

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR MARIE-CLAUDE MORIN

L'ASTHME CHEZ L'ENFANT: STRESS PARENTAL ET SOUTIEN
ÉMOTIONNEL ENTRE CONJOINTS

AVRIL 1997

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Sommaire

La maladie asthmatique d'un enfant joue indéniablement un rôle sur le vécu des parents en général et plus spécifiquement sur leur stress parental. La présente recherche s'intéresse à ces familles. Nous voulons vérifier s'il existe des différences significatives entre les hommes et les femmes quant à leur stress parental, à leur soutien émotionnel et à leur alliance parentale. Nous voulons également faire l'étude des liens pouvant exister entre ces trois variables.

Notre population de recherche est constituée de 32 personnes dont 18 femmes et 14 hommes. Chacun des sujets a complété quatre questionnaires: Renseignements généraux, Index de stress parental (Abidin, 1983), Mesure du soutien émotif du conjoint (Guay-Genest, 1987), Inventaire sur l'alliance parentale (Abidin, 1988).

Les résultats ne confirment que deux des hypothèses émises. En fait, aucune différence significative n'a pu être observée entre les pères et les mères en ce qui concerne chacune des trois variables. Les résultats concernant les corrélations ne se sont pas avérés plus concluants. Notre hypothèse principale supposant une corrélation négative significative entre le soutien émotionnel et le stress parental n'a pas été confirmée. Par ailleurs, l'hypothèse soutenant une relation négative entre le stress parental et l'alliance parentale n'a été confirmée que partiellement. Effectivement, seulement les hommes semblent bénéficier de l'alliance parentale. Chez les femmes, cette variable n'a pas le

pouvoir d'influencer leur stress parental. Enfin, on a reconnu une relation significative entre le soutien émotionnel du conjoint et l'alliance parentale.

L'ensemble de notre recherche propose des résultats qui doivent être interprétés avec prudence. Des considérations à cet effet concernant la population de recherche, des dimensions méthodologiques et le niveau de sévérité de la maladie asthmatique sont relevées dans la discussion.

Table des matières

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières	v
Liste des tableaux	viii
Remerciements	ix
Introduction.....	1
CHAPITRE I: CONTEXTE THÉORIQUE	4
1. LA MALADIE ASTHMATIQUE	5
1.1 Qu'est-ce que l'asthme	5
1.2 L'asthme chez l'enfant	10
1.3 L'adaptation à la maladie asthmatique de l'enfant	14
2. MALADIE ET FAMILLE	15
2.1 Impact de la maladie sur la famille	16
2.2 La famille à transaction psychosomatique	18
2.3 Stress, maladie et famille	25
2.3.1 Étapes de la vie familiale	26
3. LE SOUTIEN SOCIAL	31
3.1 Le rôle du soutien social.....	31
3.2 Les types de soutien social	34
3.3 Le soutien social et l'adaptation à la maladie chronique.....	36
3.4 Le soutien entre conjoints	36
BUT, OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES	40
CHAPITRE II: MÉTHODOLOGIE	42
1. LES SUJETS	43
1.1 Procédure.....	43
1.2 Constitution de la population de recherche	44
2. LES INSTRUMENTS DE MESURE	45
2.1 Questionnaire de renseignements généraux.....	45
2.2 Index de stress parental	45
2.3 Mesure du soutien émotif du conjoint.....	46
2.4 Inventaire sur l'alliance parentale	47

3. TRAITEMENT DES DONNÉES	48
CHAPITRE III: RÉSULTATS	59
1. ANALYSES DESCRIPTIVES ET ANALYSES DE COMPARAISON	50
1.1 Index de stress parental.....	50
1.2 Mesure du soutien émotif du conjoint.....	51
1.3 Inventaire sur l'alliance parentale.....	52
2. ANALYSES CORRÉLATIONNELLES	53
2.1 Relation entre l'index de stress parental et la mesure du soutien émotif du conjoint.....	53
2.2 Relation entre la mesure du soutien émotif du conjoint et l'inventaire sur l'alliance parentale	54
2.3 Relation entre l'index de stress parental et l'inventaire sur l'alliance parentale.....	55
CHAPITRE IV: DISCUSSION	57
CONCLUSION	65
RÉFÉRENCES	68

Liste des Tableaux

Tableau 1	Moyennes et écarts-types de la variable âge	44
Tableau 2	Analyses descriptives de l'I.S.P. entre les pères et les mères	51
Tableau 3	Analyses descriptives de la mesure du soutien émotif du conjoint entre les père et les mères	52
Tableau 4	Analyses descriptives de l'inventaire sur l'alliance parentale entre les pères et les mères	53
Tableau 5	Analyses corrélationnelles entre l'I.S.P. et le soutien émotif du conjoint	54
Tableau 6	Analyses corrélationnelles entre le soutien émotif du conjoint et l'alliance parentale	55
Tableau 7	Analyses corrélationnelles entre l'I.S.P. et l'alliance parentale	56

Remerciements

Remerciements

À Marc-Antoine dont le rire est aussi magique
que la plus belle des musiques.

Je désire remercier chaleureusement mon directeur de recherche, M. Jean-Pierre Gagnier, pour la qualité de sa présence et ses précieux conseils qui m'ont accompagnée tout au long de ce processus académique. Merci également à Mme Nadia Lessard et M. Michel Paré pour leur aide technique. À un niveau plus personnel, à Bruno: merci pour tout.

Introduction

Depuis quelques années, les auteurs s'intéressent à la maladie comme stresser familial et à l'impact du soutien social sur le stress parental. Bien que relativement récent, ce champs d'étude est déjà riche et permet une compréhension de plus en plus grande du vécu des parents d'enfants malades.

Cette recherche a pour but de vérifier les différences entre les pères et les mères d'enfants atteints d'asthme quant au stress parental, au soutien émotionnel entre conjoint et à l'alliance parentale. Par ailleurs, nous voulons également étudier les liens pouvant exister entre ces trois variables. Afin de bien comprendre ce que vivent ces parents, il est essentiel d'examiner les variables provenant de la maladie et de la famille.

La maladie chronique d'un enfant représente une source élevée de stress pour chacun des deux parents. Pour une meilleure compréhension de l'impact d'un tel phénomène, nous nous devons d'avoir recours à un modèle bio-psycho-social. De nombreuses variables provenant de la maladie, de l'individu et de la famille viennent influencer l'expérience des parents.

Par notre recherche, nous voulons donc mieux comprendre les répercussions de la maladie sur la vie des parents. Les notions de stress parental, de soutien émotionnel et d'alliance parentale sont au centre de notre questionnement. Dans un premier temps, nous évaluons ces trois variables auprès de pères et de mères d'enfants asthmatiques. Puis, nous explorons la possibilité d'un effet du soutien et de l'alliance parentale sur le stress vécu. Le soutien offert par une personne significative est très important dans le processus d'adaptation à une situation difficile.

Dans le contexte théorique, nous retrouvons une synthèse de la documentation scientifique relative à ces variables. La maladie asthmatique y est décrite ainsi que certaines caractéristiques familiales. Le second chapitre concerne la méthodologie. On y retrouve le déroulement de l'expérimentation, la description de chaque instrument de mesure utilisé ainsi que les stratégies d'analyses proposées. Les résultats concernant chaque hypothèse émise sont présentés dans le troisième chapitre. Enfin, la présentation se complète, dans le quatrième chapitre, par la discussion des résultats et les limites et implications de la présente recherche.

Chapitre I

Contexte théorique

Ce premier chapitre comporte trois grandes parties. Nous débutons notre exposé en définissant la maladie asthmatique et plus particulièrement l'asthme infantile. Dans un second temps, nous abordons la thématique de la famille: la définition de la famille à transaction psychosomatique et l'influence de la maladie sur le stress parental sont les deux points étudiés. Enfin, il est question du soutien social et plus spécifiquement du soutien émotionnel entre conjoints.

1. La maladie asthmatique

Comme cette étude s'intéresse à la maladie asthmatique, nous débutons ce premier chapitre en décrivant ce trouble de la santé. Dans un premier temps, nous abordons cette problématique sous un aspect plus général. Par la suite, l'asthme chez l'enfant, de façon plus spécifique, est expliqué en référant au modèle bio-psycho-social.

1.1 Qu'est-ce que l'asthme?

L'asthme est une maladie qui est très fréquente. Au Canada, tout groupe d'âge confondu, il y aurait entre 5% et 10% de la population qui serait atteint de cette affection. Alors qu'il n'y avait que 82 décès causés par l'asthme en 1977, en 1987, cette maladie a entraîné la mort de 478 personnes dont 125 au Québec, Ce trouble respiratoire est donc de plus en plus fréquent dans notre société. De 1989 à 1991, on a dénombré 16 décès causés par l'asthme à Trois-Rivières et 29 décès dans la région 04.

L'asthme est un trouble pulmonaire très ancien. Déjà, au deuxième siècle, Arétée de Cappadoce écrivait "les poumons souffrent, et les parties qui aident à la respiration sympathisent avec eux" (Tames, 1989). Il soulignait la recherche désespérée d'air qui était accompagnée d'une respiration difficile donc source d'angoisse tant pour la personne atteinte du mal que pour ses proches. Quant à Maimonide, illustre médecin et rabbin du douzième siècle, il prescrivait, comme cure, de l'air pur, de bonnes habitudes alimentaires, de l'exercice, du repos et de la maîtrise par le malade de ses émotions.

Cependant et ce, malgré l'ancienneté du concept et les nombreux écrits, l'asthme demeure une problématique extrêmement difficile à définir. En 1959, les médecins l'expliquaient comme "un rétrécissement généralisé des voies aériennes bronchiques, dont la gravité se modifie sur une courte période" (Tames, 1989). Cette définition, quoique véridique n'est pas complète. Les symptômes caractérisant l'asthme sont plus nombreux qu'un simple rétrécissement transitoire des voies aériennes. À ce jour, aucune définition de l'asthme n'est universellement acceptée. Il subsiste une inconsistance dans la définition de cette maladie (Mrazek, 1986). Plusieurs conceptions de la maladie asthmatique sont basées sur la description des symptômes mais, peu d'hypothèses en éclairent les causes. C'est dire qu'il y a une grande connaissance du déroulement et des répercussions de cette affection mais, une étonnante incompréhension des raisons qui pourraient expliquer que certains individus sont davantage prédisposés à développer l'asthme. Cette difficulté à bien comprendre le processus causal de l'asthme provoque des confusions dans les définitions. S'agit-il de définition ou de description? Ce qui rend d'autant plus difficile la mise en place d'un modèle explicatif satisfaisant. Malgré l'absence de définition unique de l'asthme, le diagnostic de cette problématique

est facilité par les nombreux écrits et la grande connaissance des symptômes. C'est dire que définir une maladie et la diagnostiquer sont deux tâches tout à fait différentes. C'est à partir des plus récents écrits que nous cherchons à définir la maladie asthmatique.

Comme il est mentionné précédemment, l'asthme est une pathologie qui se caractérise essentiellement par le rétrécissement des bronches. La respiration de la personne asthmatique est rendue difficile, surtout au niveau de l'expiration, par un resserrement trop important des fibres musculaires autour des voies respiratoires. Ce resserrement est accompagné d'une inflammation du revêtement des parois des bronches. Il s'agit là de la première partie de la crise d'asthme que l'on appelle la phase sèche. C'est à ce moment que le malade est pris d'angoisse: il étouffe et cherche de l'air. Son pouls devient alors plus rapide et sa respiration sifflante (wheezing). Lorsque le phénomène de la bronchoconstriction apparaît, il entraîne le gonflement de la sous-muqueuse des bronches ainsi qu'une hyper-sécrétion liée à un accroissement des activités des cellules immunitaires (que l'on appelle les mastocytes) responsables de la réaction allergique. Ces cellules secrètent dans les bronches un mucus que le malade cherche à rejeter. Les sécrétions peuvent être très abondantes et visqueuses et former des bouchons muqueux dans les bronches et ainsi entraîner la mort. Cependant, la majorité du temps, la toux de l'individu devient moins difficile, la respiration et l'angoisse diminuent et l'état général du malade redevient normal. Une crise d'asthme peut durer entre vingt minutes et plusieurs heures.

La crise d'asthme est engendrée par une réaction exagérée des voies aériennes, dites chatouilleuses, lorsqu'elles sont en contact avec certains

facteurs irritants. Chez les gens n'ayant pas d'hypersensibilité aux poumons, donc pas de troubles asthmatiques, le contact avec ces mêmes facteurs (communément appelés déclencheurs) n'a aucun ou très peu d'effets. La liste des déclencheurs est fort longue et très variée. Outre les divers allergènes, on y retrouve les produits utilisés en milieu de travail (les sensibilisants), certains médicaments, les additifs alimentaires ou pharmaceutiques, la fumée de tabac, les infections respiratoires d'origine virale et les affections aggravantes telles le reflux gastro-oesophagien, les sinusites etc. D'autres facteurs sont également importants à connaître et ce, malgré le fait qu'ils soient considérés comme étant potentiellement moins graves: l'exercice, l'air froid, le stress et la pollution atmosphérique. En ce qui concerne le dernier déclencheur, on remarque que la concentration de personnes asthmatiques est plus importante dans certaines villes. Dépendamment de l'urbanisation, le gaz carbonique se retrouve prisonnier à l'intérieur de la ville et sa concentration est d'autant plus élevée, diminuant ainsi l'oxygène disponible.

Les conduits qui assurent l'échange de l'air entre les poumons et l'extérieur sont beaucoup trop sensibles à divers stimuli et entraînent donc ces réactions exagérées. Le muscle entourant les conduits aériens se contracte lorsqu'il est exposé à un facteur exacerbant et ce phénomène est accompagné d'une inflammation des parois de la voie aérienne. De ces deux modifications résultent un rétrécissement des voies aériennes qui se traduit par des difficultés respiratoires.

Aucune étude n'a encore réussi à expliquer pourquoi les voies aériennes des asthmatiques réagissent par des spasmes musculaires et de l'inflammation lorsqu'elles entrent en contact avec des déclencheurs. L'étendue des

déclencheurs et la variation de la gravité des symptômes d'un individu à l'autre, mais aussi chez la même personne mais d'une crise à l'autre sont des facteurs compliquant énormément la recherche et qui nous placent devant un syndrome difficile à comprendre.

L'incompréhension quant aux causes sous-jacentes de l'asthme est une embûche de taille pour les chercheurs désirant élaborer des moyens de le guérir. Pourtant, plusieurs traitements qui sont sur le marché ont fait leurs preuves quant à leur efficacité pour maîtriser l'asthme chronique (Tames, 1989).

Une bonne maîtrise de l'asthme, qui résulte d'une bonne médication et du respect de quelques précautions que nous mentionnerons plus loin, s'accompagne des conséquences suivantes:

- La personne atteinte d'asthme ne ressent aucun symptôme durable;
- La personne atteinte d'asthme peut fonctionner normalement sans restreindre son mode de vie normale, sans avoir le souffle court lorsqu'elle fait des efforts et sans avoir de trouble du sommeil;
- Aucune crise grave ne se manifeste;
- Les médicaments qu'elle utilise n'entraînent aucun effet secondaire important.

Pour trouver le traitement adéquat qui permettra d'atteindre cet état, il faut, habituellement, procéder à un réajustement précis de la médication sur une période qui peut s'étaler de quelques semaines à quelques mois. Une visite

périodique chez le médecin est donc essentielle. Mais, l'énergie consacrée sera récompensée par le bien-être grandissant du malade.

L'utilisation, sur une base régulière, de médication permet aux voies aériennes de demeurer ouvertes et aide à réduire l'hypersensibilité bronchique. Il existe différents types de traitement antiasthmatique: certains agissent à titre de soulagement des symptômes courants, d'autres préviennent l'apparition ultérieure de symptômes et enfin, il y en a qui servent à freiner les crises aiguës qui sont accompagnées de symptômes marqués. Tous ces médicaments peuvent être répertoriés en deux catégories: les bronchodilatateurs et les anti-inflammatoires.

L'objectif du traitement est d'éliminer l'inflammation des conduits aériens afin de modifier le cours de la maladie asthmatique. C'est pourquoi il est aussi important d'éliminer les facteurs inflammatoires, c'est-à-dire les déclencheurs identifiés, que d'utiliser une médication anti-inflammatoire. Donc, les personnes atteintes d'une maladie asthmatique devraient se souvenir, entre autres, d'éliminer les allergènes de la maison; d'éviter de fumer; de faire de l'exercice régulièrement, etc.

1.2 L'asthme chez l'enfant

On qualifie l'asthme de la maladie chronique la plus répandue chez les enfants (Kruth, 1992; Carson, 1992). Au début des années 90, 477 enfants âgés de 0 à 14 ans dont 165 à Trois-Rivières ont dû être hospitalisés. De plus, on remarque et ce, sans pouvoir se l'expliquer, que l'asthme est deux fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Cependant, lors de la puberté, un

nombre plus important de filles contractent l'asthme. Fort heureusement, dans la majorité des cas, les symptômes de la maladie asthmatique, autant chez les garçons que chez les filles, diminuent substantiellement à l'âge adulte, quoique de 5% à 20% continuent à souffrir de crises modérées à graves. Les chances de rémission pour un enfant asthmatique vont de 22% à 70%. En ce qui concerne les garçons ayant contracté la maladie entre trois et huit ans et qui ne souffrent d'aucune allergie, ils sont les plus susceptibles de se débarrasser de leurs symptômes (Tames, 1989).

La description de l'asthme est la même chez l'enfant que chez l'adulte: c'est-à-dire qu'une obstruction des voies aériennes est provoquée par une contraction des muscles, une sécrétion excessive de mucus et une inflammation. Évidemment, l'asthme chez l'enfant, de même que celui chez l'adulte, n'entraîne aucun dommage permanent aux poumons et aux voies aériennes et ne cause pas d'autres maladies pulmonaires telle l'emphysème.

Outre les similarités ci-haut mentionnées, il existe quelques différences entre l'asthme chez l'adulte et l'asthme infantile. En effet, comme les enfants ne sont encore immunisés contre de nombreux virus, ils sont plus à risque de contracter des problèmes respiratoires de nature contagieuse qui peuvent entraîner une plus grande quantité de crises.

Puisque la génétique influe grandement sur la transmission d'allergies, il est possible de déterminer les risques qu'a un enfant de contracter des allergies. Cependant, les troubles allergènes ne sont que des déclencheurs potentiels de crises asthmatiques. Il devient donc impossible de prédire si un parent asthmatique transmettra sa maladie à sa descendance.

Un quart des nourissons asthmatiques développent des symptômes au cours des douze premiers mois de leur vie. Cependant, le diagnostic demeure difficile puisque leur coopération aux tests de respiration, nécessaires à l'évaluation du genre d'asthme et de l'étendue du problème, est impossible. De plus, plusieurs pathologies tels le croup, la bronchite, la bronchiolite, la fibrose kystique, peuvent prendre la forme d'asthme chez l'enfant. Les antécédents de l'enfant se révèlent donc essentiels afin de bien établir chaque diagnostic. Les parents doivent donc fournir une image précise des symptômes de l'enfant.

On peut diviser l'asthme infantile en cinq catégories:

l'asthme précoce

Les premières manifestations de la maladie asthmatique prennent, dans la majorité des cas, la forme d'une toux persistante suite à une infection. Lorsque cette toux s'accompagne de difficultés respiratoires, de sillements et d'un mouvement vers le haut de l'abdomen et du thorax, l'enfant éprouve, probablement, une obstruction bronchique ou un problème des voies aériennes. La probabilité que l'asthme soit à la source de ce problème bronchique, lorsque les symptômes persistent ou réapparaissent, est très élevée.

l'asthme épisodique léger

Trois enfants sur quatre ne sont affectés que par un petit nombre de crises chaque année. Généralement, ils sont touchés l'hiver, étant donné les infections virales. Cependant, certains d'entre eux, réagissent aux pollens et

éprouvent plus de difficultés aux printemps et à l'été. Majoritairement, un traitement en bronchodilatation est suffisant.

l'asthme épisodique fréquent

Ces enfants, 20% des enfants asthmatiques, sont au prise avec une crise d'asthme à un intervalle de quatre à six semaines. Les reste du temps, ils se sentent bien. Une médication quotidienne peut être prescrite afin de prévenir l'apparition de crise.

l'asthme chronique

Environ 5% des enfants asthmatiques présentent de fréquentes crises, aiguës, et sont affectés des symptômes entre les crises. Les activités de l'enfant se trouvent donc à être très limitées. La consommation de plusieurs médicaments, nécessaires au traitement quotidien, est essentielle.

toux chronique et récurrente

Certains enfants n'éprouvent qu'une toux chronique et sèche devenant plus importante la nuit, lors d'efforts physiques et de variations climatiques. Le sillement est totalement absent. Les médicaments antiasthmatiques habituels maîtrisent efficacement ce problème.

Les enfants asthmatiques utilisent le même type de médication que les adultes. Cependant, comme leur système physiologique ne répond pas aux médicaments de la même façon qu'un adulte, il faut être vigilant quant aux répercussions et effets secondaires d'un traitement. Il est fréquent de retrouver des troubles tels le somnambulisme, le réveil fréquent, l'hyperactivité, l'irritabilité et les troubles de concentration. À ce jour, aucun médicament

n'est idéal pour tous les enfants. Le traitement se doit d'être individualisé et suivi scrupuleusement. Pour de meilleurs résultats, il est important de maîtriser les facteurs environnementaux.

1.3 L'adaptation à la maladie asthmatique de l'enfant

Il peut être difficile pour l'enfant d'accepter sa maladie qui risque d'être parfois une source de conflits et de contrariétés. L'asthme est une maladie qui se caractérise par des crises d'intensité et de fréquences variées, l'enfant ainsi que ses parents peuvent facilement être régis par la peur de ces attaques et ainsi tourner le dos à certaines activités forts enrichissantes. D'ailleurs, selon certains auteurs, les enfants atteints de maladie chronique présentent un risque élevé de développer des troubles de comportement, des problèmes d'ajustement psychologique et des problèmes d'adaptation (Gortmaker & al., 1990; Perrin & Mac Lean, 1988; Seigel & al., 1990). Il devient donc essentiel de permettre à l'enfant de développer une estime de soi positif qui facilitera l'adaptation à la maladie. L'enfance étant une période de développement fort importante, de se sentir marginalisé de son groupe de pairs par une maladie risque d'être une expérience traumatisante pour l'enfant. Il s'agit de l'identité d'un individu en devenir qui est menacée. D'ailleurs, les cliniciens ont observé l'importance de l'éducation de l'enfant asthmatique quant à son état de santé. Par des explications simples et concrètes, l'enfant accepte et comprend plus facilement que sa respiration puisse devenir plus difficile dans certaines circonstances. Il peut ainsi mieux contrôler sa maladie en évitant certains facteurs exacerbants et en acceptant une prise de médication plus fréquente lorsque c'est nécessaire. Il s'agit donc d'amener l'enfant à s'approprier la maîtrise de sa maladie en favorisant une démarche de responsabilisation. Il

joue ainsi un rôle important dans la régularisation de la fréquence des crises. Les parents se doivent tout de même de superviser afin que tout se fasse convenablement. Ils jouent donc un rôle essentiel à la maîtrise de l'asthme. D'ailleurs, une bonne connaissance des symptômes et un contrôle adéquat des facteurs irritants permet d'équilibrer le degré de la maladie.

Lorsque l'asthme est mal maîtrisé, les symptômes ainsi que toutes les complications qui s'ensuivent peuvent rendre les parents inquiets voir anxieux et les inciter ainsi à focaliser sur l'enfant malade au détriment de ses frères et soeurs qui risquent alors de se sentir délaissés. Toutefois, dans les circonstances où la maladie de l'enfant est bien maîtrisée, il n'aura besoin d'aucune attention spéciale (Tames).

2. Maladie et famille

Comme nous pouvons le constater par l'ampleur du phénomène, plusieurs parents sont confrontés à la maladie asthmatique. Cependant, comme chaque famille est unique, l'ajustement face à la maladie d'un enfant diffère, dépendamment de plusieurs variables telles les individus, l'organisation familiale, la sévérité de la problématique. D'ailleurs, la réaction des parents face à la pathologie de l'enfant est en étroite relation avec la mesure dans laquelle l'asthme cause un problème. Malgré cette complexité dans l'interaction entre la maladie asthmatique de l'enfant et l'organisation familiale, on retrouve une typologie de famille lors de trouble de la santé.

Dans la prochaine partie de cet écrit, consacrée à la maladie et la famille nous étudions donc cette typologie soit: la famille à transaction

psychosomatique. Par la suite, notre présentation porte sur le stress, famille et maladie. Mais, pour débiter, nous abordons brièvement l'impact de la maladie sur la famille.

2.1 Impact de la maladie sur la famille

La maladie chronique chez l'enfant a un impact important sur la famille. Les différents aspects les plus fréquemment étudiés sont: l'ajustement marital, l'interaction familiale, les limitations imposées à la famille et la santé des parents.

En ce qui concerne l'ajustement marital, les principaux indicateurs sont le divorce et la détresse maritale (Sabbeth, 1984; Leventhal, 1984). Malheureusement, d'autres dimensions telles la communication, la prise de décisions et la flexibilité des rôles ne sont que très rarement prises en considération. Ce que nous pouvons retenir des études plus rigoureuses sur le sujet serait que le taux de divorce n'est pas plus élevé chez les parents d'enfants atteints de maladie chronique (Pelletier, 1992). Certaines études suggèrent cependant le risque que représente certaines familles: une relation de couple instable lors du diagnostic est un facteur prédisposant important (Kalnins, 1983 dans: Pelletier, 1992).

La maladie chronique de l'enfant touche également l'interaction familiale. Gustafsson & al. (1987) ont étudié l'interaction familiale chez les familles d'enfants asthmatiques comparativement aux familles d'enfants ayant une autre maladie chronique, soit le diabète. L'interaction familiale chez les familles d'enfants diabétiques et celles d'enfants sains est similaire. Les

différences dans les interactions ne seraient donc pas causées par la maladie. Les chercheurs parlent plutôt de l'importance du rôle des interactions familiales dans l'étiologie de l'asthme. Des patterns de relations perturbées contribuent donc à la sévérité de la maladie dans les cas d'enfants asthmatiques.

La maladie chronique impose un nombre important de limites aux autres membres de la famille: tant au niveau des activités sociales et récréatives qu'aux niveaux de l'emploi et du logement (Kalnins, 1983 dans: Pelletier, 1992). De plus, les parents peuvent percevoir la maladie de l'enfant comme étant un lourd fardeau financier (Kalnins, Churchill & Terrey, 1980 dans: Pelletier, 1992). Fréquemment, les mères quittent leur emploi (Kalnins, 1983 dans: Pelletier, 1992). Lorsque le père ne veut s'éloigner de la famille ou encore refuse de déménager loin du centre de traitement de l'enfant, il voit s'amoinrir ses possibilités d'avancement. Les familles d'enfants asthmatiques présentent fréquemment des problèmes financiers, une diminution de la mobilité de la famille, une diminution des activités sociales et récréatives. Des attitudes de surprotection ont également été mentionnées dans la documentation scientifique (Crummette, 1979 dans: Pelletier, 1992).

La maladie de l'enfant touche également la santé des parents, et plus spécifiquement celle des mères. Le problème rencontré le plus fréquemment est la dépression qui est entraînée par la nature prolongée du traitement et par l'incertitude quant à l'avenir, à l'emploi et à la relation de couple. On a répertorié également de la fatigue physique, de l'épuisement, des migraines, de l'insomnie et des pertes d'appétit (Kalnins, 1986 dans: Pelletier, 1992). Selon

Magni & al. (1986), la détresse psychologique serait plus importante chez les femmes que chez les hommes, excepté en ce qui concerne l'hostilité ressentie.

Il est donc pertinent de souligner l'impact d'une maladie chronique sur divers aspects de la vie familiale. Effectivement, il ne s'agit pas seulement d'une personne qui est confrontée à la maladie mais bien d'un système en entier. Il demeure toutefois difficile de définir avec précision la cause des perturbations dans la famille. Dans certains cas, il semble que la dynamique familiale jouerait un rôle important dans l'évolution de la maladie asthmatique.

2.2 La famille à transaction psychosomatique

Nous nous intéressons d'abord à la psychanalyse, laquelle offre des justifications au phénomène de la somatisation. Ce modèle théorique a comme point de départ l'individu et son fonctionnement psychique et s'avère complémentaire des contributions de la perspective systémique. Les investissements corporels et les plaintes somatiques traduisant un malaise général relèveraient des troubles des relations objectales précoces, de perturbations de l'investissement du corps propre, et de défaut de l'organisation narcissique et de la régularisation de l'estime de soi (Jeammet, 1982). Le symptôme est donc placé dans une perspective historique. D'ailleurs, si on se réfère au principe d'alexithymie et de pensée opératoire souvent associés au domaine de la psychosomatique, plusieurs auteurs d'inspiration psychanalytique observent une altération dans la structure de la personnalité du patient. La vie émotionnelle et fantasmatique de ce dernier serait affectée par une sorte de pauvreté intrinsèque qui entraînerait des difficultés à

verbaliser les émotions. Cependant, il ne s'agit pas de conclure à l'absence d'émotions chez les patients psychosomatiques mais plutôt de tenir compte des règles familiales qui limitent ou interdisent les transactions au niveau émotif (Real Del Sartre, Vannotti & Goubier-Boula, 1992). Dans les familles à transactions psychosomatiques, les interactions, les rôles, les liens, les rapports réciproques s'expriment selon un scénario où tout contenu émotionnel doit être éliminé. Selon certaines études, les patterns d'interactions et les règles familiales seraient associés au mécanisme de survie de chacun des membres de la famille face à la crainte de la mort. Cette peur serait fonction des événements traversant leur propre histoire ou celle de leurs proches.

"La survie physique de par les projections familiales, l'hyperprotection, le rejet ou l'ambivalence, s'imbrique très rapidement avec une survie psychologique. Dans certains cas, elle atteint même le processus d'individuation, et la constitution propre de l'identité du sujet" (Real Del Sarte, Vannotti & Goubier-Boula, 1992).

Cet enchevêtrement des survies physique et psychologique est parrainé par un renforcement réciproque qui stimule l'irruption de symptôme et de maladie.

Certains auteurs ont donc situé l'asthme, comme trouble psychosomatique, au plan des pathologies familiales (Hookham, 1985). Encore aujourd'hui et ce, malgré la controverse existante quant au rôle que joue la dynamique familiale sur les manifestations de symptômes asthmatiques, on considère l'asthme comme étant une pathologie organique qui est exacerbée, entre autres, par des stimuli sociaux-émotionnels tel le stress familial (Creer, 1982; Creer, Harmon & Marion, 1988; Matus, 1981; Mrazek & Klinnert, 1988; Steiner, Fritz, Hilliard & Lewiston, 1982). Les facteurs psycho-sociaux tels les

conflits parents-enfants ou entre pairs ne causeraient pas l'asthme, mais pourraient déclencher une crise et influencer le fonctionnement des poumons et donc le développement clinique de la maladie (Alexander, 1980; Falliers, 1983; Roberts, 1986).

Des recherches récentes ont démontrées que les attitudes maternelles de critique et la communication mère-enfant négative sont plus fréquentes dans les familles ayant un enfant asthmatique (Hermanns, Florin & Al., 1989). De plus, il a été démontré que les attitudes de critique des mères sont reliées significativement à la sévérité de l'asthme chez l'enfant en terme de fréquence des attaques (Hermanns, Florin & Al., 1989). Ces résultats sont conformes à ceux obtenus auprès des adultes présentant des désordres psychiatriques. De telles études avaient démontrées une forte relation entre le statut de l'expression des émotions des proches et le taux de rechutes des patients (Miklowitz, Goldstein, Faloon & Doane, 1984; Strachan, Leff, Goldstein, Doane & Burt, 1986; Hahlweg & Al., 1987; Hooley & Teasdale, 1989). Aucune recherche comparable n'a cependant donné de résultats significatifs similaires auprès des pères d'enfants asthmatiques.

Matterson (1985) souligne aussi l'importance des facteurs précipitants de la maladie tels les stressors intra ou extra-familiaux qui peuvent influencer la trajectoire évolutive de la maladie de l'enfant et les facteurs tels l'acceptation ou le rejet de l'enfant asthmatique, la sous ou sur-participation de l'un des deux parents dans la direction médicale de l'enfant. Toujours selon Materson (1985), les problèmes avec les enfants asthmatiques surgissent dans un large ensemble d'environnements familiaux; les familles avec un enfant asthmatique sont à risque pour une variété de problèmes qui peuvent devenir

symptomatiques chez un ou plusieurs membres de la famille ou chez les relations des sous-systèmes. Cependant, d'après les études existantes, il est difficile de déterminer la causalité entre l'apparition des symptômes asthmatiques et les relations parents-enfants puisque la majorité des études sont de type corrélationnel (Gustafsson, Kjellman, Ludvigsson & Cederbald, 1987).

D'autres auteurs soulignent qu'il n'est pas rare de remarquer des problèmes de communication, de la détresse et de la psychopathologie dans le système familial (DiBlasio, Molinari, Peri & Taverna, 1990; Minuchin, Rosman & Baker, 1978; Renne & Creer, 1985; Wikran, Falcide & Blakar, 1980). De plus, pendant que certains auteurs (Renne & Creer, 1985) concluaient qu'il n'y avait rien d'unique ou de pathologique autour de la relation mère-enfant dans les familles d'enfants asthmatiques, la revue de la documentation de Hookham (1985) indiquait que quelques familles étaient caractérisées par de la dépendance excessive de l'enfant asthmatique à sa mère, de l'anxiété maternelle et de la surprotection, ainsi qu'un plus haut taux de dépression chez la mère. D'autres auteurs (Mrazek, Casey & Anderson, 1987) ont suggéré que l'attachement insécure dans la relation mère-enfant pourrait être un facteur de risque relié à la sévérité de l'asthme parmi les enfants d'âge préscolaire.

De plus, des données récentes ont démontré que les parents d'enfants asthmatiques ont un plus haut taux de divorce et plus de problèmes sévères dans leur relation conjugale que les familles contrôles. Les enfants ont, quant à eux, plus d'absences à l'école (Faleide, Galtung, Unger & Watten, 1988; Gergen, Mullally & Evans, 1988). Les problèmes dans la relation conjugale peuvent augmenter la probabilité de problèmes scolaires ainsi que de troubles du

comportement chez les enfants asthmatiques (Perrin & MacLean, 1988). D'ailleurs, ces comportements d'enfants peuvent augmenter la probabilité de problèmes entre le père et la mère.

Comme ce ne sont pas toutes les études qui ont démontré une association entre les variables familiales/sociales et le développement ou la sévérité de l'asthme, ou l'impact négatif de l'asthme sur la famille (Horwood, Fergusson & Shannon, 1985), il subsiste des désaccords parmi les chercheurs quant à l'idée que des facteurs individuels et familiaux puissent avoir le potentiel d'influencer et de se faire influencer par la nature et le déroulement de la maladie. Il est cependant probable que l'asthme exerce un effet puissant sur l'enfant, la mère et la relation mère-enfant et que la maladie s'inscrive dans un contexte et puisse être influencée par lui.

Le recours au modèle bio-psycho-social suggéré par Engel (1977) pour une meilleure compréhension de diverses maladies a stimulé l'émergence de nombreuses recherches visant à mettre en lien la dynamique familiale et la maladie. Selon ce modèle, l'enfant à risque de somatisation possède une prédisposition génétique le rendant vulnérable lors d'interactions spécifiques à l'intérieur du noyau familial. Une organisation spécifique de la famille, associée à une vulnérabilité génétique et des conflits émotionnels de l'enfant engendrerait le développement de symptômes psychosomatiques (Solomon dans Morval, 1986).

Minuchin (1975) et Onnis (1989) ont mentionné des dimensions familiales telles la surprotection, la rigidité et la triangulation lors de complications de santé. Wood et ses collaborateurs (1989) ont, quant à eux,

confirmé des relations entre la dépression, la colère, l'hostilité, l'anxiété et certaines pathologies dont l'asthme.

Il semblerait vraisemblable d'affirmer que certaines attitudes et caractéristiques intrafamiliales puissent agir comme facteurs potentiels de désordres de la santé. Plusieurs études utilisant des mesures sérieuses d'attitudes ont été menées. Elles ont conduit à l'identification d'attitudes affectives négatives qui sont prédictives de rechutes s'inscrivant dans plusieurs désordres psychopathologiques ou qui précèdent l'apparition des premiers symptômes, (Brown, Birley & Wing, 1972; Vaugh & Leff, 1976; Magana, Goldstein, Karno & Al., 1986; Hooley, Orley & Teasdale, 1986; Vaugh, Snyder, Jones & Al., 1984). Il est donc possible que des attitudes affectives négatives, souvent la critique et de longues séquences de communication négative agissent comme stressseurs chroniques et contribuent ainsi à l'apparition ou au maintien de différentes sortes de psychopathologies et de désordres psychosomatiques.

D'ailleurs, des recherches récentes soutiennent que les effets du stress produisent à court et à long termes des changements durables sur les fonctions du corps. Les hormones sont sécrétées différemment en réponse aux stressseurs spécifiques (Weiner, 1989). Divers immunosuppresseurs apparaissent chez l'homme après une exposition à des événements stressants (Kiecolt-Glaser, Garner, Speicher & Al., 1984; Stein, Schleifer & Keller, 1981). De plus, des stressseurs sévères qui sont connus pour être des catalyseurs importants de détresse ont été corrélés avec l'apparition d'une variété de maladies (Weiner, 1987). En plus de ces informations de base, un ensemble de découvertes sur la famille provoque des spéculations à l'effet que des stressseurs venant de

patterns de communication intrafamiliale puissent avoir des effets particuliers sur le système immunitaire. Les études sur les modes d'interactions ont, pour le moment, démontré que les désaccords conjugaux sont associés à de longues séquences d'escalade d'interactions verbales négatives (Hahweg, 1986). Au même moment, il a été démontré que les désaccords conjugaux sont associés à de pauvres fonctions immunitaires (Kiecolt-Glaser, Fishier & Al., 1987; Kiecolt-Glaser, Kennedy & Al., 1988). Il est donc vraisemblable de croire que des types de communications anxiogènes puissent produire des changements sur les fonctions du corps, ce qui pourrait augmenter les susceptibilités individuelles de malaise somatique.

En présumant qu'une attitude de critique d'une personne proche puisse contribuer à l'apparition ou au maintien d'une maladie psychosomatique, il est possible de s'attendre à ce que cette attitude soit retrouvée dans les interactions familiales. De plus, on pourrait s'attendre à ce que cette attitude de critique soit surtout exprimée dans les familles avec des patients caractérisés par de fréquentes réapparitions de symptômes.

Il est donc possible de dire que nous retrouvons une typologie de familles présentant des problématiques de santé plus fréquentes. Il est, cependant, extrêmement difficile, voir impossible de différencier le rôle que joue la maladie sur la dynamique familiale: interfère-t-elle sur le stress parental ou bien est-ce le fonctionnement du système qui induit la maladie?

"Un bon nombre d'études ont démontré que non seulement la maladie affecte la famille mais que la famille a aussi une influence très importante sur l'expérience de la personne atteinte et sur l'évolution de la maladie" (Duhamel, 1993).

Cet aspect de circularité nous amène donc à vouloir comprendre l'influence de la maladie infantile sur le stress parental.

2.3 Stress, maladie et famille

De nombreuses sources de stress affectent les diverses sphères de notre vie. La famille n'échappe pas à ce phénomène, d'autant plus qu'elle est la source et le contexte d'apprentissages et d'expériences de chacun des membres du clan. L'appartenance à une famille nous rend vulnérables aux problématiques que les autres membres traversent, étant donné une préoccupation accrue envers ceux-ci (Mc Cubbin & Figley, 1977: voir Morval, 1986). Dans certaines familles, une recrudescence de stress entraîne l'apparition de conflits et de réactions destructives. Tandis que chez d'autres familles, ces mêmes événements font croître l'esprit d'équipe et le support mutuel. Donc, le stress n'est pas automatiquement synonyme de pathologie. Les événements stressants sont à la fois sources de stress et défis aux capacités adaptatives. Ils sont occasions de dépassement et menaces.

Lorsque stress et famille sont associés, c'est dans l'optique qu'une famille est composée de personnes reliées affectivement. Les unes et les autres se soutiennent et se protègent en présence d'événements qui seraient susceptibles d'entraîner des changements (Mc Cubbin & Patterson, 1983).

Le rôle de parent est souvent une source de stress. Il s'agit d'une réalité de la vie. La famille en tant que lieu de développement social et émotionnel ne peut y échapper. Effectivement, le fait d'être parent peut entraîner de

nombreuses occasions d'inquiétude telles: la santé de l'enfant, son humeur, sa capacité d'adaptation. Abidin (1983) définit le stress parental comme un état de malaise psychologique associé au domaine de l'éducation de l'enfant. Selon Éthier, Palacio-Quintin et Couture (1992), le stress parental se définit comme suit: "un état de malaise psychologique relié au domaine spécifique de l'éducation de l'enfant, soit le stress qu'un parent vit lorsqu'il éduque son enfant". p.6

2.3.1 Étapes de la vie familiale

La famille, en tant qu'entité, franchit plusieurs étapes qui sont vues comme progressives, mais qui peuvent évidemment se chevaucher. Il s'agit donc d'étapes représentant une période bien précise dans le cycle de la vie familiale (Olson, Lavee & Mc Cubbin, 1988). Selon Morval (1985), cinq grandes étapes peuvent être prises en considération:

1. Couple sans enfant qui envisage de fonder une famille (environ deux ans).
2. Famille avec de jeunes enfants (environ 13 ans).
3. Famille avec des adolescents (environ 7 ans).
4. Famille après le départ des enfants (environ 20 ans).
5. Famille après la retraite des parents (environ 15 ans).

Selon certains auteurs, les difficultés parentales varient continuellement tout au long du cycle de vie familiale (Pittman, Wright & Lloyd, 1989). Cependant, on remarque que les premières années de vie parentale sont souvent associées à un niveau de stress élevé. En effet, cette étape, qui correspond à la naissance et à l'éducation de jeunes enfants, serait l'une des

périodes demandant le plus d'ajustements, particulièrement lorsque de l'insatisfaction et de l'insuffisance des ressources expressives et instrumentales sont répertoriées (Aldous 1978: voir Mc Cubbin & Al., 1980). Bell & Harper (1977) mentionnent la naissance d'un enfant comme étant une situation particulièrement stressogène. Le couple ou la famille, dont les modalités de fonctionnement sont déjà établies, doit s'adapter et se restructurer. Ce réaménagement se réalise à plusieurs niveaux: les croyances, les valeurs, les connaissances de l'éducation, les horaires, les rôles, la répartition des tâches domestiques, la disponibilité. La naissance et l'éducation deviennent donc des stressseurs majeurs qui sont à la fois aigus et chroniques (Bell & Harper, 1977).

D'ailleurs, à ce stade qui en est un fort exigeant pour les parents on observe une diminution de la satisfaction conjugale (Mc Cubbin & Al., 1980). Les jeunes enfants interfèrent beaucoup dans la vie familiale. Avec l'autonomisation de l'enfant, cette interférence s'amointrit (Pittman & Al., 1989). Les principales recherches distinguant les familles à haut niveau de stress de celles vivant un stress relativement bas mentionnent l'importance d'une relation de couple solide et stable (Duludet, 1992). Ce n'est pas étranger au fait que les familles à bas niveau de stress ont une appréciation plus positive de leur mariage, de leur vie familiale, de leur qualité de vie et de leur vie sexuelle que les familles expérimentant un haut niveau de stress.

Une autre étude, cette fois réalisée par Olson & Al., (1988) arrive à la conclusion que les familles avec de jeunes enfants (âge pré-scolaire et scolaire) ainsi que celles avec des adolescents et de jeunes adultes vivent un niveau plus élevé de tensions telles des conflits inter-personnels, des tensions de rôles, financières et sociales. L'accumulation d'événements difficiles affecterait plus

défavorablement les familles avec de jeunes enfants ou des adolescents à la maison (Olson & Al., 1988). D'ailleurs, on retrouve une satisfaction plus importante de la relation conjugale chez les jeunes couples sans enfant et les couples plus âgés. On remarque aussi, chez ces couples, une plus grande satisfaction quant au fonctionnement familial et un plus grand bien-être psychologique.

Chez les jeunes parents, il existe une importante différence en ce qui concerne le style d'interaction avec le bébé. Les mères développeraient plus de problèmes parentaux que leur partenaire (Golberg & al., 1985). Effectivement, les pères prendraient spontanément une attitude de camaraderie qui rend les perceptions parentales plus positives que chez les mères qui ont davantage un rôle de "caregivers" (Golberg & al., 1985). La tâche de la mère en est donc une de soin et cela exige beaucoup de temps et d'énergie supplémentaires (Tessier & al., 1992; Armstrong & Armstrong, 1988). En fait, le rôle instrumental est plus fréquemment joué par la mère, et ce malgré un partage de tâches de plus en plus accepté (Morval, 1985). Il apparaît justifié de s'attendre à un niveau de stress parental plus important. D'ailleurs, toujours en relation avec cette responsabilité des soins aux enfants, les changements associés au fait de devenir parent seraient plus prononcés et plus négatifs chez les femmes que chez les hommes. Ces changements peuvent provoquer une perte de liberté, moins de disponibilité personnelle et une diminution de l'estime de soi entraînée par l'ambivalence vécue face au rôle parental (Pittman & al., 1989). Il s'agit donc d'attitudes pouvant entraîner un "état de malaise psychologique relié au domaine spécifique de l'enfant" (Éthier, 1992).

Les résultats de recherches portant sur les difficultés parentales (Pittamn & al., 1989) soutiennent l'importance de la division des tâches traditionnelles pour l'exercice des rôles parentaux. Le nombre et l'âge des enfants réduisent l'accès à l'intimité pour les mères tandis que les pères relient le stress financier aux difficultés parentales. Une étude réalisée par Scott et Alwin (1989), corrobore cette affirmation. Les mères, de par leur rôle social les incitant à prendre en charge les relations intimes, vivent une plus grande pression que les hommes et par le fait même expérimentent un niveau de stress parental plus élevé. Cela semble associé à leur engagement émotionnel. En ce qui concerne le stress parental, les rôles sexuels seraient donc une source d'influence plus grande que les rôles parentaux.

D'ailleurs, Tessier & al. (1992) précisent que l'exécution des tâches familiales est une source de pression plus importante que le partage des tâches et les décisions. Ces chercheurs indiquent que 79.4% des mères vivent de la pression face aux tâches à exécuter comparativement à 41.2% des femmes quant à la pression vécue face au partage des tâches et des décisions.

Chacun des membres de la famille est d'ailleurs influencé par la maladie d'un des membres de l'entité (Bell, 1975: voir Poulin, 1988). Il existe donc, dans la famille, une contagion du stress qui rend difficile, voir impossible de déterminer la cause du stress; "stress et crise sont souvent en corrélation, même si l'un n'entraîne pas nécessairement l'autre" (Morval, p. 13). Selon Poulin (1988), un stress mal géré risque, non seulement d'entraîner une dysfonction d'un membre de la famille, mais également une grave perturbation du système. Un trop haut niveau de stress pourrait donc, suite à une situation déplaisante, dégénérer en conflit violent. C'est pourquoi, selon

certain auteurs un niveau de stress trop important chez le parent s'associe à la dépression ainsi qu'à une hausse de la coercition (Éthier & Al., 1992).

Carson et Shauer (1992) ont étudié l'influence de la maladie asthmatique d'un enfant sur le stress des mères. Ils sont venus à la conclusion générale, congruente avec celle de Matterson (1985), que les mères d'enfants asthmatiques présentaient un stress parental plus élevé que les mères d'enfants en santé. D'ailleurs, la relation d'attachement mère-enfant est perçue comme plus stressante. On remarque chez ces femmes des comportements de surprotection, d'indulgence extrême et de rejet. Des comportements maternels négatifs et contradictoires tels le rejet et la surprotection entraînent de la confusion chez l'enfant (Carson & Shauer, 1992). Il est aussi possible que certaines caractéristiques psychologiques et comportementales de l'enfant puissent influencer les perceptions des mères de la qualité de leur relation avec l'enfant. D'ailleurs, ces mères ont rapporté un sentiment de compétence plus faible, de l'isolement social et plus de difficultés dans leur relation avec leur conjoint. Elles entrent dans une catégorie de parents qui présentent un haut risque de stress (Abidin, 1983).

D'autres études (Caroselli & Karinja, 1990; Hookham, 1985) ont démontré que les relations mère/enfant asthmatique étaient plus anxiogènes, difficiles et que l'on retrouvait plus de dépendance.

La vie familiale et plus particulièrement le rôle de parents n'échappent pas à la réalité du stress. En présence de la maladie de l'un des enfants, ce phénomène devient encore plus accentué. En plus d'avoir à vivre différents types de stress associés subtilement à la vie quotidienne, les parents doivent

apprendre à composer avec un élément anxiogène aigu et chronique: la maladie infantile.

3. Le soutien social

Depuis quelques années, les chercheurs s'intéressant au stress et à la famille identifient le concept de soutien social comme étant une ressource fort importante pour la gestion du stress. La vulnérabilité du système familial serait influencée par la présence et la disponibilité de soutien instrumental et affectif (Reiss, 1981: voir Morval, 1985). Il s'agit donc d'une ressource favorisant la réduction du niveau de stress relié aux difficultés de la vie familiale (Pittman et Al., 1989). Dans la prochaine et dernière partie de ce chapitre, nous étudions donc cette ressource favorisant l'adaptation au stress.

3.1 Le rôle du soutien social

La qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie et la façon de s'adapter à ce facteur stressogène sont des points très importants non seulement pour le corps médical mais également pour tous les autres intervenants. Généralement, les chercheurs jugent qu'une stratégie d'adaptation est efficace lorsqu'elle réduit la détresse psychologique (Taylor & Aspinwall, 1993). Lorsque l'anxiété et la dépression sont réduites, la réponse à la stratégie utilisée est considérée comme un succès.

On remarque cinq stratégies d'adaptation plus fréquemment utilisées pour faire face au stress entraîné par un trouble de la santé:

- Le recours au soutien social
- La distanciation: se détacher de la situation stressante
- Le focus positif: optique de croissance personnelle à travers la difficulté
- L'évitement cognitif: souhaits que cette situation n'ait jamais existée
- L'évitement comportemental: abus de nourriture, alcool, médicaments, drogues, etc.

Certaines stratégies facilitent l'ajustement psychologique avec une plus grande efficacité. Les recherches ont démontré qu'une plus faible morbidité psychosociale pouvait être corrélée avec, en réponse à la situation stressogène, une confrontation positive, de l'optimisme (Scheier, Weintraub & Caruer, 1986), un sentiment de contrôle interne élevé (Burgess, Morris & Pettingale, 1988) et la croyance que chacun a la possibilité d'exercer un contrôle direct sur sa maladie (Affleck, Tennen, Pfeiffer & Fifiield, 1987; Taylor, Lichtman & Wood, 1984). De même, un besoin d'aide peu élevé est associé à un bon fonctionnement psychologique et comportemental (Stein, Wallston, Nicassio & Castner, 1988).

Selon plusieurs auteurs, le soutien social serait partiellement responsable d'une réduction du stress et des désordres physiques et psychologiques (Boutin, 1989; Guay-Genest, 1987; House, 1981; Muckle et al., 1991; Pearlin & Mc Cole, 1990; Smolla, 1988; Thoits, 1982). D'ailleurs, le soutien social est très fréquemment associé au stress et à la santé. En fait, depuis les

vingt dernières années, l'influence du soutien social sur le stress, dans le domaine familial, est largement reconnue.

Le soutien social apparaît donc comme étant une ressource très importante pour l'adaptation. Les formes de soutien sont, généralement, répertoriées selon trois catégories: l'assistance tangible, l'information et le support émotionnel (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981).

Le soutien social influence, entre autres, la vitesse du rétablissement suite à la maladie et réduit le risque de mortalité (House, Landis & Umberson, 1988). D'ailleurs, le soutien social a été associé avec un meilleur recouvrement de la santé et ce, dans le cas de plusieurs maladies (Dimond, 1979; Magni, Silvestro, Tamillo, Zanesco & Carl, 1988; Robertson & Suinn, 1968). Il peut également aider à réduire la détresse qui accompagne la maladie chronique (Zich & Temoshuk, 1987). En plus, il incite les gens à améliorer leurs habitudes de vie, entre autres, à respecter leur médication (Wallston & Al., 1983).

Différents stressseurs créent différents besoins. C'est dire que des besoins spécifiques nécessitent différents efforts d'adaptation. Le soutien social, pour être bien efficace, doit être vu comme un complice de ces efforts d'adaptation. Il est également très important qu'il soit bien ajusté aux besoins des personnes. Différents types de soutien peuvent provenir de différents membres du groupe offrant le soutien (Dakof & Taylo, 1990; Dunkel & Schetter, 1984). Chaque membre peut avoir une contribution unique, particulière. Certains peuvent être plus en mesure d'apporter un soutien émotionnel tandis que l'information et les conseils apparaissent comme plus adéquats lorsqu'ils sont distribués par les experts.

La communication entre l'individu atteint d'une maladie chronique et les membres de sa famille peut être affectée par la pathologie (Taylor & Aspinwall, 1993). Dans certains cas, le problème survient suite à une mésentente face à l'information concernant la façon de répondre aux besoins de la personne malade. Les chercheurs s'accordent pour reconnaître l'utilité d'intervenir auprès des membres de la famille afin de les informer, plus consciencieusement, de la nature de la maladie, de décrire et de démontrer les limites et la façon dont chacun peut aider dans la réhabilitation (Taylor, Bandura, Ewart, Miller & De Busk, 1985). Même une simple intervention permettant l'accès à des informations peut être aidante (Thompson & Cordle, 1988).

3.2. Les types de soutien social

Soutien informationnel:

Le soutien informationnel est composé d'avis, directives, suggestions et renseignements pertinents (House, 1981; Mc Lanahan, Wedemeyer & Adelberg, 1981; Tessier & Al., 1992; Thoits, 1982). Il est constitué d'informations fournies par le réseau social (House, 1981) et peut ainsi aider dans la résolution de problèmes (Mc Lanahan et al., 1981). Ce type de soutien, quoique différent théoriquement, est fréquemment inclus dans le soutien instrumental (Mc Lanahan & al., 1981; Tessier & al., 1992; Thoits, 1982).

Soutien instrumental:

Ce type de soutien, quant à lui, se rapporte à l'aide concrète sur les plans financier et matériel. Il s'agit donc de la disponibilité d'une variété de

comportements offrant une aide directe quant à l'exécution d'une tâche concrète (Boutin, 1989; Parke, 1986). Ce soutien comprend par exemple, les services de dépannage, d'aide à la famille, de soutien financier. Évidemment, ce type de soutien ne peut être dissocié totalement de tout l'aspect émotionnel puisque l'aide reçue assure à l'individu que l'on se préoccupe de lui (Thoits, 1982).

Soutien émotionnel:

Le soutien émotionnel réfère au sentiment d'être aimé, d'être en confiance et en relation d'intimité donc, aux interactions favorisant le partage de sentiments (Burda & al., 1984: voir Boutin, 1989). Le degré d'écoute et d'encouragements (Sekanant, 1986) ainsi que celui d'empathie, de confiance, d'intérêt et d'appartenance (Guay-Genest, 1987) démontré envers un individu sont des manifestations de soutien émotionnel. Selon Park (1986), ce type de soutien agirait au niveau affectif, bien sûr, mais également à un niveau plus récréatif lors des moments de plaisirs, pendant les loisirs et les activités agréables partagées avec d'autres.

Le soutien émotionnel peut être observé dans toute relation (Pearlin & Mc Cale, 1990). Cependant, il provient davantage de certaines personnes significatives (Thoits, 1982) c'est-à-dire de quelqu'un de bien connu avec lequel des sentiments de confiance et de sécurité se sont développés (Belsky & Rovine, 1984: voir Boutin, 1989).

3.3 Le soutien social et l'adaptation à la maladie chronique

La majorité des études effectuées dans le domaine du soutien social en relation avec la santé se sont concentrées sur les effets du soutien sur l'incidence des problèmes de santé. Peu d'entre elles se sont intéressées à la mise en relation du soutien social avec l'adaptation à la maladie chronique chez l'enfant (Pelletier & al., 1992).

Néanmoins, selon une étude de Gibson (1986), les parents considèrent le soutien social comme étant le facteur le plus important pour faire face à la maladie de leur enfant. D'ailleurs, toujours selon cette étude, le conjoint, la famille et les amis sont les sources de soutien les plus utiles. L'étude effectuée par Madden (1982 dans: Pelletier, 1992) corrobore ces résultats. Le soutien dont les mères d'enfants hémophiles ont bénéficié est associé au degré d'acceptation de la maladie de leur enfant. Par ailleurs, la réponse psychologique de la mère serait également en corrélation avec l'ajustement de l'enfant. Pelletier & al, (1992) qui ont étudié l'impact de l'asthme et du diabète juvénile sur la famille, ils affirment que "la satisfaction du soutien émotionnel reçu par la mère contribue à l'explication du fonctionnement social chez les enfants". p 177

3.4 Le soutien entre conjoints

Le soutien social peut provenir de différentes sources telles: la famille, les amis, les voisins, la communauté. Toutefois, la source de soutien qui nous intéresse dans le cadre de ce travail de recherche est le conjoint. D'ailleurs, selon plusieurs auteurs, le soutien social provenant d'un conjoint est considéré

comme un facteur particulièrement significatif pour faire face à la maladie d'un enfant (Gagnier, 1991; Muckle, 1991; Pelletier, 1992; Tousignant, 1994).

La relation conjugale est très importante comme source de soutien. En effet, il s'agit d'un type de relation qui est habituellement plus stable. Le couple est basé sur un modèle de relation continue qui incite à l'intimité, au partage d'expériences diverses et à la confiance. Le couple se trouve donc être une source de soutien émotionnel importante (Matthews, 1988; Pearlin & Mc Cale, 1990). Il s'agit d'un lieu privilégié où les différents aspects interactionnels du soutien émotionnel peuvent être observés. Le processus de soutien demeure tout de même similaire à celui retrouvé dans les autres relations primaires (Pearlin & Mc Cale, 1990).

Une étude effectuée par Hirsch & Rapkin (1986) mentionne l'importance du réseau social chez les femmes. En effet, un soutien intime provenant du conjoint protégerait de la dépression la femme vivant un stress sévère. Les problèmes reliés aux facteurs stressogènes surviendraient généralement lors de l'absence de soutien. D'ailleurs, d'autres études laissent croire en l'importance du soutien émotionnel conjugal sur la santé des femmes; l'absence de soutien entraînerait un état de stress fort important (Guay-Genest, 1987; Tousignant, 1994). De plus, la satisfaction du soutien émotionnel reçu par la mère contribue à l'explication du fonctionnement social chez les enfants atteints d'asthme (Pelletier, 1992).

Toutefois, les femmes offrent plus facilement un soutien inconditionnel à leur conjoint. Elles s'efforcent davantage de diminuer les tensions vécues par leur partenaire (Pearlin & Mc Cale, 1990; Sekaran, 1986). Cependant, elles

exprimeraient plus facilement leurs difficultés (Tessier & al., 1992). Vannoy-Hiller & Philliber (1989) souligne, quant à eux, l'importance du soutien émotionnel, pour les hommes, en provenance de leur conjointe. Ce type de soutien ne serait disponible que dans la relation conjugale tandis que les femmes pourraient le retrouver dans des amitiés.

Le soutien émotionnel entre conjoints est également retrouvé lors du partage de tâches. De récentes études ont démontré l'effet positif de la participation des hommes aux travaux ménagers. Les femmes sont effectivement moins stressées lorsque les tâches ménagères sont partagées équitablement (Menaghan & Parcel, 1990). D'ailleurs, une grande corrélation est présente entre la satisfaction quant au partage des tâches et la qualité de la relation conjugale: la satisfaction ressentie face à la division des tâches est directement reliée positivement au bonheur conjugal et négativement aux conflits. (Glenn, 1991; Peck, 1985; Sutor, 1991; Vannoy-Hiller & Philliber, 1989). Le mariage est vécu comme une expérience plus positive lorsque le conjoint s'implique dans la vie familiale. D'ailleurs, d'autres études révèlent que l'insatisfaction conjugale est observable dans les couples où l'homme possède des attitudes traditionnelles et la conjointe des attitudes plus modernes (Bowen & Orthner, 1983: voir Glenn, 1991; Benin & Agostinelli, 1988; voir Sutor, 1991).

Comme nous pouvons le constater, le partage des tâches ménagères influence grandement la qualité de la relation de couple. Cependant, un autre aspect de la vie quotidienne peut influencer la vie maritale: le soin à donner aux enfants (Yogev & Brett, 1985: voir Boutin, 1989). L'ajustement parental et marital des pères seraient plus adéquats lorsqu'ils participent activement dans les soins à procurer à l'enfant. Dans le même sens, un manque d'implication

paternelle pourrait être la source d'une grande insatisfaction conjugale chez les femmes (Golberg et al., 1985).

Le soutien émotionnel conjugal se révèle comme le type de soutien le plus concluant quant à l'amoindrissement de l'impact du stress chez les mères (Crnic & al., 1983: voir Stewart, 1990). Donc, lorsqu'une famille est confrontée à la maladie de l'enfant, le stress parental vécu par la mère est diminué lorsque cette dernière profite du soutien émotionnel de son conjoint. D'ailleurs, ce soutien améliorerait les attitudes et les compétences des mères dans leurs interactions avec leur enfant (Dickie & Matheson, 1984: voir Parke, 1986; Crnic & al., 1983: voir Stewart, 1990). Lorsqu'une femme se sent estimée, par son conjoint, en tant que mère, elle développera une plus grande compétence pour s'occuper de son enfant (Pedersen & al., 1977: voir Stewart, 1990). D'ailleurs, Arnott (1972: voir Guay-Genest, 1987) souligne qu'en l'absence de soutien social, les conséquences négatives se répercutent sur le système familial. La participation du père à l'éducation des enfants ou encore un simple soutien envers la conjointe contribueraient à amoindrir la négligence vis-à-vis de l'enfant (Éthier & al., 1992).

Les études se préoccupant du soutien émotionnel au père se font plutôt rares. Toutefois, elles arrivent à des conclusions similaires que celles établies auprès des femmes. En effet, le soutien émotionnel provenant de la conjointe contribue à diminuer l'état de stress chez les nouveaux pères (Boutin, 1989). Conjointement aux études faites sur la présence de soutien vis-à-vis la mères, les recherches démontrent que le soutien émotionnel distribué par les femmes est directement relié aux compétences parentales du père (Durrett, Otaki & Richards, 1984: voir Parke, 1986). Le soutien de la femme permet donc une

diminution du stress tout en augmentant les compétences parentales du conjoint.

En guise de conclusion à cette dernière partie, il semble pertinent de parler de l'importance du soutien social, plus spécifiquement du soutien émotionnel entre conjoint. En effet, cet élément apparaît comme étant une ressource privilégiée permettant d'atténuer le stress perçu. D'ailleurs, de nombreuses études soutiennent l'influence favorable du soutien conjugal sur une expérience anxiogène vécue telle la maladie d'un enfant de la famille.

But, objectifs et hypothèses

Cette recherche s'intéresse donc au stress parental, au soutien émotionnel entre conjoints et à l'alliance parentale (que nous considérons comme un aspect du soutien). Plus spécifiquement, nous évaluerons les différences entre les pères et les mères d'enfants asthmatiques en ce qui a trait aux trois échelles mentionnées plus haut. Par la suite, nous nous intéresserons aux relations pouvant exister entre ces trois variables. Plus précisément, nous vérifierons les hypothèses suivantes:

- H1. Le niveau de stress parental est plus élevé chez les mères que chez les pères.
- H2. Les mères possèdent un soutien émotionnel entre conjoints plus important que les pères.
- H3. L'alliance parentale est plus élevée chez les mères que chez les pères.

- H4. Il existe une relation significative négative entre le stress parental et chacun des deux aspects du soutien (soutien émotionnel entre conjoints et alliance parentale).
- H5. Il existe une relation significative positive entre le soutien émotionnel entre conjoints et l'alliance parentale.

Chapitre II

Méthodologie

Dans le second chapitre, nous présentons les sujets: la procédure de recrutement et la constitution de l'échantillon de recherche. Puis, une définition de chacun des instruments de mesure utilisés suivra. Enfin, la stratégie d'analyse de données est exposée.

1. Les sujets

1.1 Procédure

Le recrutement des sujets s'est d'abord fait par l'intermédiaire de journaux ainsi que par annonces, écrites et verbales, auprès d'organismes tels l'association pulmonaire de Trois-Rivières et de Sorel, le C.L.S.C. Les Forges ainsi qu'auprès de plusieurs pharmacies des villes de Trois-Rivières et Trois-Rivières Ouest. Par la suite, après avoir contacté et obtenu l'accord du directeur de la Commission Scolaire de Trois-Rivières, il a été possible de rencontrer les directeurs de cinq écoles primaires avec lesquelles nous nous sommes entendus pour faire parvenir aux parents une lettre explicative de la présente étude. Les parents intéressés par le projet n'avaient qu'à communiquer aux numéros indiqués dans la lettre et ainsi, nous pouvions recueillir les coordonnées des sujets afin de leur faire parvenir les questionnaires.

Le ou les parents intéressés recevaient donc une lettre explicative de la démarche à suivre ainsi que quatre questionnaires qu'ils devaient compléter pour ensuite les retourner dans l'enveloppe affranchie. Enfin, un sommaire de ladite recherche pourra être expédié à toute personne participante qui en exprimera le désir.

Notre sollicitation a obtenu 39 réponses positives. Cependant, suite à l'analyse de chaque questionnaire, nous avons dû exclure de la recherche

quelques sujets ($n=7$) qui n'avaient pas répondu adéquatement. Nous comptons donc pour notre recherche un total de 32 sujets; 14 hommes et 18 femmes.

1.2 Constitution de la population de recherche

Notre population de recherche est constituée de 32 sujets; 14 hommes et 18 femmes, tous parents d'un enfant asthmatique. Ils ont, en moyenne, 2,3 enfants chacun. Nous retrouvons à travers le groupe de sujets 14 couples et 4 femmes célibataires ou divorcées. Par ailleurs, les sujets ont un niveau de scolarité très variable toutefois, la majorité ont un secondaire et/ou un collégial complété. Les sujets ont un revenu moyen variant de 25 000\$ à 55 000\$. L'âge moyen pour les pères est de 35,93 (écart-type= 5,23) et de 35,94 (écart-type= 5,24) chez les mères. Le groupe total se retrouve donc avec une moyenne d'âge de 35,94 (écart-type= 5,15). Pour l'ensemble des enfants des sujets, l'âge varie de 3 à 8 ans (moyenne= 5,11 écart-type= 2,08). (tableau 1).

Tableau 1
Moyennes et écarts-types de la variable âge
(Groupe total $N=32$, Hommes $N=14$, Femmes $N=18$)

	Moyennne	Écart-type
Age		
Groupe total	35,94	5,15
Hommes	35,93	5,23
Femmes	35,94	5,24
Enfants	5,11	2,08

2. Instruments de mesure

2.1 Questionnaire de renseignements généraux

Ce questionnaire a été complété en deux parties. Dans un premier temps, l'adresse des parents a été recueillie lors du premier contact téléphonique et ce, de façon à faire parvenir les autres questionnaires. Par la suite, le questionnaire de renseignements généraux comprenait quatre grands points ainsi qu'une partie concernant les renseignements sur la maladie asthmatique. Le premier aspect du questionnaire contenait les renseignements sur l'enfant: nom, âge, sexe et fratrie. Les deux points suivants concernaient les parents. On y retrouve les mêmes renseignements c'est-à-dire le nom et l'âge de chacun, le statut conjugal, l'occupation et le niveau d'étude. Enfin, le dernier aspect visait à connaître le statut socio-économique de la famille.

Quant à la partie sur les renseignements de la maladie asthmatique, nous nous informions des dates de la première et dernière crise, de la fréquence de celles-ci, de leur sévérité, du nombre d'hospitalisation ainsi que du type de médications. Ces données nous semblaient nécessaires afin de mieux comprendre la sévérité de la maladie asthmatique de chacun des enfants.

2.2 Index de stress parental (I.S.P., Abidin, 1983)

L'index de stress parental est un instrument de mesure évaluant les niveaux et les sources de stress directement reliés aux rôles parentaux. Plusieurs dimensions de la relation parent-enfant sont prises en considération. Cette mesure permet, essentiellement, l'évaluation des difficultés que le parent éprouve en éduquant son enfant. Trois principaux types de stressors, objectifs

et subjectifs, sont évalués: les caractéristiques de l'enfant, les caractéristiques des parents ainsi que le contexte situationnel/démographique.

L'I.S.P. est composé de 101 items. Le parent répond par son degré d'accord avec l'énoncé en se servant d'une échelle de type Likert variant de 1 à 5. Le score des treize sous-échelles, celui de chacun des deux domaines (enfant et parent) de même que le score du stress total sont calculés de sorte que plus la valeur est élevée, plus le stress vécu est important (Lacharité, Éthier & Piché; 1992). De plus, selon Lawrence (1982), cet inventaire serait sensible aux différences des niveaux de soutien que les parents reçoivent.

L'I.S.P. fait preuve de fidélité interne. En effet, on remarque un coefficient de fidélité de 0.89 en ce qui concerne les caractéristiques de l'enfant; de 0.93 quant aux caractéristiques des parents et enfin de 0.95 pour l'échelle de stress total (Abidin, 1983). Lacharité, Éthier & Piché, (1992) concluent sensiblement aux mêmes résultats soient, et ce dans l'ordre cité plus haut: 0.86, 0.91 et 0.93.

2.3 Mesure du soutien émotif du conjoint (Guay-Genest, 1986)

Cette mesure, visant essentiellement à recueillir des informations concernant le soutien émotif offert par le conjoint renvoie à la perception subjective du soutien. Il s'agit donc d'un questionnaire composé de 10 items qui sont évalués à l'aide d'une échelle de Likert de 8 points. Un résultat élevé dénote un soutien émotif plus important de la part du conjoint. Smolla (1988) a ajouté 2 items venant d'une mesure semblable à cette mesure élaborée par Guay-Genest (1986) (Durett, Otaki & Richard, 1984: voir Smolla, 1988).

Selon une étude effectuée par Smolla (1988), la consistance interne de la mesure a un coefficient alpha qui varie de 0.85 à 0.92. Des analyses factorielles unidimensionnelles ont démontrées la présence d'un facteur principal et parfois secondaire qui serait à l'origine de 29% à 58% de la variance totale du questionnaire (Smolla, 1988; Guay-Genest, 1986).

Smolla (1988) et Guay-Genest (1986) s'accordent en ce qui concerne les corrélations de la validité de construit de l'instrument de mesure: il existe une corrélation négative entre le soutien émotif du conjoint et la M.S.P. ($r = -0.31$, $p < 0.001$) auprès des mères primipares trois semaines après l'accouchement et ($r = -0.31$, $p < 0.001$) auprès d'un échantillon d'infirmières (Giroux, 1994).

2.4 Inventaire sur l'alliance parentale (Abidin, 1988)

Cet instrument de mesure comprend deux versions: une pour les femmes et une pour les hommes. Dans les deux cas, vingt énoncés sont exposés et le sujet soumet, tout comme l'I.S.P., son degré d'accord par une échelle de type Likert comprenant cinq points. Par ces énoncés, l'inventaire vise à mettre en évidence la présence d'alliance entre les parents en ce qui concerne l'éducation de l'enfant.

3.0 Traitement des données

La première étape des analyses statistiques porte sur des analyses descriptives et comparatives entre les pères et les mères en ce qui concerne les trois échelles de l'étude: Index de stress parental, soutien émotif du conjoint et inventaire de l'alliance parentale. Des tests-t sont donc effectués afin de vérifier s'il existe des différences significatives entre les deux groupes.

Dans un second temps, des analyses corrélationnelles sont faites afin de vérifier s'il existe des liens significatifs entre les échelles.

Chapitre III

Résultats

Cette étude comporte des analyses descriptives confirmatoires. Dans un premier temps, nous établissons la distribution des scores dans la population de recherche et nous vérifions s'il existe des différences significatives entre les pères et les mères en ce qui concerne les trois échelles d'évaluation: l'index de stress parental, la mesure du soutien émotif du conjoint et l'inventaire sur l'alliance parentale. Dans un second temps, des analyses corrélationnelles pour les différentes variables sont effectuées.

1. Analyses descriptives et analyses de comparaison

1.1 Index de stress parental

L'I.S.P. évalue le stress relié aux rôles parentaux selon trois aspects: le domaine de l'enfant, le domaine du parent et le stress global. Le tableau 2 présente les analyses descriptives de chacune des sous-échelles pour l'ensemble des sujets ainsi que pour les hommes et les femmes.

Pour l'échantillon total, le stress moyen est de 105, 06 (écart-type= 17, 47) pour le domaine de l'enfant, 129, 31 (écart-type= 18, 64) pour le domaine du parent et de 234, 38 (écart-type= 31, 67) pour le score global. Selon les normes suggérées par Abidin (1982) les moyennes correspondent au soixante-cinquième centile.

Les résultats indiquent pour le score global de l'I.S.P. un score moyen de 235, 39 (écart-type= 30, 86) chez les femmes tandis qu'il est de 233, 07 (écart-type= 33, 81) pour les hommes.

La première hypothèse de notre étude stipule la présence d'un stress parental plus important chez les mères que chez les pères. Suite à un test-t effectué, aucune différence significative n'est confirmée ($t(30) = -0,2$, $p = 0,84$).

Tableau 2
Analyses descriptives de l'I.S.P. entre les pères et les mères
 (Groupe total N=32, Hommes N=14, Femmes N=18)

Échelle du I.S.P.	Moyenne	Écart-type	T	p
Stress domaine de l'enfant	105,06	17,47		
Homme	106,29	16,39		
Femme	104,11	18,68		
Stress domaine du parent	129,31	18,64		
Homme	126,79	22,33		
Femme	131,28	15,58		
Stress parental global	234,38	31,67	-0,2	0,84 n.s.
Homme	233,07	33,81		
Femme	235,39	30,86		

1.2 Mesure du soutien émotif du conjoint

En ce qui concerne le soutien émotif, le score moyen chez les pères est de 61,14 (écart-type =11,83). Les femmes ont, quant à elles, un score moyen de 58 (écart-type =18,3).

La seconde hypothèse suggère un soutien émotionnel plus important chez les mères que chez les pères. Cependant, en ce qui concerne cette échelle, aucune différence significative n'est retrouvée ($t(30) = 0,56$, $p = 0,58$) (tableau 3).

Tableau 3
Analyses descriptives de la mesure du soutien émotif du conjoint
entre les pères et les mères
 (Groupe total N=32, Hommes N=14, Femmes N=18)

Soutien émotif du conjoint	Moyenne	Écart-type	T	p
Groupe total	59,38	15,65	0,56	0,58 n.s.
Homme	61,14	11,83		
Femme	58,00	18,30		

1.3 Inventaire sur l'alliance parentale.

Les résultats à cette échelle indiquent un score moyen chez les femmes de 83,11 (écart-type= 14,45) et chez les hommes de 87,86 (écart-type= 8,69).

La troisième hypothèse indique que l'alliance parentale est plus élevée chez les mères que chez les pères. Toutefois, suite à un test-t effectué, la troisième hypothèse n'a pu être confirmée. En effet, il n'existe aucune différence significative entre les hommes et les femmes en ce qui concerne cette échelle ($t(30) = 1,09$, $p = 0,29$) (tableau 4).

Tableau 4
Analyses descriptives de l'inventaire sur l'alliance parentale entre
les pères et les mères

(Groupe total N=32, Hommes N=14, Femmes N=18)

Alliance parentale	Moyenne	Écart-type	T	p
Groupe total	85,19	12,31	1,09	0,29 n.s.
Homme	87,86	8,69		
Femme	83,11	14,43		

2. Analyses corrélationnelles

2.1 Relation entre l'index de stress parental et la mesure du soutien émotif du conjoint.

Il était à prévoir que le stress parental et le soutien émotif seraient reliés. C'est-à-dire que plus le soutien est important, moins le stress parental prend de l'ampleur et ce, autant chez les mères que chez les pères.

En considérant l'échantillon total, aucune relation significative ne semble exister quant à l'hypothèse citée plus haut ($r(30) = -0,06$, $p = 0,74$). Une analyse plus détaillée a été effectuée afin de vérifier cette relation pour les mères et les pères de façon isolée. Corroborant les résultats de l'échantillon total, aucun résultat ne s'est avéré significatif en ce qui concerne le stress parental et le soutien émotionnel chez les pères ($r(12) = -0,12$, $p = 0,69$) et chez les mères ($r(16) = 0,05$, $p = 0,86$) (tableau 5).

Tableau 5
Analyses corrélationnelles entre l'I.S.P. et la mesure du soutien
émotif du conjoint

(Groupe total N=32, Hommes N=14, Femmes N=18)

I.S.P. / Soutien émotif	r	p
Groupe total	-0,06	0,74 n.s.
Homme	-0,12	0,69 n.s.
Femme	0,05	0,86 n.s.

2.2 Relation entre la mesure du soutien émotif du conjoint et l'inventaire sur l'alliance parentale.

L'hypothèse stipule une relation entre ces deux échelles. Le soutien émotionnel devrait être plus important en présence d'une alliance parentale plus prononcée.

L'analyse des résultats révèle une corrélation significative en ce qui concerne l'échantillon global ($r(30) = 0.47$, $p = 0.006$). La corrélation chez les pères est de 0.46. Chez les mères, la corrélation est de 0.47 (tableau 6).

Tableau 6
Analyses corrélationnelles entre le soutien émotif du conjoint et
l'alliance parentale
 (Groupe total N=32, Hommes N=14, Femmes N=18)

Soutien émotif / Alliance parentale	r	p
Groupe total	0,47	0,006
Homme	0,46	0,1
Femme	0,47	0,05

2.3 Relation entre l'index de stress parental et l'inventaire sur l'alliance parentale.

Une dernière hypothèse à laquelle nous nous intéressons est la présence d'une corrélation négative significative entre le stress et l'alliance parental. En présence d'alliance parentale, le stress parental devrait être moins élevé.

Cependant, suite à l'analyse statistique, on ne peut confirmer qu'en partie cette hypothèse. Il n'existe pas de relation significative entre ces deux variables en ce qui concerne l'échantillon global ($r(30) = 0,08$, $p = 0,66$) et le groupe de mères ($r(16) = -0,14$, $p = 0,57$). Par contre, chez les pères d'enfants asthmatiques, on observe la présence d'une corrélation négative entre le stress parental et l'alliance parentale ($r(12) = -0,69$, $p = 0,007$) (tableau 7).

Tableau 7
Analyses corrélationnelles entre l'I.S.P. et l'alliance parentale
 (Groupe total N=32, Hommes N=14, Femmes N=18)

I.S.P. / Alliance parentale	r	p
Groupe total	0,08	0,66 n.s.
Homme	-0,69	0,007
Femme	-0,14	0,57 n.s.

Chapitre IV

Discussion

La présente recherche s'est donnée deux objectifs principaux. Le premier objectif visait à vérifier les différences pouvant exister entre les pères et les mères d'enfants asthmatiques quant aux trois variables suivantes: le stress parental, le soutien émotionnel entre conjoints et l'alliance parentale. Le second objectif portait sur l'étude des relations entre ces trois variables.

Malgré les résultats mentionnés dans la documentation scientifique, dans notre étude très peu d'hypothèses ont été confirmées. Les hypothèses portant sur les comparaisons hommes-femmes ont toutes été infirmées. De même, les résultats obtenus quant aux analyses corrélationnelles se sont avérés décevants. Par exemple, notre hypothèse principale concernant le stress parental et le soutien émotionnel n'a pu être confirmée.

Comment comprendre un tel écart entre les résultats attendus et les résultats obtenus? Mentionnons d'abord certaines limites directement reliées à la méthodologie. Tout d'abord, le mode de recrutement des sujets, qui était fait sur la base du volontariat, n'a pas incité les parents les plus en difficultés à participer à l'étude. Or, il a été maintes fois "reconnus que l'importance du soutien social est exacerbé par une exposition à des seuils élevés de stress" (Gagnier, 1995 p.78). Le soutien social contribue essentiellement à l'adaptation au stress lors de situations particulièrement stressantes. Quoique la maladie asthmatique puisse être considérée comme un stressor chronique et aigu, les sujets de notre étude n'étaient pas aux prises avec de graves troubles pulmonaires. Il s'agissait plutôt d'asthme léger et modéré. À ces niveaux d'asthme, il est possible de croire que les précautions environnementales, les habitudes de vie et la médication puissent réduire de façon considérable les

répercussions de la maladie. La relation entre le soutien émotionnel et le stress parental devient donc moins révélatrice.

Il s'agit par ailleurs d'un domaine de recherche pour lequel le recrutement est difficile. Après avoir relevé le défi de les rejoindre, très peu de parents ont acceptés la participation à la recherche. Le nombre réduit de sujets engendre une faible puissance statistique. Notre recherche nous rappelle l'importance et la portée des choix opérés lors de la sélection de la population de recherche. Les variables identifiées sont sans doute pertinentes mais n'atteignent pas des seuils critiques suffisants. Pour ces raisons, nous sommes invités à la prudence quant à l'interprétation des résultats obtenus et à leur généralisation.

Quelques réflexions concernent les résultats obtenus quant aux hypothèses portant plus spécifiquement sur les différences hommes-femmes. Malgré un partage de tâches plus présent qu'auparavant, il semble que la mère demeure celle qui soigne les enfants: elle garderait la majeure responsabilité des enfants (Armstrong & Armstrong, 1988; Tessier & al., 1992). Elle serait donc plus à risque de vivre un stress relié au domaine spécifique de l'éducation de l'enfant. Par ailleurs, même si la majorité des études concernant le stress parental se sont particulièrement intéressées à la mère, les normes disponibles de l'I.S.P. indiquent que les hommes vivent et ce, de façon significative, un stress moins élevé que celui des mères (Matthews, 1989). Il nous semblait donc pertinent d'avancer l'hypothèse d'un stress parental plus important chez les mères.

Cependant, malgré le fait que le score moyen des mères soit légèrement plus élevé que celui des pères, notre hypothèse n'a pas été confirmée. Nos résultats sont contredits par un nombre important d'études affirmant que les femmes vivent plus de problèmes parentaux que les hommes (Golberg & al., 1985; Matthews, 1989; Pittman & al., 1989).

De tels résultats pourraient être partiellement attribuables à notre population de recherche. La maladie asthmatique entraînant une surcharge de soins (médications, hospitalisation, etc.), le père est d'autant plus invité à participer à l'éducation de l'enfant. D'ailleurs, malgré quelques ambiguïtés à ce sujet, les pères (dans la population générale) passeraient plus de temps à s'occuper de leurs enfants qu'auparavant: comportement qui est, sans aucun doute, valorisé par la société (Parke, 1986; Yogev & Brett, 1985: voir Leslie & al., 1991). Le stress parental se retrouverait donc partagé plus équitablement. Comme les pères vivent un plus grand engagement au niveau de leurs responsabilités parentales, leur stress parental devient plus important (Stewart, 1990). Les nouveaux pères deviennent plus concernés par les difficultés rattachées au rôle parental.

Ces constatations rejoignent les résultats concernant l'inventaire de l'alliance parentale. D'une part, aucune différence significative hommes/femmes n'a pu être observée; corroborant ainsi les résultats sur le stress parental et que nous avons discuté par un partage de tâches et une implication plus importante chez l'homme.

Malgré le fait que les femmes offrent un soutien émotionnel plus important, nous présumons un score au soutien émotionnel entre conjoints

plus grand chez les mères que chez les pères. Il est possible que les femmes puissent expérimenter ce type de soutien dans des relations extérieures au contexte conjugal, elles risqueraient ainsi d'avoir un besoin moins grand et d'être plus facilement satisfaite du soutien émotionnel qu'offre leur conjoint. D'ailleurs, selon Rubin (1983: voir Vannoy-Hiller & Philiber, 1989) le soutien émotif conjugal pourrait être la seule source de soutien émotionnel disponible ou acceptable pour les hommes. Cependant, notre recherche ne confirme pas cette hypothèse.

De nombreuses recherches ont confirmé une différence importante quant aux relations sociales qu'expérimentent les hommes et les femmes. Ces dernières évoluent à un niveau beaucoup plus intime et comptent d'ailleurs un nombre plus important d'amis. Les hommes, quant à eux, s'engagent moins dans des relations intimes. Leur réseau social est constitué majoritairement de relations de travail et de camaraderie (Rubin, 1983: voir Vannoy-Hiller & Philiber, 1989; Milardo, 1988). Ils ont moins tendance à compter sur les autres, ils sont moins exigeants. D'ailleurs, ce type de relations ne pourraient apporter l'aide nécessaire aux hommes (Boutin, 1989): d'où l'importance du soutien émotionnel en provenance du conjoint.

Par ailleurs, les femmes ont un besoin plus grand de soutien et d'aide (Giroux, 1994). Même si elles ont plusieurs source de soutien, et non seulement la relation conjugale, elle ne se considèrent pas plus soutenues que les hommes. Selon Milardo (1988) les femmes peuvent avoir un sentiment d'être soutenue moindre parce qu'elles sont plus exigeantes que les hommes. Cette distinction semble attribuable à l'évaluation qu'elles font de l'aide, aux

critères sur lesquels reposent leur choix d'ami(e)s et aux critères d'évaluation des relations intimes.

Maintenant, voici quelques observations faisant suite aux résultats concernant l'absence de corrélation entre le soutien émotionnel et le stress parental.

Comme il a été mentionné plus haut, les femmes offrent volontier une aide inconditionnelle à leur conjoint en particulier, mais également de façon plus générale. D'après Tessier & al. (1992), les femmes favorisant l'entraide possèdent un niveau de stress plus important que celles démontrant moins de comportements d'aide. Cette observation pourrait être une des explications quant aux résultats concernant le stress parental et le soutien émotionnel. En effet, bien que plusieurs études rapportent le fait qu'en présence de soutien le stress tend à diminuer, nous n'avons pu établir aucune corrélation de ce genre. Comme nos sujets sont des couples et que les hommes vivent une expérience de soutien émotionnel positive, on peut présumer que les femmes participant à la recherche suivent le principe de Tessier.

De plus, l'évaluation ne s'est fait qu'en un seul moment, de sorte que l'évaluation du soutien reçu peut être biaisée. Comme l'instrument sur le soutien émotionnel entre conjoints évalue essentiellement le soutien que le sujet perçoit, cette perception peut changer dépendamment des circonstances. D'ailleurs, une différence fort importante existe entre le soutien affectif et concret qui est présent et celui qui permet d'affronter une crise (Tousignant, 1992). Brown et al. (1986) ont établie la notion d'abandon (let down): il s'agit de situations où, suite à une crise majeure, une personne est laissée seule à elle-

même alors qu'elle se croyait entourée de personnes soutenantes et adéquates. Il aurait donc pu être intéressant de faire l'évaluation en deux temps afin de mieux établir le type de soutien et de pouvoir les comparer. Par exemple, une passation aurait pu être effectuée lors d'une hospitalisation, dans un moment de stress majeur, tandis qu'une seconde passation aurait lieu lors d'un moment d'acalmie de la maladie.

Dans le même ordre d'idées, il est important de mentionner l'absence de perspective temporelle et dynamique. À ce sujet, Muckle (1995) suggère un plan de recherche prospectif afin de mieux établir la durée de l'effet positif de dimensions spécifiques du soutien social. Dans le cas de la présente recherche, la vie avec un enfant asthmatique expose le parent à un stress chronique, étant donné les soins particuliers qu'il nécessite. Le parent se retrouve donc dans une situation où il risque d'avoir des besoins continus, voir croissants, de soutien informatif, instrumental et émotif. Dans ce contexte, le sentiment d'être soutenu risque de diminuer et le réseau de soutien ne plus arriver à répondre aux attentes et aux besoins. En plus de perdre sa capacité de protection, le réseau de soutien accroît aussi la détresse psychologique.

Deux des hypothèses corrélationnelles ont pu être confirmées. L'une d'entre elles concernant le soutien émotif et l'alliance parentale le fût en totalité. L'ensemble de la documentation scientifique soutenait la probabilité d'un tel résultat, d'autant plus qu'il s'agit d'un concept dont les construits théoriques se superposent du moins partiellement. Un bon niveau d'alliance parentale constitue sans aucun doute une forme de soutien émotif. Une deuxième hypothèse portant sur les relations stress parental et alliance parentale ne fût confirmée que pour les hommes de la population de

recherche. La documentation scientifique ne nous permet pas d'étayer de tels résultats. D'autres données s'avèreraient nécessaires pour distinguer le sens et la portée de cette tendance; s'il s'agit de fait d'autre chose qu'un phénomène accidentel.

Conclusion

L'objectif principal de la présente recherche consistait en l'étude des liens pouvant exister entre le stress parental et le soutien émotionnel chez les parents d'enfants asthmatiques. Afin d'établir les bases pour une exploration de dimensions reliées à cette problématique, le contexte théorique s'est d'abord attardé aux principaux aspects reliés à la maladie asthmatique et à la famille. La documentation scientifique permettait de formuler plusieurs hypothèses intéressantes.

Les résultats obtenus se sont avérés fort décevants. Effectivement, notre recherche ne soutient que deux des hypothèses proposées. Bien que des choix différents puissent être envisagés quant à la constitution de la population de recherche, à une meilleure prise en considération de la gravité de la maladie et à d'autres considérations méthodologiques, cette étude suggère plusieurs précautions.

D'abord, la maladie asthmatique en tant qu'événement pouvant être source de stress aigu et chronique ne constitue pas un déclencheur unique et uniforme pour toute les familles. L'apparition de la maladie, les enjeux reliés au diagnostic, les complications de santé, le registre des soins requis, la fréquence et l'intensité des crises rendent cet événement complexe et multiforme.

Et puis, dès que l'on s'attarde à une perspective développementale on voit bien que l'âge de l'enfant malade et le cycle de développement de sa famille deviennent des facteurs déterminants.

Enfin, chaque famille touchée par la maladie d'un enfant possède sa propre histoire, ses ressources, son style adaptatif et l'ensemble de ces variables individuelles et contextuelles entrent en interaction.

Il pourrait s'avérer fort utile, lors de recherches ultérieures d'établir des paramètres plus étroits quant au choix des sujets. Des parents dont l'enfant est atteint sévèrement d'asthme pourraient être plus à même de démontrer s'il existe une relation entre le stress parental et le soutien émotionnel.

Par ailleurs, une recherche moins statique, impliquant une passation en deux temps ainsi qu'un plan de recherche prospectif permettrait une meilleure analyse des relations entre ces variables. De plus, il serait fort pertinent de soumettre ces analyses à un groupe contrôle. Ces nouvelles procédures seraient susceptibles d'augmenter la rigueur méthodologique et de permettre de meilleures possibilités de généralisations.

Il s'agit sans aucun doute d'un domaine de recherche prometteur, dense et plein de défis.

Références

- Abidin, R.R. (1983). Parenting stress index-manual. Virginie: Pediatric psychology press.
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C. & Fifiield, J. Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. Journal of personality and social psychology, 53, 273-279.
- Alexander, A.B. (1980). The treatement of psychosomatic disorders: bronchial asthma in children. Advances in clinical child psychology, 3, 265-310.
- Armstrong, P. & Armstrong, H. (1988). The conflicting demands of "work" and "home". In Anderson et al., Family matters: sociology and contemporary canadian families, Scarborough, Ont.: Nelson Canada, 113-140.
- Bell, R.Q. & Harper, L.V. (1977). Childs effects on adults. Hillsdale, N.J., Erlbaum.
- Boutin, C. (1989). L'état de stress des pères avant et après la naissance de leur premier enfant et le rôle de différents facteurs de soutien social. Thèse de maîtrise, Université Laval.
- Brown, G.W., Birley, J.L. & Wing, J.K. (1972). Influence of family life on the course of scizophrenic disorders: a replication. British journal of psychiatry, 121, 241-258.
- Burgess, C., Morris, T. & Pettingale, K.W. (1988). Psychological response to cancer diagnosis-II. Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis). Journal of psychosomatic research, 32, 263-272.
- Caroselli-Karinja, M.F. (1990). Asthma and adaptation: exploring the family system. Journal of psychosocial nursing, 28(4), 34-39.
- Carson, D.K., Schauer, R.W. (1992). Mothers of children with asthma: perceptions of parenting stress and the mother-child relationship. Psychological reports, 71, 1139-1148.
- Creer, T.L. (1982). Asthma. Journal of consulting and clinical psychology, 50, 912-921.
- Creer, T.L., Harmon, D.L. & Marion, R.J. (1988). Childhood asthma. D.K. Routh (Ed.), Handbook of pediatric psychology. New York: Guilford. 162-189.

- Dakof, G.A. & Taylor, S.E. (1990). Victims' perceptions of social support: what is helpful from whom? Journal of personality and social psychology, 58, 80-89.
- Di Blasio, P., Molinari, E., Peri, G. & Taverna, A. (1990). Family competence and childhood asthma: a preliminary study. Family systems medicine, 8, 145-149.
- Dimond, M. (1979). Social support and adaptation to chronic illness: the case of maintenance hemodialyses. Research in nursing and health, 2, 101-108.
- Duhamel, F. (1993). La famille, composante essentielle dans la philosophie des soins palliatifs. Communication présentée au IIIe congrès de l'Association québécoise de soins palliatifs.
- Duludet, A. (1992). Comparaison du stress parental entre un groupe de mères à risque psycho-social et un groupe de mères non à risque. Thèse de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: findings based on patient interviews and their implications, Journal of social issues, 40, 77-98.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model. Science, 195, 129-135.
- Éthier, L., Palacio-Quintin, E. & Couture, G. (1992). Les enfants maltraités et leur famille: évaluation et intervention. Rapport de recherche inédit présenté à la direction de la protection de la jeunesse, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Faleide, A.O., Galtung, V.K., Unger, S. & Watten, R.G. (1988). Children at risk of allergic development: the parents dyadic relationship. Psychotherapy and psychosomatics, 49, 223-229.
- Falliers, C.J. (1983). Asthma, eczema, and related allergies. Developmental-behavioral pediatrics, 4, 474-482.
- Gagnier, J.P. (1991). L'importance de la qualité de la relation de couple dans le processus d'adaptation de l'individu au stress. Thèse de doctorat. Université du Québec à Montréal.
- Gagnier, J.P. (1995). La relation de couple en tant que sous-système du réseau de soutien social personnel. Dans *Le soutien social: quelques facettes d'une notion à explorer*. Eastman: Éditions Behaviora, 59-84.

- Gergen, P.J., Mullally, D.I. & Evans, R. (1988). National survey of prevalence of asthma among children in the United States 1976-1980. Pediatrics, 81, 1-7.
- Giroux, S. (1994). Stress parental et soutien social: étude de la situation de la mère et du père dans les familles à double carrière, thèse de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Glenn, N.D. (1990). Quantitative research on marital quality in the 1980s: a critical review. Journal of marriage and the family, 52(nov.), 818-831.
- Golberg, W.A., Michaels, G.Y. & Lamb, M.E. (1985). Husbands' and wives' adjustment to pregnancy and first parenthood. Journal of family issues, 6(4), 483-503.
- Gortmaker, S.L., Walker, D.K., Weitzman, M. & Sobol, A.M. (1990). Chronic conditions, socioeconomic risks, and behavioral problems in children and adolescents. Pediatrics, 85, 267-276.
- Guay-Genest, S. (1987). Stress et double-rôle: une étude chez les infirmières. Thèse de doctorat, Université Laval.
- Gustafsson, P.A., Kjellman, N.-I.M. & Cederblad, M. (1986). Family therapy in the treatment of severe childhood asthma. Journal of psychosomatic research, 30(3), 369-374.
- Gustafsson, P.A., Kjellman, N.I., Ludvigsson, J. & Cederblad, M. (1987). Asthma and family interaction. Archives of disease in childhood, 62, 258-263.
- Hahlweg, K., Nuechterlein, K.H., Goldstein, M.J., Magana, M.J., Doane, J.A. & Snyder, K.S. (1987). Parental expressed emotion attitudes and intrafamilial communication behavior. In *Understanding Major mental disorder: the contribution of family interaction research*. Family process press, New York, 156-175.
- Hermanns, J., Florin, I., Dietrich, M., Rieger, C. & Hahlweg, K. (1989). Maternal criticism, mother-child interaction, and bronchial asthma. Journal of psychosomatic research, 33(4), 469-476.
- Hirsh, B.J. & Rapkin, B.D. (1986). Multiple roles, social networks, and women's well-being. Journal of personality and social psychology, 51(6), 1237-1247.
- Hookham, V. (1985). Family constellations in relation to asthma. Journal of asthma, 22(2), 99-114.

- Hooley, J.M., Orley, J. & Teasdale J.D. (1986). Levels expressed emotion and relapse in depressed patients. British journal of psychiatry, 148, 642-647.
- Horwood, L.J., Fergusson, D.M. & Shannon, F.T. (1985). Social and familial factors in the development of early childhood asthma. Pediatrics, 75, 859-868.
- House, J.S. (Eds.) (1981). Work stress and social support. Menlo Park, Ca: Addison-Wesley.
- House, J.S., Landis, K.R. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. Science, 241, 540-545.
- Jeammet P. (1982). Psychologie médicale, Masson, Paris.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Garner, W., Speicher, C., Penn, G.M., Holloday, J. & Glaser, R. (1984). Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. Psychosomatic medicine, 46, 7-14.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Fisher, L.D., Ogrocki, P., Stout, J.C., Speicher, C.E. & Glaser, R. (1987). Marital quality, marital disruption, and immune function. Psychosomatic medicine, 49, 13-34.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Kennedy, S., Malkoff, S., Fisher, L., Speicher, C.E. & Glaser, R. (1988). Marital discordance immunity in males. Psychosomatic medicine, 50, 213-229.
- Kruth, M., Godding, V. (1992). "Il m'a encore fait une bonne crise." Réflexions sur la démarche de co-consultation (pédiatre/pédopsychiatre) avec des enfants asthmatiques et leurs familles. Thérapie familiale, 13(4), 391-404.
- Lacharité, C., Éthier, L. & Piché, C. (1992). Le stress parental chez les mères d'enfant d'âge préscolaire: validation et normes québécoises pour l'Inventaire de Stress Parental. Santé mentale au Québec, 17(2), 183-204.
- Lawrence, E.C. (1982). The relationship between husband supportiveness and wife's adjustment to motherhood. Unpublished doctoral dissertation, University of Virginia.
- Leslie, L.A., Anderson, E.A. & Branson, M.P. (1991). Responsibility for children: The role of gender and employment. Journal of family issues, 12(June), 197-210.
- Leventhal, J.M. (1984). Psychological assessment of children with chronic physical disease. Pediatric clinics of North America, 31, 71-86.

- Magana, A.B., Goldstein, M.J., Karno, M., Miklowitz, D.J., Jenkins, J. & Falloon, I.R.H. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. Psychiatric res., 17, 203-212.
- Magni, G., Silvestro, A., Tamiello, M., Zanesco, L. & Carl, M. (1986). An integrated approach to the assesment of family adjustment to acute lymphocytic leukemia in children. Acta psychiatrica Scandinavia, 78, 639-642.
- Matterson, J. (1985). Family assesment of the child with intractable asthma. Journal of developmental and behavioral pediatrics, 97, 483-486.
- Matthews, L.G. (1989). Parenting stress, role conflict and husband supportivness in dual career families with preschool-aged children. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Virginia.
- Matus, I. (1981). Assessing the nature and clinical significance of psychological contributions to childhood asthma. American journal of orthopsychiatry, 51, 327-341.
- Mc Cubbin, H.I., Joy, C.B., Cauble, A.E., Comeau, J.K., Patterson, J.M. & Needle, R.H. (1980). Family stress and coping: a decade review. Journal of marriage and the family, nov. 855-871.
- Mc Cubbin, H.I. & Patterson, J.M. (1983). Chronic Illness: family coping. In C.R. Figley & H.I. Mc Cubbin (Eds). Social stress and the family: Advances and developments in family stress theory and research. New York: Haworth.
- McLanahan, S.S., Wedemeyer, N.V. & Adelber, T. (1981). Network structure, social support, and psychological well-being in the single-parent family. Journal of marriage and family, August, 601-611.
- Menaghan, E.G. & Parcel, T.L. (1990). Parental employment and family life: research in the 1980s. Journal of marriage and family, august, 601-611.
- Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Falloon, I.R.H. & Doane, J.A. (1984). Interactionnall correlate of expressed emotion in the families of schizophrenics, British journal of psychiatric, 144, 482-487.
- Milardo, R.M. (1988). Families and social networks: an overview of theory and methodology. In R.R. Milardo (Eds.), Families and social networks. Newbury Park: Sage publications, 13-47.

- Minuchin, S. & Al. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children: family organisation and family therapy. Archives of general psychiatry, 32, 1031-1038.
- Minuchin, S., Rosman, B. & Baker, L. (1978). Psychosomatic families. Cambridge, MA: Harvard Univer. Press.
- Morval, M.V.G. (1985). Psychologie de la famille. Montréal: Presses de l'université de Montréal.
- Morval, M.V.G. (1986). Stress et famille vulnérabilité adaptation. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Mrazek, D. (1986). Childhood asthma: Two central questions for child psychiatry. Journal of child psychiatry, 27(1), 1-5.
- Mrazek, D., Casey, B. & Anderson, I. (1987). Insecure attachment in severely asthmatic preschool children: is it a risk factor? Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry, 26, 516-520.
- Mrazek, D., Klinnert, M.D. (1988). The psychological and psychiatric evaluation of asthmatic children. P. Karoly (Ed.), Handbook of child health assessment. New York: Wiley. 410-433.
- Muckle, G., Tessier, R. & Piché, C. (1991). La contribution du soutien social à l'ajustement des nouveaux parents un mois après la naissance de leur enfant. Communication présentée au symposium "Le soutien social: quelques facettes d'une notion encore à explorer", Congrès annuel de la société québécoise pour la recherche en psychologie (SQRP), Trois-Rivières: Université Laval.
- Muckle, G. (1995). Le soutien social lors de la naissance d'un premier enfant. Dans Le soutien social: quelques facettes d'une notion à explorer. Eastman: Éditions Behaviora, 23-58.
- Olson, D.H., Lavee, Y. & Mc Cubbin, H.I. (1988). Types of families and family response to stress across the family cycle. In D. Klein, & J. Aldous (Eds.). Social stress and family development, New York: Guilford Press, 16-43.
- Onnis, L. (1989). Corps et contexte: thérapie familiale des troubles psychosomatiques. E.S.F., Paris.
- Parke, R.D. (1986). Fathers: An intrafamilia perspective. In M. W. Yogman & T.B. Brazelton (Eds), In support families, Cambridge, Mass: Harvard University press, 59-68.

- Pearlin, L.I. & Mc Cale, M.E. (1990). Occupationnal stress and marital support: a description of microprocesses. In J. Eckenrode & S. Gore (Eds.), *Stress between work and family*, New York: Plenum press, 39-60.
- Pelletier, L., Godin, G. & Dussault, G. (1992). Maladie chronique chez les enfants et adolescents: impact de la maladie sur la famille, soutien social et adaptation. Québec: conseil québécois de la recherche sociale.
- Perrin, J.M., Maclean, W.E. (1988). Children with chronic illness: the prevention of dysfunction. The pediatric clinics of North America, 35, 1325-1337.
- Pittman, J.F., Wright, C.A. & Lloyd, S.A. (1989). Predicting parenting difficulty. Journal of family issues, 10(2), 267-286.
- Pleck, J.H., (1985). *Working wives/working husbands*. Beverly: Sage publications.
- Poulin, L. (1988). Stress parental chez les mères monoparentales et l'adaptation de leur enfant à la garderie. Thèse de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Real Del Sartre, O., Vannotti, M. & Goubier-Boula, M.O. (1992). Nouvelle réflexion sur les expressions psychosomatiques du comportement. Thérapie familiale, 13(1), 21-39.
- Renne, C. & Creer, T.L. (1985). Asthmatic children and their families. In M.L. Wolraich & D.K. Routh (Eds.), Advances in developmental and behavioral pediatrics, 6, 41-81.
- Roberts, M.C. (1986). *Pediatric psychology: psychological interventions and strategies for pediatric problems*. New York: Pergamon.
- Robertson, E.K. & Suinn, R.M. (1968). The determination of rate of progress of stroke patients through empathy measures of patients and family. Journal of psychosomatic research, 12, 189-191.
- Sabbeth, B. (1984). Understanding the impact of chronic childhood illness on families. Pediatric clinics of North America, 31, 47-57.
- Schaefer, C., Coyne, J.C. & Lazarus, R.S. (1981). The health-related fuctions of social support. Journal of behavioral medicine, 4, 381-406.
- Scheir, M.F., Weintraub, J.K. & Carver, C.S. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. Journal of personality and social psychology, 51, 1257-1264.

- Scott, J., & Alwin, D.F. (1989). Gender differences in parental strain, parental role or gender role? Journal of family issues, 10(4), 482-503.
- Sekaran, U. (1986). Dual-Career families. San Francisco: Jossey-Bass.
- Seigel, W.M., Golden, N.H., Gough, J.W., Lashley, M.S. & Sacker, I.M. (1990). Depression, self-esteem, and life events in adolescents with chronic disease. Journal of adolescent health care, 11, 501-504.
- Smolla, N. (1988). La transition à la parentalité: Impact du soutien social, de l'évaluation des stressseurs et du tempérament du bébé sur le stress maternel. Thèse de doctorat, Université Laval.
- Strachan, A.M., Leff, J.P., Goldstein, M.J., Doane, M.J. & Burtt, C. Emotional attitudes and direct communication in the families of schizophrenics: a cross national replication. British journal of psychiatric, 149, 279-287.
- Stein, M., Schleifer, S.J. & Keller, S.E. (1981). Hypothalamic influences on immune responses. In psychoneuro-immunology, Ader, R. (Ed.), New York: Academic press, 429-447.
- Stein, M.J., Wallston, K.A., Nicassion, P.M. & Castner, N.M. (1988). Correlates of a clinical classification schema for the arthritis helplessness subscale. Arthritis and rheumatism, 31, 876-881.
- Steiner, H., Fritz, G.K., Hilliard, J. & Lewiston, N.J. (1982). A psychosomatic approach to childhood asthma. Journal of asthma, 19(2), 111-121.
- Stewart, R.B. (1990). The second child: family transition and adjustment. Newbury Park: Sage Publications.
- Suitor, J.J. (1991). Marital quality and satisfaction with the division of household labor across the family life cycle. Journal of marriage and the family, 53(feb.), 221-230.
- Tames, P. (1989). Prendre le temps de respirer. Montréal: éditions Grosvenor.
- Taylor, C.B., Bandura, A., Ewart, C.K., Miller, N.H. & DeBusk, R.F. (1985). Exercise testing to enhance wives' confidence in their husbands' cardiac capabilities soon after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. American journal of cardiology, 55, 635-638.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R. & Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. Journal of personality and social psychology, 46, 489-502.

- Taylor, S.E. & Aspinwall, L.G. (1993). Coping with chronic illness. In Common Psychiatric and somatic conditions, handbook of stress. L. Goldberger & S. Brenitz (eds.), New York: The free press, 511-531.
- Tessier, R., Beaudry, J. & Savoie, G.I. (1992). Influence des facteurs psychosociaux associés au double statut des mères-travailleuses sur leur santé physique et leur bien-être psychologique. Rapport final: Université du Québec à Montréal.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. Journal of health and social behavior, 23, 145-159.
- Thompson, D.R. & Cordle, C.J. (1988). Support of wives of myocardial infarction patients. Journal of advanced nursing, 13, 223-228.
- Tousignant, M. (1992). Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques. P.U.F. France.
- Tousignant, M. (1994). Famille, écologie sociale et comportements suicidaires à l'école secondaire. Québec: conseil québécois de la recherche sociale.
- Vaugh, C.E. & Leff, J.P., (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. British Journal of soc. clin. Psychology, 15, 157-165.
- Vaugh, C.E., Snyder, K.S., Jones, S., Freeman, W.B. & Falloon, I.R.H. (1984). Family factors in schizophrenic relapse: a California replication of the British research in expressed emotion. Archs. Gen. Psychiatry, 41, 1169-1177.
- Vannoy-Hiller, D. & Philliber, W.W. (1989). Equal partners, successful women in marriage. Newbury Park: Sage publications.
- Wallston, B.S., Alagna, S.W., DeVeillis, B. McE. & DeVeillis, R.F. (1983). Social support and physical health. Health psychology, 2, 367-391.
- Weiner, H. (1987). Human relationship in health, illness, and disease. In Psychopathology: an interactional perspective, Magnussoon, D., Öhman, A (Ed.). Orlando, Fl: Academic press, 305-323.
- Weiner, H. (1989). Overview of the symposium. In Frontiers of stress research, Weiner, H., Florin, I., Murison, R, Hellhammer, D. (Ed.), Toronto: Huber.

- Wikran, R., Faleide, A. & Blakar, R.M. (1980). Communication in the family of an asthmatic child: an experimental approach. Advances in family psychiatry, 2, 93-112.
- Wood, B., Watkins, J.B., Boyle, J.T., Nogueira, M.D., Zimmand, E. & Carroll, L. (1989). The psychosomatic family model: an empirical and theoretical analysis. Family process, 28(4). 399-417.
- Zich, J. & Temoshok, L. (1987). Perceptions of social support in men with AIDS and ARC: Relationships with distress and hardiness. Journal of applied social psychology, 17, 193-215.