dans la présente étude. Selon Gottlieb et Pancer (1988), le soutien social, notamment celui du conjoint, exerce une telle influence sur le sentiment de compétence parentale qu'il atténue l'effet de tous les autres facteurs reliés à la personnalité et aux autres caractéristiques du parent et de l'enfant. Ces études suggèrent donc que le soutien conjugal pourrait avoir un effet sur le

lien entre les antécédents relationnels et la sensibilité parentale. Toutefois, ce facteur de la perception du niveau de soutien conjugal n'est pas contrôlé dans la présente étude. Troisièmement, la sensibilité parentale est réalisée à l'aide d'une tierce personne. Il demeure possible que les résultats soient biaisés par les évaluateurs ce qui n'est pas le cas lors de l'utilisation de mesures de perception évaluées par le sujet.

Recommandation pour la pratique infirmière

S'appuyant sur les recommandations de Miller et coll. (1997), les résultats de la présente étude permettent de justifier la nécessité d'explorer systématiquement la perception des antécédents relationnels avec leurs propres parents lorsque l'infirmière intervient auprès des futurs ou des nouveaux parents. Il peut aussi s'avérer utile d'identifier des populations qui seraient plus à risques de perturbations dans leur relation parent-enfant en raison d'une sensibilité parentale généralement moins élevée. La perception d'antécédents relationnels négatifs avec leurs propres parents, ceux qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires et ceux qui ont un revenu annuel peu élevé (moins de \$30,000) devrait représenter pour l'infirmière des populations à risque lorsqu'elle intervient auprès des futurs ou des nouveaux parents. La collecte systématique de données portant sur ces éléments permettrait d'identifier les mères et les pères à risque de perturbation dans l'exercice de leur rôle de parent. Selon la perspective du modèle de Rogers, l'infirmière peut identifier avec le parent les éléments susceptibles de favoriser l'occurrence de modèles à risque de diminuer la sensibilité parentale. À partir de ces données, l'infirmière peut prioriser les interventions les mieux appropriées pour maximiser le potentiel de sensibilité parentale. Puisque la scolarité

semble avoir un effet positif sur la sensibilité parentale, l'infirmière peut identifier des stratégies éducatives afin de promouvoir des conduites parentales plus sensibles. Une meilleure connaissance du développement de l'enfant et l'apprentissage par modèle de rôle peut permettre les changements nécessaires lorsque les échanges entre le parent et l'environnement n'ont pas permis l'acquisition d'une connaissance visant le meilleur développement de l'enfant.

Recommandation pour la recherche

D'autres études sont aussi nécessaires afin de mieux saisir les liens entre les antécédents relationnels et la sensibilité des conduites parentales. L'intérêt soulevé par les différences mères/pères tant en ce qui a trait aux antécédents relationnels aussi bien qu'à la sensibilité parentales devraient stimuler la curiosité des chercheurs. Il est recommandé d'établir des devis d'études longitudinales afin de pouvoir mesurer la perception des relations parent-enfant à plusieurs reprises depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Une attention particulière au contrôle de variables confondantes telles que la qualité de la relation conjugale, les sources de stress environnementales et les caractéristiques de l'enfant devra être portée puisque les résultats obtenus sont dépendants de la réalité multidimensionnelles de la sensibilité et de l'engagement parental. Il semble aussi nécessaire de mieux cerner le concept de la sensibilité parentale qui est peu défini surtout en ce qui concerne la sensibilité des pères. Des études qualitatives portant sur ce concept sembleraient utiles afin de mieux préciser toutes ses dimensions. Le modèle conceptuel de Rogers peut être aussi mieux approprié à ce type de recherche parce qu'il permet de conceptualiser ce processus de la vie

comme une expérience unique pour chaque personne. À tout le moins, des devis quantitatifs mettant en lumière une multitude de variables chez un grand nombre de sujets pourraient permettre des analyses quantitatives à l'aide de corrélations canoniques mettant ainsi au jour la complexité d'un phénomène.

Conclusion

Conclusion

L'objectif poursuivi dans cette étude était de vérifier le lien entre les antécédents relationnels et la sensibilité parentale des mères et des pères d'enfants âgés de 18 mois. Il a été démontré que des antécédents relationnels perçus contrôlants et intrusifs sont significativement reliés à la sensibilité des mères et des pères. Les liens démontrés sont différents pour les mères et les pères selon qu'il s'agit des antécédents relationnels avec leur propre mère ou leur propre père. Ce résultat était inattendu selon les hypothèses de la présente étude et soulève beaucoup de nouvelles questions de recherche. Il serait intéressant dans l'avenir de répliquer cette étude avec un échantillon plus vaste et en documentant davantage l'effet des antécédents relationnels selon qu'ils proviennent de la mère ou du père. Il apparaît aussi indiqué de prévoir ces études pour les mères et les pères à partir des mêmes devis de recherche.

Les analyses complémentaires montrent aussi des liens intéressants mais non décelés par les hypothèses de recherche prévues au début. Le niveau de scolarité est significativement relié à la sensibilité des mères et des pères. Le revenu familial est aussi associé à une sensibilité maternelle plus élevée alors que cette association n'est pas démontrée pour les pères. Ainsi, à l'instar de plusieurs chercheurs, il serait intéressant de reprendre la présente étude avec un échantillon suffisamment grand pour conserver la puissance statistique des analyses en établissant des sous-groupes. Ces sous-groupes pourraient être créés en fonction du niveau de scolarité, du revenu familial et du sexe du parent à l'origine des antécédents relationnels durant l'enfance. Le contexte environnemental de la relation parent-enfant semble influencer la sensibilité

des mères et des pères. Il serait donc probable que d'autres facteurs contextuels tels que les pertes ou les deuils antérieurs vécus par les parents, le déroulement de la grossesse, le stress situationnel, l'état de santé de l'enfant ou son tempérament puissent aussi influencer la sensibilité parentale. Ces questions découlant de la présente étude pourraient faire l'objet d'une exploration scientifique.

Tous ces éléments qui peuvent influencer la santé et le bien-être des parents représentent des sujets d'intérêt pour les sciences infirmières. Dans l'attente, les instruments utilisés dans la présente étude peuvent servir de guide lors de l'intervention auprès des parents. Ils serviront à mieux comprendre l'environnement dans lequel la relation évolue et permettront de mieux valider la qualité et le caractère approprié des conduites parentales.

Finalement, les résultats de la présente étude sont particulièrement intéressants pour les sciences infirmières. Ils contribuent à démontrer l'importance de la mutualité des échanges entre la personne et l'environnement. Les différences et les similitudes des résultats concernant les mères et les pères démontrent aussi la diversité des modèles dans les conduites parentales. Les hypothèses démontrées ou non contribuent à l'émergence de questions nouvelles et sont elles aussi soumises aux principes de l'intégralité et de l'hélicie présentés dans le modèle de Rogers.

Références

Références

- Abidin, R.R. (1992). The Determinants of Parenting Behavior. Journal of Clinical Child Psychology, 21 (4), 407-412.
- Ainsworth, M.D.S. (1969). Infancy in Uganda: Infant Care and the Growth of Love. Baltimore: John Hopkins Press.
- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., Stayton, D.J. (1979). L'attachement de l'enfant à sa mère. Dans J-P. Desportes, A. Vloeberg (Edit.), La recherche en éthologie: les comportements animaux et humains (p. 100-117). Paris: Le seuil.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- Barnard, K.E., Kelly, J.F. (1990). Assessment of Parent-Child Interaction. In S.J. Meisels, J.P. Shonkoff (Eds), Handbook of Early Childhood Intervention (p. 278-302). Cambridge: University Press.
- Barrett, E. A. M. (1988). Using Rogers's Science of Unitary Human Beings in Nursing Practice. Nursing Science Quarterly, 1 (2), 50-51.
- Barrett, E. A. M. (1990). Rogers's Science-Based Nursing Practice. In E.A.M. Barrett (Ed.), Visions of Rogers's Science-Based Nursing (p. 31-44), New York: National League of Nursing.
- Beck, J. (1976). Cognitive Therapy and Emotional Disorder. New York: International University Press.
- Benoit, D., Parker, K.C.H. (1994). Stability and Transmission of Attachment

across Three Generations. Child Development, 65, 1444-1456.

Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting: A Process Model. Child Development, 55, 83-96.

Belsky, J. (1990). Parental and Non-parental Child Care and Children's Socio-Emotional Development: A Decade in Review. Journal of Marriage and the Family, 52, 885-903.

Belsky, J. Robin, E., Gamble, W. (1984). The Determinants of Parenting: Toward a Contextual Theory. In M. Lewis, R. Rosenblum (Eds), Social Connexion: Beyond the Dyad. New York: Plenum Press.

Belsky, J., Vondra, J. (1989). Lessons from Child Abuse: The Determinants of Parenting. In D. Cicchetti, V. Carlson (Eds), Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect (p. 153-202). New York: Cambridge University Press.

Belsky, J. Youngblade, L., Pensky, E. (1989). Childrearing History, Marital Quality, and Maternal Affect: Intergenerational Transmission in a Low-Risk Sample. Development and Psychopathology, 1, 291-304.

Belsky, J., Youngblade, L., Rovine, M., Volling, B. (1991). Patterns of Marital Change and Parent-child Interaction. Journal of Marriage and the Family, 53, 487-498.

* Bernier, Larose, S., Boivin. (1996). L'attachement à l'âge adulte: fondements métrologiques et champs d'application. Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 37 (4), 229-239.

Birtchnell, J. (1993). Does Recollection of Exposure to Poor Maternal Care in

Childhood Affect Later Ability to Relate? British Journal of Psychiatry, 162, 335-344.

Blasco, P.M., Hrnir, E.J., Blasco, P.A. (1990). The Contribution of Maternal Involvement to Mastery Performance in Infants with Cerebral Palsy. Journal of Early Intervention, 14 (2), 161-174.

Bowlby, J. (1958). The Nature of the Child Tie to his Mother. International Journal of Psycho-analysis, 39, 350-373.

Bowlby, J. (1969/1982). Attachment and Loss: Vol. 1: Attachment. London: The Hogarth Press.

Bowlby, J. (1973). Attachment and Loss: Vol. 2: Separation, Anxiety and Anger. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1980). Attachment and Loss: Vol 3: Loss, Sadness and Depression. New York: Basic Books.

Bretherton, I. (1987) New Perspectives on Attachment Relations: Security, Communication, and Internal Working Models. In J. Osofsky (Ed.), Handbook of Infant Development. 2^e ed. (p. 1061-1100). New York: John Wiley.

Bretherton, I. (1990). Communication Patterns, Internal Working Models, and the Intergenerational Transmission of Attachment Relationships. Infant Mental Health Journal, 11, 237-252.

Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Developmental Psychology, 28, 759-775.

Brewin, C., Andrews, B., Gotlib, H. (1993). Psychopathology and Early Experience: A Reappraisal of Retrospective Reports. Psychological Bulletin, 113 (1),

82-98.

Burnes, N., Grove, S.K. (1993). The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization. 2^e éd. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Carboni, J.T. (1995). A Rogerian Process of Inquiry. Nursing Science Quarterly, 8 (19), 22-37.

Carlson, E.A., Sroufe, L.A. (1995). Contribution of Attachment Theory to Developmental Psychopathology. In D.Cicchetti, D.J. Cohen (Eds), Developmental Psychopathology: Theory and Methods (p. 581-617). New York: John Wiley.

Conseil de la Famille. (1990). État et famille: des politiques sociales en mutation, Cahier n° 2, Gouvernement du Québec.

Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Social Sciences. 2^e éd. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Cox, M.J., Owen, M.T., Lewis, J.M., Henderson, U.K. (1989). Marriage, Adult Adjustment, and Early Parenting. Child Development, 7, 65-75.

Cowan, C.P., Cowan, P.A., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W.S., Curtis-Boles, H., Boles, A.J. (1985). Transition to Parenthood. Journal of Family Issues, 6 (4), 451-481.

Cowling, W.R. (1986). The Science of Unitary Human Beings: Theoretical Issues, Methodological Challenges, and Research Realities. In V.M. Malinski. Exploration on Martha Rogers' Science of Unitary Human Beings. Norwalk: Appelton-Century-Crofts.

Crittenden, P. (1988). Relationships at Risk. In J. Belsky, T. Nezworski (Eds), Clinical Implication of Attachment (p. 136-174). Hillsdale, New Jersey: Lawrence

Erlbaum Associates.

Cronenwett, L.R. (1982). Father Participation in Child Care: A Critical Review. Research in Nursing and Health, 5, 63-72.

Farran, D.C., Kasari, C., Comfort-Smith, M. (1985). Rating Maternal Interactions with Young Handicapped Children. Poster présenté au 8th Biennial Meeting of the International Society for the Study of Behavioral Development, Tours, France.

Farran, D.C., Kasari, C., Comfort, M., Jay, S. (1986). Suggestions for the Clinical Uses of the P/CIS. Greensboro: The University of North Carolina at Greensboro.

Fawcett, J. (1994). Theory Development Using Quantitative Methods in the Science of Unitary Beings. In M. Madrid, E.A.M. Barrett (Eds), Roger's Scientific Art of Nursing Practice (369-379). New York: National League for Nursing Press.

Ferketich, S.L., Mercer, R.T. (1994). Predictors of Paternal Role Competence by Risk Status. Nursing Research, 43 (2), 80-85.

Fiset, S., Fortin, C. (1992). La vérification des postulats de normalité de distribution et d'homogénéité des variances en analyse de variance. École de psychologie, Université Laval.

Fogany, P., Steele, H., Steele, M. (1991). Maternal Representations of Attachment During Pregnancy Predict the Organisation of Infant-Mother Attachment at One Year. Child Development, 62, 891-905.

Fox, M.L. (1989). Parental Competence: Determinants of Parental Involvement with Infants. Thèse doctorale non publiée. Université du Texas, Texas, États-Unis.

- Fraiger, S. (1981). Clinical Studies in Infant Mental Health: the First Year of Life. New York: Basic Books.
- Gable, S., Belsky, J., Crnic, K. (1992). Marriage, Parenting, and Child Development: Progress and Prospects. Journal of Family Psychology, 5 (3-4), 276-294.
- Gagnon, L. (1988). La qualité de vie des paraplégiques et quadraplégiques. Thèse doctorale non publiée. Université de Montréal, Montréal, Canada.
- Gareau, D., Bouchard, C. (1990). Conduites maternelles prodéveloppementales: autodescription et variations socio-démographiques. Apprentissage et Socialisation, 13 (3), 161-173.
- George, C., Kaplan, N., Main, M. (1985). The Attachment Interview for Adults. Manuscrit non publié. University of Berkeley, Californie, États-Unis.
- Golberg, S. Perrotta, M. Minde, K., Corter, C. (1986). Maternal Behavior and Attachment in Low-Birth-Weight Twins and Singletons. Child Development, 57, 34-46.
- Golsmith, H.H., Alansky, J.A. (1987). Maternal and Infant Temperamental Predictors of Attachment: A Meta-Analytic Review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 805-816.
- Gottlieb, B.H., Pancer, S.M. (1988). Social Networks and the Transition to Parenthood. In G.Y. Micheals, W.A. Golburg (Eds), The Transition to Parenthood: Current Theory and Research (p. 235-269). New York: Cambridge University Press.
- Huch, M.H. (1991). Perspectives on Health. Nursing Science Quaterly, 4 (1), 33-40.
- Isabella, R. (1993). Origins of Attachment: Maternal Interactive Behavior across

the First Year. Child Development, 64, 605-621.

Isabella, I., Belsky, J. (1991). Interactional Synchrony and the Origins of Infant-Mother Attachment: A Replication Study. Child Development, 62, 373-384.

Jay, S., Farran, D.C. (1981). The Relative Efficacy of Predictive IQ for Mother-Child Interactions Using Ratings versus Behavioral Count Measures. Journal of Applied Developmental Psychology, 2, 165-171.

K  rouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, D, Major, F. (1994). La pensée infirmière. Laval:   ditions   tudes Vivantes.

Landis, R.J., Koch, G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. Biometrics, 33, 159-174.

Legrand, C. (1999). Engagement des mères et des pères auprès de leur enfant ayant une anomalie faciale. Mémoire non publié. Université de Montréal, Montréal, Canada.

Léonard, N., Paul, D. (1996). Devenir parents. Les facteurs liés au sentiment de compétence. L'infirmière du Québec, septembre/octobre 1996, 38-46.

L  vesques-Barbès, H. (1996). Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière. Montréal: Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec.

Madrid, M., Winstead-Fry, P. (1986). Roger's Conceptual Model. In P. Winstead-Fry (Ed.), Case Studies in Nursing Theory (p. 73-102). New York: National League for Nursing.

Mackinnon, A.J., Hendersen A.S., Scott, R. Duncan-Jones, P. (1989). The Parental Bonding Instrument (PBI): An Epidemiological Study in a General Population

Sample. Psychological Medicine, 19, 1023-1034.

Main, M., Goldwin, R. (1994). Adult Attachment Classification System.

Manuscrit non publié, University of Berkeley. Californie, États-Unis.

Main, M., Kaplan, N. Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. In I. Bretherton, E. Waters (Eds), Growing Points of Attachment Theory and Research. Monograph of the Society for Research in Child Development, 50 (Serial no. 209).

Manion, J. (1977). A Study of Fathers in Infant Caretaking. Birth and the Family Journal, 4, 174-179.

Marriner-Tomey, A. (1989). Nursing Theorist and Their Work. 2^e éd., St-Louis: The C.V. Mosby Company.

Martell, L. (1990). Mother-Daughter Relationship During First Pregnancy: The Transition Experience. Holistic Nursing Practice, 4 (3), 47-55.

Mc Bride, B.A. (1989). Stress and Fathers' Parental Competence: Implications for Family Life and Parent Educators. Family Relations, 38, 385-389.

Mercer, R.T. (1985). The Process of Maternal Role Attainment over the First Year. Nursing Research, 34 (4), 198-204.

Mercer, R.T., Ferketich, S.L. (1990). Predictors of Parental Attachment During Early Parenthood. Journal of Advanced Nursing, 15, 268-280.

Mercer, R.T., Ferketich, S.L. (1995). Experienced and Inexperienced Mothers' Maternal Competence During Infancy. Research in Nursing and Health, 18, 333-343.

Miller, L., Kramer, R., Warner, V., Wickramaratne, P., Weissman, M. (1997).

Intergenerational Transmission of Parental Bonding among Woman. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36 (8), 1134-1139.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1989). Naître égaux et en santé. La périnatalité au Québec, 3, Gouvernement du Québec.

Newman, M.A., Sime, A.M., Corcoran-Perry, S.A. (1991). The Focus of the Discipline of Nursing. Advances in Nursing Science, 14 (1), 1-6.

Nugent, J.K. (1991). Cultural and Psychological Influences on the Fathers' Role in Infant Development. Journal of Marriage and the Family, 53, 475-485.

Onufrak, B., Saylor, C.F., Taylor, M.J. Eyberg, S.M., Boyce, G.C. (1995). Determinants of Responsiveness in Mothers of Children with Intraventricular Hemorrhage. Journal of Pediatric Psychology, 20 (5), 587-599.

Parker, G., Tupling, H., Brown, L.B. (1979). A Parental Bonding Instrument. British Journal of Medicine and Psychology, 52, 1-10.

Parker, G. (1989). Parental Bonding Instrument: Psychometric Properties Reviewed. Psychiatric Development, 4, 317-335.

Parker, G. (1990). The Parental Bonding Instrument. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25, 281-282.

Parker, G.B., Barrett, B.A., Hickie, I.B. (1992). From Nurture to Network: Examining Links between Perceptions of Parenting Received in Childhood and Social Bonds in Adulthood. American Journal of Psychiatry, 149 (7), 877-885.

Pederson, D.R., 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.

Pelchat, D., Bisson, J., Ricard, N., Perreault, M., Bouchard, J.M., Saucier, J.-F., Lefebvre, H. (1998). Effets longitudinaux d'un programme d'intervention infirmière familiale systématique sur l'adaptation des familles suite à la naissance d'un enfant avec une déficience. Rapport remis au programme national de recherche et de développement en matière de santé. Université de Montréal, Montréal, Canada

Pleck, J.H. (1997). Paternal Involvement: Levels, Sources and Consequences. In M. Lamb (Ed.), The Role of the Father in Child Development (p. 66-103). New York: John Wiley & Son, Inc.

Phillips, J.R. (1990). Changing Human Potentials and Future Visions of Nursing: A Human Field Image Perspective. In E.A.M. Barrett (Ed.). Vision of Rogers' science-based nursing (p 13-15). New York: National League of Nursing.

Polit, D.F., Hungler, B.P. (1991). Nursing Research: Principles and Methods. Philadelphie: J.B. Lippincott Company.

Provost, M.A., Tremblay, S. (1990). Le Nouveau-né et le couple: adversaires ou partenaires? Santé Mentale au Québec, 14, 236-250.

Radin, N. (1994). Primary-caregiving Fathers in Intact Families. In A.E. Gottfried, A.W. Gottfried (Eds), Redefining Families: Implications for Children's Development (p. 55-97). New York: Plenum.

Rawnsley, M.M. (1994). Multiple Methods in a Unitary Field Science. In M. Madrid, E.A.M. Barrett (Eds), Rogers' Scientific Art of Nursing Practice (p. 381-395). New York: National League for Nursing Press.

Rogers, M.E. (1970). An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Rogers, M.E. (1983). Science of Unitary Human Beings: A Paradigm for Nursing. In I.W. Clements, F.B. Roberts (Eds), Family Health: A Theoretical Approach to Nursing Care (p. 219-228). New York: John Wiley & Sons.

Rogers, M.E. (1987). Nursing Research in the Future. In J. Roode (Ed.), Changing Patterns in Nursing Education (p. 121-123). New York: National League for Nursing.

Rogers, M.E. (1990). Nursing: Science of Unitary, Irreducible Human Beings: Update, 1990. In E.A.M. Barrett (Ed.), Visions of Rogers' Science-Based Nursing (p. 5-11) New York: National League for Nursing Press.

Rosen, K. S., Rothbaum, F. (1993). Quality of Parental Caregiving and Security of Attachment. Developmental Psychology, 29, 358-367.

Ross, L.R., Spinner, B. (1997). Investigating Relationships between Adult Attachment Styles and Retrospective Recall of Early Parent-child Experience. Poster presented at the International Congress of Psychology, Montréal, Québec, August 16-19.

Rustia, J., Abbott, D.A. (1990). Predicting Paternal Role Enactment. Western Journal of Nursing Research, 12, 145-160.

Sagi, A. (1982). Antecedents and Consequences of Various Degrees of Paternal Involvement in Child Rearing: The Israeli Project. In M.E. Lamb (Ed.), Nontraditional Families: Parenting and Child Development (p. 205-222). Hillsdale, N, J.: Erlbaum.

Sarason, B.R., Shearin, E.N., Pierce, G.R., Sarason, I.G. (1987). Interrelations of Social Support Measures: Theoretical and Practical Implications. Journal of Personality and Social Psychology, *52* (4), 813-832.

Sattler, J.M. (1988). Assessment of Children. (3^e ed.) San Diego: Jerome M. Sattler Publisher.

Seifer, R., Schiller, M., Sameroff, A.J., Resnick, S., Riordan, K. (1996). Attachment, Maternal Sensitivity, and Infant Temperament during the First Year of Life. Developmental Psychology, *32* (1), 12-25.

Simons, R.L., Beaman, J., Conger, R.D., Chao, W. (1993). Childhood Experience, Conceptions of Parenting, and Attitudes of Spouse as Determinants of Parental Behavior. Journal of Marriage and the Family, *55*, 91-106.

Simons, R.L., Lorenz, F.O., Conger, R.D., Wu, C. (1992). Support from Spouse as Mediator and Moderator of the Disruptive Influence of Economic Strain on Parenting. Child Development, *63*, 1282-1301.

Simons, R.L., Withbeck, L.B., Conger, R.D., Wu, C. (1991). Inter-Generational Transmission of Harsh Parenting. Developmental Psychology, *27*, 159-171.

Snarey, J. (1993). How Fathers Care for the Next Generation: A Four-Decade Study. Cambridge, MA:Harvard University Press.

Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (1989). Using Multivariate Statistics. (2^e ed.) California: Harper Collins.

Tedland, J. (1996). Le développement de l'enfant né prématurément: lien avec la santé périnatale, les préoccupations maternelles et la relation mère/enfant. Mémoire

de maîtrise non publié. École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada.

Teti, D.M., Gelfand, D.M. (1991), Behavioral Competence among Mothers of Infants in the First Year: The Mediational Role of Self-Efficacy. Child Development, 62, 918-929.

Tronick, E.Z., Cohn, J., Shea, E. (1986). The Transfer of Affect between Mothers and Infants. In M. Yogman et T.B. Brazelton (Eds), Affective Development in Infancy (p. 11-25), New-York: Ablex.

Valois, J. (1993). Sociologie de la famille au Québec. Centre éducatif et Culturel Anjou: Québec.

van den Boom, D.C. (1994). The Influence of Temperament and Mothering on Attachment and Exploration: An Experimental Manipulation of Sensitive Responsiveness among Lower-Class Mothers and Irritable Infants. Child Development 65, 1457-1477.

van IJzendoorn, M.H., Kranenburg, M.J., Zwart-Woudstra, H.A., van Busschbach, A.M., Lambermon, M.W.E. (1991). Parental Attachment and Children's Socio-Emotional Development: Some Findings on the Validity of the Adult Interview in the Netherlands. International Journal of Behavioral Development, 14, 375-394.

van IJzendoorn, M.H. (1993). Associations between Adult Attachment Representations and Parent-Child Attachment, Parental Responsiveness, and Clinical Status: A Meta-analysis on the Predictive Validity of the Adult Attachment Interview. Manuscrit non publié, Leiden, Netherlands.

van IJzendoorn, M.H. (1995). Adult Attachment Representation, Parental

Responsiveness, and Infant Attachment: A Meta-Analysis on the Predictive Validity of the Adult Attachment Interview. Psychological Bulletin, 117, 387-403.

Weisburg, S. (1977). MULTREG User's Manual, Technical Report. (no. 298). School of Statistics, Université du Minnesota, St-Paul, Minnesota, États-Unis.

Wilfong, E.W. Saylor, C., Elksin, N. (1991). Influences on Responsiveness: Interactions between Mothers and their Premature Infants. Infant Mental Health Journal, 12 (1), 31-40.

Volling, B., Belsky, J. (1991). Multiple Determinants of Father Involvement during Infancy in Dual-Earner and Single-Earner Families. Journal of Marriage and the Family, 53, 461-474.

Zeanah, C.H. (1996). Pathologie du lien parent-nourrisson et transmission intergénérationnelle. P.R.I.S.M.E., 6, (1), 55-71.

Annexe A

QUESTIONNAIRE

Répondant (e) no: _____

Période de passation du questionnaire: De _____ hre à _____ hre

PREMIÈRE PARTIE

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Encerclez votre réponse ou complétez les blancs selon le cas

1. Sexe: Homme 1
 Femme 2
2. Quel est votre âge? _____ ans
3. Êtes-vous présentement:
- | | | |
|---------------------------------------|-------|---|
| célibataire | ..... | 1 |
| marié (e) | ..... | 2 |
| séparé (e) | ..... | 3 |
| divorcé (e) | ..... | 4 |
| en union de fait | ..... | 5 |
| remarié(e) | ..... | 6 |
| séparé (e) et vivant en union de fait | ..... | 7 |
| divorcé(e) et vivant en union de fait | ..... | 8 |
| veuf (veuve) | ..... | 9 |
4. Votre conjoint a-t-il un lieu de résidence différent du vôtre?
- | | | |
|-----|-------|---|
| Oui | ..... | 1 |
| Non | ..... | 2 |

5. Combien d'enfant avez-vous eu jusqu'à présent? _____

6. Combien d'enfants avez-vous eu avec le (la) présent(e) conjoint(e)? _____

7. Combien d'enfants habitent au sein de votre foyer? _____

8. Quelle a été la principale religion de votre enfance?

Aucune	1
Catholique romaine	2
Église unie	3
Anglicane	4
Grecque orthodoxe	5
Juive	6
Autre, précisez _____	

9. Est-ce que la prière, le recueillement ou la méditation sont des activités qui vous apportent du réconfort?

Pas du tout	1
Un peu	2
Passablement	3
Énormément	4
Ne s'applique pas	9

10. Dites-nous le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

Primaire incomplet	1
Primaire complet	2
Secondaire incomplet	3
Secondaire complet	4
Collégial incomplet	5
Collégial complet	6
Université (1er cycle incomplet)	7
Université (1er cycle, 2e cycle ou 3e cycle complété)	8

11. Quelle est votre principale occupation? (Soyez précis)

12. Quelle est la principale source de votre revenu personnel?

Emploi à temps plein	1
Emploi à temps partiel	2
Assurance chômage	3
Bien-être social	4
Régime de retraite	5
Pension alimentaire	6
Autre	7

13. À quelle catégorie appartient votre revenu familial (le vôtre et celui de votre conjoint(e)) avant impôts et déduction?

Moins de 10 000\$	1
10 000\$ à 19 999\$	2
20 000\$ à 29 999\$	3
30 000\$ à 39 999\$	4
40 000\$ à 49 999\$	5
50 000\$ à 59 999\$	6
60 000\$ à 70 000\$	7
Plus de 70 000\$	8
Refus	0

14. Depuis sa naissance, votre nouveau-né a été hospitalisé pour une durée totale de

Moins de 2 semaines	1
Entre 2 et 4 semaines	2
Entre 4 et 8 semaines	3
Entre 8 et 12 semaines	4
Plus de 12 semaines	5

Si votre réponse à la question 14 est moins de 8 semaines,
passez à la question 17.

Si votre réponse à la question 14 est plus de 8 semaines,
OU

Si l'enfant habite à l'extérieur de votre foyer,
répondez aux questions 15 et 16.

15. À quelle fréquence avez-vous été en présence de votre nouveau-né au cours des DEUX DERNIERS MOIS?

Plus de 36 heures / semaine	1
Entre 24 et 36 heures / semaine	2
Entre 12 et 24 heures / semaine	3
Moins de 12 heures / semaine	4
Aucune présence	5

16. Au moment de vos présences, à quelle fréquence avez-vous eu la possibilité de donner des soins à votre nouveau-né (bain, le nourrir, le changer, etc...) au cours des DEUX DERNIERS MOIS?

Jamais	1
Rarement	2
Souvent	3
Très souvent	4
Toujours	5

17. Avez-vous participé à un programme de stimulation précoce?

Oui	1
Non	2

Si oui, quel âge avait votre enfant au début du programme?

_____ mois

Combien de fois par semaine participez-vous au programme?

_____ / semaine

18. Considérez-vous que le problème de votre enfant est

mineur	1
majeur	2

19. Comment le médecin a-t-il nommé le problème de votre enfant?

Annexe B

PERCEPTION QU'A LE RÉPONDANT DE SA MÈRE

124

Le présent questionnaire porte sur divers comportements et attitudes des parents. Selon les souvenirs que vous avez de votre mère durant vos 16 premières années, indiquez la réponse la plus appropriée en regard de chaque question, selon que le comportement de votre mère était plus ou moins semblable à celui décrit.

	Très semblable	Modérément semblable	Modérément différent	Très différent
1. Me parlait avec une voix chaleureuse et amicale.	()	()	()	()
2. Ne m'a pas aidé(e) autant que nécessaire.	()	()	()	()
3. Me laissait faire ce que j'aimais.	()	()	()	()
4. Semblait émotivement froide à mon endroit.	()	()	()	()
5. Paraissait comprendre mes problèmes et inquiétudes.	()	()	()	()
6. Était affectueuse envers moi.	()	()	()	()
7. Aimait que je décide par moi-même.	()	()	()	()
8. Ne voulait pas que je vieillisse ni que je grandisse.	()	()	()	()
9. Tentait de contrôler tous mes gestes.	()	()	()	()
10. Empiétait sur ma vie privée.	()	()	()	()
11. Aimait discuter des choses avec moi.	()	()	()	()
12. Me souriait souvent.	()	()	()	()
13. Avait tendance à me traiter comme un bébé.	()	()	()	()
14. Ne semblait pas comprendre ce dont j'avais besoin et ce que je voulais.	()	()	()	()
15. Me laissait décider par moi-même.	()	()	()	()
16. Me faisait sentir que j'étais indésiré(e).	()	()	()	()
17. M'aidait à me sentir mieux quand j'étais bouleversé(e).	()	()	()	()
18. Ne me parlait pas beaucoup.	()	()	()	()
19. Essayait de me rendre dépendant(e) d'elle.	()	()	()	()
20. Croyait que je ne pouvais me débrouiller seul(e) sans elle.	()	()	()	()
21. Me laissait aussi libre que je le voulais.	()	()	()	()
22. Me laissait sortir aussi souvent que je le désirais.	()	()	()	()
23. Me surprotégeait.	()	()	()	()
24. Ne me faisait pas d'éloges, de louanges.	()	()	()	()
25. Me laissait me vêtir comme je le voulais.	()	()	()	()

Annexe C

PERCEPTION QU'A LE RÉPONDANT DE SON PÈRE

Le présent questionnaire porte sur divers comportements et attitudes des parents. Selon les souvenirs que vous avez de votre père durant vos 16 premières années, indiquez la réponse la plus appropriée en regard de chaque question, selon que le comportement de votre mère était plus ou moins semblable à celui décrit.

	Très semblable	Modérément semblable	Modérément différent	Très différent
1. Me parlait avec une voix chaleureuse et amicale.	()	()	()	()
2. Ne m'a pas aidé(e) autant que nécessaire.	()	()	()	()
3. Me laissait faire ce que j'aimais.	()	()	()	()
4. Semblait émotivement froid à mon endroit.	()	()	()	()
5. Paraissait comprendre mes problèmes et inquiétudes.	()	()	()	()
6. Était affectueux envers moi.	()	()	()	()
7. Aimait que je décide par moi-même.	()	()	()	()
8. Ne voulait pas que je vieillisse ni que je grandisse.	()	()	()	()
9. Tentait de contrôler tous mes gestes.	()	()	()	()
10. Empiétait sur ma vie privée.	()	()	()	()
11. Aimait discuter des choses avec moi.	()	()	()	()
12. Me souriait souvent.	()	()	()	()
13. Avait tendance à me traiter comme un bébé.	()	()	()	()
14. Ne semblait pas comprendre ce dont j'avais besoin et ce que je voulais.	()	()	()	()
15. Me laissait décider par moi-même.	()	()	()	()
16. Me faisait sentir que j'étais indésiré(e).	()	()	()	()
17. M'aidait à me sentir mieux quand j'étais bouleversé(e).	()	()	()	()
18. Ne me parlait pas beaucoup.	()	()	()	()
19. Essayait de me rendre dépendant(e) de lui.	()	()	()	()
20. Croyait que je ne pouvais me débrouiller seul(e) sans lui.	()	()	()	()
21. Me laissait aussi libre que je le voulais.	()	()	()	()
22. Me laissait sortir aussi souvent que je le désirais.	()	()	()	()
23. Me surprotégeait.	()	()	()	()
24. Ne me faisait pas d'éloges, de louanges.	()	()	()	()
25. Me laissait me vêtir comme je le voulais.	()	()	()	()

Annexe D

FEUILLE-BILAN DES SCORES

NO de sujet: _____
 passation: 12 mo _____ 18 mo _____
 adulte: père _____ mère _____
 No sujet A: _____

SOUS-ECHELLE	QT	QL	A
IMPLICATION PHYSIQUE			
IMPLICATION VERBALE			
SENSIBILITÉ DE L'ADULTE			
INTERACTION LORS D'UN JEU			
COMPORTEMENT D'ENSEIGNEMENT			
CONTROLE DES ACTIVITÉS DE L'ENFANT			
DIRECTIVE VERBALE/NON-VERBALE			
TRANSITION ENTRE LES JEUX			
RENFORCEMENTS			
EXPRESSIONS NÉGATIVES/DISCIPLINE			
ATTENTES			
IMPRESSIONS GÉNÉRALES			
A) accessibilité, physique et psychologique			
B) acceptation			
C) harmonie			
D) agrément			
E) environnement facilitant l'apprentissage, humain et physique			

COTES MOYENNES

Quantité	Qualité	Caractère approprié	Impression générale
----------	---------	---------------------	---------------------

Annexe E

Formulaire de consentement

Titre de la recherche:

Évaluer les besoins des parents qui donnent naissance à un enfant atteint d'une déficience

La naissance d'un enfant ayant un problème est une situation difficile pour les parents. Ils se sentent parfois seuls avec leurs problèmes et se posent beaucoup de questions qui, souvent, demeurent sans réponse. Deux infirmières, professeures à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, s'intéressent à cette situation et mènent cette présente recherche: ce sont Diane Pelchat et Nicole Ricard. Lors d'une première étude, Diane Pelchat a rencontré des parents vivant cette situation difficile. Cette recherche a permis d'identifier les besoins des parents et de développer un programme d'intervention visant à aider les parents à traverser cette période difficile qu'est la naissance d'un enfant avec un problème.

Maintenant, une équipe d'infirmières désire offrir ce programme à un plus grand nombre de parents et évaluer l'impact de cette aide sur leur bien-être. J'aimerais obtenir votre participation à ce programme qui pourrait vous aider à traverser ces moments difficiles. Ensemble, nous essayerons de mieux comprendre les difficultés auxquelles vous faites face et chercherons, dans la mesure du possible, des réponses à vos questions. Ce programme comprend six à huit rencontres d'une durée d'environ 1h. à 1h.30 avec les deux parents. Ces rencontres auront lieu au cours des six premiers mois après la naissance de votre enfant. De plus, cette recherche comprend trois entrevues d'évaluation, d'une durée d'environ 1h.30, portant sur la façon de percevoir la situation, le stress parental et les besoins de soutien des parents. La première rencontre s'effectuera six mois après la naissance de votre enfant, les deuxième et troisième rencontres auront lieu respectivement douze mois et dix-huit mois après la naissance de votre enfant. Les résultats de cette étude serviront à former le personnel soignant pour mieux répondre aux besoins d'un plus grand nombre de parents vivant ce genre de difficultés.

Il est bien entendu que vous êtes tout à fait libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude et que vous pourrez revenir sur cette décision et vous retirer en tout temps sans que cela n'entraîne aucune conséquence dans les services que vous recevez habituellement. Aussi, je tiens à vous assurer que ce que vous me direz sera totalement confidentiel et qu'en aucun moment votre nom ne sera mentionné. Soyez à l'aise si vous avez des questions à poser avant de prendre une décision. Si vous acceptez de participer, auriez-vous l'obligeance de signer cette formule.

J'ACCEPTE DE PARTICIPER À CETTE ÉTUDE ET J'AUTORISE LA CONSULTATION DE MON DOSSIER MÉDICAL (POUR LA MÈRE) ET CELUI DE MON ENFANT. AUSSI, J'ACCEPTE QUE LES ENTREVUES SOIENT ENREGISTRÉES SUR BANDE MAGNÉTIQUE, AFIN DE FACILITER LA SUPERVISION PAR LA CHERCHEURE RESPONSABLE. IL EST ENTENDU QUE CES RENSEIGNEMENTS SERONT GARDÉS EN LIEU SÛR ET DÉTRUITS À LA FIN DE LA RECHERCHE.

_____	Date: _____
Signature de la chercheuse responsable	
_____	Date: _____
Signature des parents	
_____	Date: _____
Signature des parents	
_____	Date: _____
Signature du témoin	

Je vous remercie de votre collaboration