

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ÉTUDE EXPLORATOIRE SUR LA PARENTALITÉ EN CONTEXTE DE
PRÉMATURITÉ SOUS LA DIMENSION AFFECTIVE ET
COMMUNICATIONNELLE AU RETOUR À LA MAISON

THÈSE PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL RECHERCHE, CONCENTRATION ÉTUDES FAMILIALES)

PAR
VANESSA BERGERON

MARS 2023

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL RECHERCHE, CONCENTRATION ÉTUDES FAMILIALES) (Ph. D.)

Direction de recherche :

Marie-Josée Martel, Ph. D. directrice de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Nicolas Berthelot, Ph. D. codirecteur de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation :

Marie-Josée Martel, Ph. D. directrice de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Nicolas Berthelot, Ph. D. codirecteur de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Carl Lacharité, Ph. D. président du jury
Université du Québec à Trois-Rivières

Colette Jourdan-Ionescu, Ph. D. évaluatrice interne
Université du Québec à Trois-Rivières

Marie Lacombe, Ph. D. évaluatrice externe
Université du Québec à Rimouski

Thèse soutenue le 27/01/2023

Sommaire

Le but de cette étude doctorale est de décrire l'expérience affective et communicationnelle des parents en contexte de prématurité au retour à la maison. Le premier objectif est de mieux comprendre le vécu des parents en décrivant les principaux défis rencontrés avec leur enfant sous la dimension affective et communicationnelle. Le second est de mieux comprendre le rôle de la mentalisation parentale au sein de la parentalité en contexte de prématurité. Un devis qualitatif inspiré de l'ethnographie a été choisi. Au total, 15 femmes et 12 hommes, tous parents d'un enfant prématuré né entre la 28^e et la 36^e semaine de grossesse, ont participé à un entretien semi-dirigé à la maison et en présence de l'enfant. L'analyse thématique a été utilisée pour analyser les verbatim. Les résultats révèlent que les défis associés à l'expérience affective sont l'apparence fragile de l'enfant, la culpabilité, l'allaitement et l'épuisement. Les défis associés à l'expérience communicationnelle sont le manque de réciprocité, l'apparence physique de l'enfant et la difficulté à se comprendre. Les observations réalisées dans le cadre de cette étude suggèrent que la mentalisation parentale est facilitée par la réciprocité de la part de l'enfant. En contexte de prématurité, le rythme développemental et le langage de l'enfant difficilement compréhensible pour les parents font en sorte que les interactions sociales apparaissent plus lentement qu'avec un enfant à terme. Finalement, l'état d'urgence des parents lors de l'hospitalisation semble se prolonger au retour à la maison, et vient influencer la disponibilité psychologique des parents dans leur découverte de la parentalité.

Mots clés : relation parent-enfant prématuré, interaction parent-enfant prématuré, mentalisation parentale, retour à la maison, communication, contact affectif

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	xi
Liste des figures	xii
Remerciements	xiii
Introduction	1
Problématique	5
Prématurité	6
Expérience parentale	8
Parentalité en contexte de prématurité au retour à la maison	9
Sensibilité parentale	10
Communication parent-enfant	12
Contacts affectifs entre un parent et son enfant	13
Mentalisation parentale	15
Questions de recherche	17
Contexte théorique	18
Parentalité en contexte de prématurité et ses multiples défis	19
Deuils parentaux	20
Séparation physique	24
Développement neurologique de l'enfant	27
Communication chez l'enfant prématuré	28
Répercussions de la prématurité sur le bien-être psychologique des parents et sur la relation parent-enfant	30

Mentalisation.....	32
Première théorie majeure de l'étude doctorale : la mentalisation, un concept multidimensionnel.....	33
Mentalisation parentale.....	35
Biofeedback social.....	35
Impacts du stress sur le fonctionnement cognitif et la mentalisation	37
Naissance prématurée et impact sur la mentalisation parentale.....	38
Deuxième théorie majeure de l'étude doctorale : théorie et cadre conceptuel écosystémiques de la parentalité.....	40
Expérience parentale perçue comme un phénomène social.....	42
Objectifs de recherche.....	44
Méthode.....	45
Devis de recherche et fondements épistémologiques	46
Milieu de l'étude	50
Échantillonnage.....	51
Échantillonnage théorique	51
Taille de l'échantillon	52
Critères d'admissibilité à l'étude	53
Participants à l'étude.....	54
Recrutement	54
Déroulement du recrutement.....	56
Collecte de données	58
Entretiens avec les parents.....	58

Inspiration ethnographique pour les entretiens de cette étude.....	59
Outils de collecte des données	59
Guide d’entretien	60
Thèmes du guide d’entretien.....	60
Questionnaire de données personnelles et sociodémographiques	64
Journal de bord.....	65
Observations à la maison des participants	66
Déroulement de la collecte de données.....	66
Sujets à aborder.....	68
Saturation des données.....	70
Traitement et analyse thématique des entretiens.....	70
Processus de l’analyse thématique qualitative.....	71
Transcription des entretiens (verbatim)	74
Ajout graduel de catégories thématiques (grandes familles de thèmes).....	75
Élaboration d’un schéma initial de classification	76
Codage de premier niveau pour faire ressortir les principaux thèmes à l’étude	76
Codage de second niveau concernant les thèmes ressortis à l’étude	77
Mise en relation des thèmes.....	77
Schématisation des thèmes ressortis pour les femmes et les hommes.....	78
Analyse descriptive des réponses au Questionnaire de données personnelles et sociodémographiques.....	79
Critères de scientificité.....	80

Crédibilité	80
Transférabilité	82
Fiabilité	83
Considérations éthiques	84
Résultats	87
Caractéristiques personnelles et sociodémographiques des participants	88
Stigmates présents dans l'expérience des parents au retour à la maison	93
Empreinte émotionnelle du milieu hospitalier	93
Incertitude du développement de l'enfant.....	95
Pression sociale du parent compétent	96
Distance émotionnelle au retour à la maison	98
Dimension affective dans la relation parent-enfant prématuré	99
Défis rencontrés dans la dimension affective parent-enfant prématuré au retour à la maison	100
Apparence fragile de l'enfant.....	100
Culpabilité maternelle.....	101
Impossibilité d'allaiter	103
Épuisement physique et mental	106
Dimension communicationnelle pour la relation parent-enfant prématuré	110
Défis rencontrés dans la dimension communicationnelle au retour à la maison	111
Manque de réciprocité de l'enfant	111
Apparence fragile de l'enfant.....	112
Difficulté à comprendre l'enfant.....	113

Déclics parentaux de la dimension communicationnelle au retour à la maison	118
Étapes du développement communicationnel parent-enfant prématuré	121
Réciprocité venant de l'enfant	123
Communication par le regard.....	125
Reconnaissance du parent par l'enfant	126
Compréhension réciproque parent-enfant (on se comprend).....	126
Plaisir dans la communication	127
Mentalisation parentale	130
Dimension cognitive-affective.....	131
Urgence d'agir avant de réfléchir	132
Mentaliser ses états mentaux : un pari difficile, mais protecteur pour l'enfant	133
Dimension soi-autrui.....	136
Mentalisation des pères orientée vers les états mentaux des mères.....	136
Retour à la maison rimait souvent avec envahissant émotionnel et pilote automatique.....	138
Réciprocité parent-enfant : concept clé pour la mentalisation parentale	139
Nos observations en milieux familiaux.....	142
Synthèse des résultats	145
Discussion	148
Cohérences et incohérences avec les écrits scientifiques.....	149
Singularités de l'étude doctorale.....	154
Parentalité en contexte de prématurité et inspiration ethnographique	154

Réciprocité	156
Mentalisation parentale	157
Nos recommandations à la lumière de ces résultats.....	161
Pour la recherche clinique.....	161
Pour la pratique professionnelle.....	164
Sur le plan social.....	167
Limites de l'étude	168
Conclusion	172
Références.....	176
Appendice A. Fiche informative de la recherche pour les participants potentiels	198
Appendice B. Fiche informative pour les participants potentiels sur les réseaux sociaux.....	201
Appendice C. Canevas d'entretien.....	203
Appendice D. Questionnaire de données personnelles et sociodémographiques — Version mère	206
Appendice E. Questionnaire de données personnelles et sociodémographiques — Version père/mère (pour le parent ne portant pas l'enfant)	210
Appendice F. Canevas du journal de bord de la chercheuse	214
Appendice G. Formulaire de consentement.....	216
Appendice H. Fiche pour la compensation financière des participants	220
Appendice I. Carte conceptuelle des thèmes ressortis lors de l'analyse préliminaire de premier niveau.....	222
Appendice J. Tableau résumant la schématisation initiale de classification	224
Appendice K. Certificat d'approbation éthique du CIUSSS MCQ	226

Appendice L. Lettre d'autorisation pour la réalisation du projet au CIUSSS MCQ.....	228
Appendice M. Certificat éthique de l'UQTR.....	231

Liste des tableaux

Tableau

1 Répartition d'exemples des thèmes et des sous-questions possibles dans le guide d'entretien.....	62
2 Étapes de l'analyse thématique des entretiens	73
3 Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude	89
4 Description des déclics parentaux dans la communication parent-enfant.....	119
5 Étapes du développement communicationnel parent-enfant prématuré.....	124

Liste des figures

Figure

- 1 Défis pour la dimension affective parent-enfant prématuré incluant les stigmates et la notion de temps 109
- 2 Défis de la dimension communicationnelle parent-enfant prématuré incluant les stigmates et la notion de temps 117
- 3 Étapes communicationnelles de l'engagement des parents dans la relation avec l'enfant prématuré au retour à la maison et sur une année..... 129
- 4 Modèle abrégé des résultats inspiré de la théorie à multiniveau de mentalisation pour l'expérience de la parentalité en contexte de prématurité .. 144

Remerciements

J'ai exploré la parentalité comme une grande aventure dans les dernières années, mais je peux dire qu'une thèse est aussi toute une aventure remplie de rebondissements ! Je veux, en premier lieu, remercier mes professeurs, Marie-Josée, Nicolas et Carl, qui ont été des mentors hors pair, avec un regard bienveillant à mon égard du début à la fin. Vous m'avez suivie dans cette expérience qu'est le doctorat en me guidant, tout en me laissant la liberté d'explorer mes choix. Si ce n'est pas de bons parents cela ! Vous êtes, pour moi, des modèles à suivre pour ma future carrière de chercheuse et de travailleuse sociale. Je tiens aussi à souligner le soutien de ma superviseuse de stage, Alexandra, une travailleuse sociale extraordinaire qui m'a permis de découvrir ma profession et qui m'a fait cheminer en tant que professionnelle et en tant qu'humaine. Notre collaboration a dû s'arrêter *prématurément* en raison d'une pandémie mondiale, mais je te garde une place spéciale dans mon cœur.

Je veux remercier les parents qui ont embarqué dans mon projet et qui se sont livrés sans filtre d'une façon si généreuse et sans rien demander en retour. J'espère vous amener bien plus que cette étude doctorale, et j'aspire à améliorer les services pour les parents qui se retrouveront dans le monde de la prématurité. Nous avons grandement avancé dans les dernières décennies, mais il nous reste encore du chemin à faire. Vous êtes extrêmement forts et je vous lève mon chapeau.

Un merci tout spécial à ma famille qui est un soutien émotionnel inconditionnel à chaque tournant de ma vie. Mes parents, Chantal et Yvon, mon frère, Alexandre, ma meilleure amie, Angela, vous avez été à mes côtés depuis le tout début, et j'espère que les prochaines années seront plus douces pour nous. Je vous aime tant et vous méritez tout l'or du monde. Je ne peux pas parler de ma famille sans parler du soutien de ma conjointe, Stéphanie. Mon cœur, tu as changé ma vie et tu m'as donné la force de me replonger dans ma thèse. J'ai hâte de voir ce que les prochaines années nous réservent.

Finalement, cette thèse est à ta mémoire, ma chère Lucille. J'aurais aimé que l'on partage cette réussite ensemble et que je puisse te serrer dans mes bras, mais la vie en a décidé autrement. Je t'envoie ce doux baiser et je ferai mon petit bout de chemin en attendant de réentendre un jour ton rire. Je ne serais pas la femme que je suis aujourd'hui sans toi. Tu es l'un des plus grands modèles de résilience que j'ai eu la chance de rencontrer dans ma courte vie. Repose-toi bien, mon petit oiseau préféré.

Introduction

Les récits d'accouchement ainsi que les premières expériences de vie de l'enfant en contexte de prématurité présentent de grandes similarités concernant le regard que portent les parents sur leur enfant. Le paradoxe de la prématurité, à savoir que l'enfant est décrit comme étant fort et résilient de survivre à de nombreux soins dès sa naissance et à la fois très fragile étant donné son apparence, est encore bien présent lors du retour à la maison (Shah et al., 2013). Les parents d'un enfant prématuré doivent composer avec de nombreux deuils avant d'en arriver à se sentir engagés émotionnellement auprès de leur enfant, arrivé bien plus tôt que prévu (Girabent-Farrés et al., 2021). Ces parents semblent garder une empreinte émotionnelle issue du milieu hospitalier, et cela teinte la relation avec leur enfant prématuré. Dans cette étude, nous souhaitons mieux comprendre la réalité de ces parents lors de leur retour à la maison après un congé hospitalier. Les dimensions affective et communicationnelle de la relation parent-enfant ont été ciblées en plus du concept de mentalisation parentale qui permet d'englober la compréhension des parents de leur propre expérience de la parentalité ainsi que le regard qu'ils posent sur l'expérience et le vécu de leur enfant. Une inspiration ethnographique a été choisie pour observer cette réalité comme étant un phénomène social et qui permet d'explorer un large éventail de thématiques avec les parents à l'étude.

La première partie de cette thèse présentera la problématique à l'étude et expliquera les grands enjeux de la parentalité en contexte de prématurité, en débutant par l'arrivée

hâtive de l'enfant, puis l'adaptation des parents à travers la découverte de cette nouvelle réalité qu'est la parentalité. Elle se terminera par les questions de recherche.

La deuxième partie portera sur le contexte théorique de cette thèse et présentera les balises théorique de cette recherche. Des concepts tels que la dimension affective, la dimension communicationnelle et le concept de mentalisation parentale seront précisés, en plus de grandes théories qui ont inspiré l'écriture de cette thèse.

La troisième partie se divisera en deux sections : la méthode, puis le traitement et l'analyse thématique des entretiens. La première partie explorera l'inspiration ethnographique choisie comme devis de recherche dans cette thèse ainsi que la collecte des données. La seconde partie présentera l'analyse thématique, puisque cette approche a été choisie pour analyser les verbatim des participants. L'ajout d'observations dans les maisons des participants sera décrit dans cette section, faisant le pont avec l'approche ethnographique choisie.

La quatrième partie présentera les résultats de cette thèse. Nous présenterons d'abord les caractéristiques sociodémographiques des participants, puis les grands thèmes ressortis des discours parentaux. Ces thèmes seront divisés selon trois sections mises de l'avant dans cette étude, notamment la dimension affective, la dimension communicationnelle et la mentalisation parentale.

La cinquième partie présentera la discussion. Cette dernière section permettra de faire un parallèle avec les écrits scientifiques abordant les particularités de la parentalité en contexte de prématurité, puis d'explorer les retombées de la présente étude. Les limites et les forces de cette étude ainsi que les recommandations seront discutées pour terminer cette section.

La sixième partie permettra de conclure cette étude doctorale.

Problématique

L'arrivée d'un enfant est généralement un évènement heureux dans le quotidien de nouveaux parents. Toutefois, lorsque la naissance est prématurée, les parents sont confrontés à de nombreux défis qui n'étaient pas envisagés au départ. Le taux de naissances prématurées représente 7,4 % des naissances au Québec et 7,8 % des naissances au Canada (Institut de la statistique du Québec, 2022). Cela représente donc plus de 12 000 parents québécois chaque année. La prématurité est un défi de taille pour les familles qui vivront plusieurs émotions contradictoires, et ce, tant à l'hôpital qu'au retour à la maison (Girabent-Farrés et al., 2021 ; Wreesmann et al., 2020). De ce fait, il est pertinent de s'interroger sur la parentalité en contexte de prématurité et de son influence dans le développement de la relation parent-enfant.

Prématurité

Il est d'abord important de définir ce qu'est la prématurité. Un enfant est considéré comme prématuré lorsque celui-ci naît avant 37 semaines de grossesse (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2023). Il est important de connaître l'âge gestationnel du nouveau-né, car celui-ci va déterminer le degré de maturité, les complications médicales que risque l'enfant ainsi que les soins médicaux à prodiguer par les soignants. Un enfant né entre la 32^e et la 37^e semaine fait partie de la catégorie de la prématurité moyenne, voire tardive ou légère (OMS, 2023).

Celui-ci a généralement moins besoin de soutien médical comparativement aux autres catégories d'enfants prématurés (entre la 28^e et la 32^e semaine et ceux nés à moins de 28 semaines de gestation). Par exemple, il peut généralement téter seul, mais il peut présenter des difficultés de coordination à cet égard ainsi qu'une plus grande fatigue durant l'allaitement (Giroux & Tessier, 2005). La mortalité et la morbidité des enfants prématurés augmentent rapidement à mesure que l'âge gestationnel diminue (Giroux & Tessier, 2005 ; Goldstein & Malcolm, 2019). Comme mentionné précédemment, cette présente étude s'attarde aux parents d'enfants nés prématurément entre la 28^e et la 36^e semaine de gestation. En ce sens, il est important de mentionner que comparativement à un enfant né à terme, un enfant né à 32 semaines et moins présente un plus grand risque de maladie en période néonatale ainsi qu'un risque accru de présenter des séquelles permanentes associées à son statut d'enfant prématuré (Giroux & Tessier, 2005 ; Goldstein & Malcolm, 2019). Lorsque l'enfant naît en bas de 32 semaines de gestation, l'immaturation de son système nerveux autonome peut faire en sorte qu'il présentera des apnées (pauses respiratoires de vingt secondes et plus) et des bradycardies (épisodes de ralentissement de la fréquence des battements du cœur (OMS, 2023)). Le très grand prématuré étant né en bas de 28 semaines de gestation présente une immaturité neurologique importante, le mettant davantage à risque de complications à long terme (OMS, 2023). Peu importe l'âge gestationnel de l'enfant, il appert que l'enfant prématuré arrive en rupture avec l'enfant fantasmé (Jacques, 2003). Le paragraphe suivant explorera l'expérience parentale pour venir baliser la parentalité en contexte de prématurité.

Expérience parentale

L'expérience parentale peut être définie comme étant l'ensemble des efforts qu'un parent déploie pour trouver un équilibre entre les différentes sphères de sa vie au quotidien, en plus des résultats associés à ces efforts (Lacharité et al., 2016). Selon Lacharité et al. (2016), l'expérience parentale comprend aussi des éléments plus abstraits tels que les attitudes, les croyances, les valeurs parentales, la satisfaction parentale, le sentiment d'efficacité parentale, le stress parental et la détresse parentale, en plus du besoin de soutien de son entourage (Lacharité et al., 2015). Chaque individu entre donc en relation avec l'autre avec son propre bagage, et l'arrivée d'un enfant vient à la fois bonifier et complexifier le quotidien de ces parents. Les nouveaux parents doivent trouver un nouvel équilibre qui lui-même est influencé par un nouvel être à découvrir, soit leur nouveau-né.

La recherche constante d'équilibre entre les facettes composant l'exercice parental en plus des préoccupations liées à son rôle de parent et du développement de l'enfant sont au cœur de l'expérience parentale (Lacharité et al., 2016). Cependant, les défis qui teintent l'expérience parentale des mères et des pères ayant un enfant vulnérable sont souvent amplifiés, dû à la charge parentale associée aux besoins particuliers ainsi qu'aux exigences qu'amènent les conditions de santé de l'enfant (Lavoie, 2017). Ces parents présentent souvent des inquiétudes et des préoccupations plus grandes pour la santé et le développement de l'enfant, ainsi que pour les comportements habituels de ce dernier (Lavoie, 2017 ; Pelchat et al., 2005). D'ailleurs, l'organisation de la vie quotidienne est souvent complexifiée et génère un stress important (Lavoie, 2017 ; Pelchat et al., 2005).

La vulnérabilité d'un enfant peut influencer les interactions sociales avec son parent, en plus de redéfinir la perception de la pratique parentale de ces mères et de ces pères. Nous en savons de plus en plus sur cette influence entre les interactions parent-enfant et l'expérience parentale, particulièrement pour la première année de vie où le parent et l'enfant créent une relation et la solidifient au fil du temps (Ionio et al., 2017).

Parentalité en contexte de prématurité au retour à la maison

La parentalité en contexte de prématurité représente une vulnérabilité certaine dans la première année de vie où l'enfant sera hospitalisé à l'unité néonatale, puis aura son congé pour rentrer à la maison avec les parents. La fin de la période d'hospitalisation et le début de la routine familiale à la maison sont des étapes importantes, comme les parents deviennent les principaux donneurs de soins de leur enfant. Ceux-ci pourront développer et adapter les représentations de leur nouveau-né ayant un début de vie difficile nécessitant des soins médicaux particuliers, vers un enfant dont ils sont en mesure de s'occuper (Pavoine et al., 2004). Lors de la période hospitalière, la représentativité de l'enfant prématuré démontre une contradiction intéressante. Celui-ci est perçu à la fois comme étant fragile, ayant des besoins particuliers et nécessitant une technologie sophistiquée pour sa survie, mais il est aussi perçu comme étant résilient et un survivant lorsque celui-ci fait face à des soins corporels difficiles (Pavoine et al., 2004). Nous supposons que les complications présentées précédemment peuvent influencer la transition de l'hôpital vers la maison pour ces parents et leur enfant. Les parents se retrouvent avec un enfant fragilisé étant donné son parcours hospitalier et extrêmement sensible aux stimulations extérieures

de l'environnement (Melbourne et al., 2014). La vulnérabilité de l'enfant et l'expérience vécue en parallèle par ces parents pourraient venir influencer le développement d'une relation saine et sécurisante entre l'enfant et ses parents (O'Donovan & Nixon, 2019).

L'arrivée précipitée de l'enfant, la période d'hospitalisation éprouvante et le retour à la maison dans une réalité complètement nouvelle sont des défis de taille pour ces parents (O'Donovan & Nixon, 2019). Il est donc pertinent de s'intéresser davantage au vécu de ces parents et à la compréhension de leur expérience au retour à la maison. Quels sont leurs défis au quotidien avec leur enfant sous différentes dimensions ?

Sensibilité parentale

Ainsworth (1979) propose quatre concepts se rattachant à la sensibilité maternelle : la reconnaissance des signaux émis par l'enfant, le fait d'accorder une signification adéquate aux signaux de l'enfant, le fait d'offrir une réponse adaptée à ceux-ci, et ce, dans un délai raisonnable. L'accent est mis sur la dynamique entre le parent et son enfant dans le but de répondre aux besoins de ce dernier, d'augmenter son confort et de diminuer sa détresse (Bell, 2008). En poursuivant dans la compréhension de ce concept dans l'établissement de la relation parent-enfant, Bell (2008) a proposé un modèle qui se base sur cinq composantes de la relation parent-enfant dans lequel la sensibilité parentale est centrale. Plusieurs auteurs présentent la sensibilité parentale comme une caractéristique primordiale pour de saines interactions parent-enfant (Bell, 2008 ; de Wolff & van Ijzendoorn, 1997). Bell, pour sa part, fait ressortir cinq composantes de la relation

parent-enfant associée à la sensibilité parentale. La première est la découverte. Celle-ci fait référence à la curiosité et au désir d'apprendre à connaître son enfant (Bell, 2008). La deuxième est la proximité physique qui fait référence à la recherche de contact physique avec l'enfant (Bell, 2008). La troisième composante est le contact affectif qui est décrit comme étant le besoin d'échanges sur le plan émotionnel entre le parent et son enfant (Bell, 2008). La quatrième composante est la communication, soit l'initiation et le maintien des interactions sociales entre les deux, tout en prenant en compte les capacités de socialisation de l'enfant. Finalement, la cinquième composante qu'est l'engagement fait référence à l'investissement parental dans le développement de l'enfant ainsi que pour la sécurité et le bien-être de l'enfant (Bell, 2008). La sensibilité parentale se retrouverait donc au cœur de ces cinq composantes. Dans le cadre de cette étude doctorale, deux composantes du modèle de Bell nous ont interpellés, à savoir la communication et le contact affectif. Elles seront approfondies prochainement dans cette thèse.

Ces cinq composantes ainsi que la sensibilité parentale décrivent certaines caractéristiques importantes du rôle parental dans le début de la vie d'un enfant né à terme et en santé. Il faut tout de même s'interroger sur la difficulté d'accomplir son rôle parental dans le cas des enfants prématurés. Par exemple, dès la naissance de l'enfant, la proximité physique avec lui est très limitée et le parent est l'un parmi plusieurs acteurs à répondre aux besoins de l'enfant, puisque les soins sont principalement faits par les professionnels de la santé. De plus, la séparation physique engendrée par les conditions médicales de l'enfant peut se répercuter sur la relation d'attachement (Lindberg et al., 2007). Bien que

cette séparation soit nécessaire à la survie de l'enfant, il est difficile pour les mères et les pères de ne pas être en mesure de prodiguer les soins appropriés ainsi que de ne pas pouvoir simplement toucher et interagir avec leur nouveau-né autant qu'ils le souhaitent. De plus, la communication est difficile, puisque les signaux des enfants prématurés sont différents des signaux que l'on associe généralement aux nouveau-nés à terme étant donné leur immaturité neurologique (Weiss et al., 2004) et les nombreuses sources de stimulation émergeant de l'unité néonatale pouvant perturber les comportements de l'enfant prématuré. L'immaturité neurologique de l'enfant prématuré sera abordée dans la prochaine partie, lorsqu'il sera question des défis des parents en contexte de prématurité.

Communication parent-enfant

L'une des cinq composantes présentées précédemment est peu abordée dans les écrits scientifiques et concerne la parentalité en contexte de prématurité, soit la communication. Les interactions positives entre un parent et son enfant ont des retombées positives dans la création d'un lien de confiance entre eux (Landry, 2008). Cependant, nous pouvons remarquer que le manque de rétroaction venant de l'enfant et la difficulté à comprendre les signaux de l'enfant entraînent des répercussions négatives dans la relation parent-enfant (Garel et al., 2004 ; Tallandini et al., 2015). Les recherches au sujet de la parentalité en contexte de prématurité nous démontrent que ces enfants sont décrits comme étant plus irritables, plus sensibles et plus difficiles à reconforter (Garel et al., 2004 ; Tallandini et al., 2015). En réponse à la compréhension que les parents se font des signaux de l'enfant, il a été remarqué que ces parents sont souvent plus intrusifs auprès de l'enfant prématuré,

particulièrement pour les parents percevant la naissance et l'hospitalisation comme étant un évènement traumatisant (Hoffenkamp et al., 2015). Sachant que les comportements de ces nouveau-nés influencent les interactions avec son parent, il serait intéressant de s'interroger davantage à la réciprocité de ces interactions sociales entre un parent et son enfant (Filippa et al., 2018). Comment les parents perçoivent-ils les interactions avec leur enfant ? Comment ces interactions se développent-elles au fil du temps ? Dans le cadre de cette recherche, nous chercherons à mieux comprendre la perception de ces parents sous l'angle des différentes interactions sociales dans la création d'un lien avec l'enfant lorsque ces familles sont de retour à la maison ; ce que nous avons appelé la dimension communicationnelle.

Contacts affectifs entre un parent et son enfant

Une deuxième composante qui prend une place majeure dans la parentalité en contexte de prématurité concerne les contacts affectifs. Les écrits scientifiques nous démontrent que l'hospitalisation à l'unité néonatale de l'enfant crée une barrière avec les parents dans les premiers moments marquants, particulièrement pour ce qui touche aux contacts affectifs (Al Maghaireh et al., 2016 ; Pedespan, 2004 ; Udry-Jorgensen et al., 2011). Ces parents peuvent percevoir les contacts affectifs comme étant un défi dans les premiers mois de vie, puisque l'enfant est d'apparence bien différente d'un enfant né à terme. Au retour à la maison, les parents deviennent les principaux donneurs de soins de l'enfant et ainsi, apprennent à connaître l'enfant à travers les interactions et les contacts affectifs avec celui-ci (Aydon et al., 2018). En ce qui concerne les émotions vécues par

les parents et avec leur enfant, ils doivent passer au travers de différents deuils, dont celui de l'allaitement, de l'accouchement désiré ainsi que celui de l'enfant parfait pour arriver à intégrer leur rôle de parent (Martel, 2013). Malgré tout, la qualité des échanges affectifs entre les parents et l'enfant est déterminante pour l'apprentissage de la régulation émotionnelle chez l'enfant. Selon Bell (2008), cette composante est cruciale dans l'établissement de la relation parent-enfant. Dans le cadre de cette étude, nous désirons mieux comprendre l'expérience de ces parents au retour à la maison sous une seconde dimension, à savoir la dimension affective avec leur enfant, en plus d'explorer un concept émergent en prématurité, soit la mentalisation parentale.

Les parents ne sont pas toujours en mesure d'interagir adéquatement avec leur enfant prématuré, puisqu'il réagit différemment d'un enfant né à terme (Weiss et al., 2004) et laisse les parents sans repères clairs pour le comprendre. Même dans les premiers mois de vie, cette différence est notée, puisque les enfants prématurés sont souvent décrits par les parents comme étant plus irritables et difficilement consolables ; ce qui en fait des enfants plus difficiles d'approche (Garel et al., 2004 ; Laganière et al., 2003 ; Nix et al., 2009). Les cinq composantes de la relation peuvent devenir des défis au quotidien pour ces parents lorsqu'ils sont de retour à la maison avec leur enfant. La sensibilité parentale est un concept intéressant dans l'établissement d'une relation parent-enfant, car elle met l'emphase sur la reconnaissance et la compréhension des signaux ainsi que sur la capacité à répondre aux besoins affectifs et physiologiques de l'enfant. Cependant, la prématurité semble venir entraver la sensibilité parentale. En effet, elle est un enjeu important dans

l'expérience de la parentalité en contexte de prématurité, puisque bien que les parents soient sensibles aux besoins de l'enfant, s'ils ne comprennent pas ce besoin ou s'ils ne comprennent pas la façon dont l'enfant l'exprime, il leur sera difficile d'y répondre adéquatement. Meins et al. (2001) ont critiqué ce concept en soutenant qu'il y a un manque de consensus sur les comportements et attitudes associés à la sensibilité parentale (Meins, 2013 ; Meins et al., 2013). D'autres moyens ont été proposés dans les années suivantes par lesquels les parents peuvent démontrer l'adéquation de leurs interactions avec l'enfant, dont la capacité des parents à se réajuster en fonction des réactions de l'enfant, l'encouragement à l'autonomie de l'enfant, la capacité à communiquer avec l'enfant de façon adéquate et la reconnaissance des états mentaux de l'enfant (Zeegers et al., 2017). Un concept permettant d'englober et d'expliquer ces caractéristiques fait son apparition, soit la mentalisation parentale, un concept qui sera central dans cette étude doctorale.

Mentalisation parentale

La mentalisation parentale est un concept prometteur dans l'explication de la relation parent-enfant et dans la transmission intergénérationnelle de l'attachement chez l'enfant. Ce concept est défini comme étant l'habileté à comprendre et à nommer ses états mentaux ainsi que les processus mentaux des personnes avec lesquelles un individu interagit (Bateman & Fonagy, 2013). Des chercheurs ont démontré que l'adaptation à la parentalité dans des contextes de risque, tels que des expériences de vie difficiles, était associée aux capacités de mentalisation des parents (Ensink et al., 2015). La mentalisation parentale serait également impliquée dans l'établissement d'une relation d'attachement sécurisante

avec l'enfant. Les mères ayant développé une relation sécurisante avec leur enfant présenteraient de meilleures capacités de mentalisation parentale que les mères dont l'enfant présenterait un attachement insécurisé (Slade et al., 2005).

Il est suggéré que ces parents seraient plus en mesure de comprendre leurs propres réactions en tant que parents ainsi que de mieux comprendre les besoins de leur enfant (Slade et al., 2005). Ils seraient plus en mesure de comprendre les émotions de leur enfant et auraient une plus grande proximité avec celui-ci (Slade et al., 2005). Comme l'enfant est dépendant de son parent pour répondre à ses besoins, la compréhension des besoins de l'enfant est primordiale dans le développement de l'attachement chez celui-ci (Grienenberger et al., 2005 ; Slade et al., 2005). Peu d'études se sont intéressées au concept de mentalisation parentale en contexte de prématurité, mais nous savons que la prématurité peut être un traumatisme important pour les parents (Garel et al., 2004 ; Laganière et al., 2003 ; Nicolaou et al., 2009). La mentalisation parentale aurait une incidence dans le développement de la relation parent-enfant et serait grandement influencée par les expériences éprouvantes (Berthelot et al., 2019 ; Markin, 2018 ; Yatziv, Gueron-Sela et al., 2018 ; Yatziv, Kessler et al., 2018). De ce fait, il serait pertinent de s'y attarder en contexte de prématurité.

Les chercheurs qui se sont intéressés à la mentalisation parentale ont pu démontrer que les parents d'un enfant prématuré qui ont de la difficulté à comprendre les signaux de leur enfant présentent aussi une forme de résistance au moment où ils doivent mentaliser

leur expérience ainsi que le vécu de leur enfant (Ruiz et al., 2020 ; Yatziv, Kessler et al., 2018). De plus, les parents souffrant de traumatismes importants liés à l'accouchement et l'hospitalisation sont plus à risque d'être confrontés à des difficultés à mentaliser leur expérience, étant donné la charge émotionnelle associée aux premiers mois de vie difficiles de l'enfant (Ruiz et al., 2020 ; Schaefer & Donelli, 2016). La présente étude vise donc à décrire le vécu expérientiel de ces parents en mettant en lumière le concept de mentalisation parentale en contexte de prématurité au retour à la maison et compose le deuxième objectif majeur de cette étude doctorale.

Questions de recherche

À la lumière de ces constats, cette étude tente de mieux comprendre l'expérience des parents en contexte de prématurité et vise à répondre à deux questions, soit (1) « Comment les parents d'un enfant prématuré perçoivent-ils leur expérience de la parentalité au retour à la maison sous la dimension affective et la dimension communicationnelle ? » et (2) « Quel est le rôle de la mentalisation parentale dans le discours de ces parents au retour à la maison ? ».

Contexte théorique

Bien qu’être parent soit une expérience marquante, enrichissante et souvent positive, autant pour les mères que pour les pères, il existe néanmoins de nombreux défis qui marquent aussi l’expérience parentale. Dans les écrits scientifiques, le terme « vulnérabilités » est fréquemment utilisé pour englober différentes caractéristiques qui fragilisent le quotidien de ces parents comme le contexte socioéconomique, des problèmes de santé physique chez l’enfant ou encore des troubles de santé psychologique chez les parents (Lacharité & Milot, 2021). Dans le cadre de cette étude doctorale, nous abordons davantage les défis parentaux pour une clientèle spécifique, soit les parents d’un enfant prématuré. Nous commencerons par présenter les grandes lignes de la parentalité en contexte de prématurité, puis aborderons les différents facteurs de risque de l’expérience parentale qui peuvent influencer le développement de la relation parent-enfant prématuré au retour à la maison. Nous terminerons avec les recherches scientifiques récentes portant sur la mentalisation parentale et son impact sur l’expérience de la parentalité en contexte de prématurité. Finalement, nous tenterons de présenter un portrait réaliste et fidèle des écrits scientifiques, tout en exposant les interrogations qui ont mené à la réalisation de cette étude doctorale.

Parentalité en contexte de prématurité et ses multiples défis

La période hospitalière est marquante pour les parents et est largement explorée dans la recherche scientifique. De nombreux articles scientifiques rapportent que cette période

difficile peut entraîner des répercussions à long terme pour les parents et l'enfant prématuré, notamment pour le bien-être psychologique des parents, pour l'engagement auprès de l'enfant et pour l'acceptation et l'apprentissage de son rôle parental (Al Maghaireh et al., 2016 ; Shahheidari & Homer, 2012). Cependant, les écrits scientifiques se font plus rares lorsque l'on s'attarde à la période du retour à la maison. Dans le but de mieux comprendre la parentalité en contexte de prématurité au retour à la maison, nous commençons par présenter les différents défis pour ces parents après une période hospitalière pouvant rendre l'établissement de la relation parent-enfant prématuré plus ardu.

Deuils parentaux

Les parents peuvent être confrontés à plusieurs deuils difficiles à accepter, dont le deuil de l'accouchement à terme souhaité. Les parents sont impuissants et doivent s'abandonner à l'équipe médicale qui prend souvent en charge l'enfant dès son arrivée, sans laisser le temps aux parents de passer un moment de tendresse avec leur bébé (Baum et al., 2012 ; Pedespan, 2004). La séparation est encore plus brutale lorsque le bébé doit être transféré dans un autre centre hospitalier pour y recevoir des soins spécialisés. Cette séparation est souvent décrite comme un obstacle important dans le développement d'une relation sécurisante entre les parents et l'enfant (Baum et al., 2012). Ces éléments contribuent assurément au deuil des premiers moments souhaités qui entourent l'accouchement. D'ailleurs, la période du retour à la maison semble être imprégnée de cette séparation à la naissance et de la période hospitalière qui semblent toutes deux laisser

des traces au sein de la relation parent-enfant prématuré. Ces parents rapportent un stress important lié aux interactions quotidiennes avec l'enfant ainsi que des inquiétudes concernant son développement, et ce, même après plusieurs mois de vie de l'enfant (Adama et al., 2016; Diffin et al., 2013; Garel et al., 2004; Lindberg et al., 2009; van Manen, 2012). Nous pouvons donc penser que le discours des parents pourrait être teinté de cette période marquante au retour à la maison avec l'enfant.

Un second deuil éprouvant est celui du nouveau-né *parfait* (Giroux & Tessier, 2005). Un enfant prématuré est souvent décrit par les parents comme étant un enfant fragile, difficile d'approche, ayant des réactions interactionnelles de moindre envergure ; ce qui rend parfois plus difficile la création d'un lien positif parent-enfant dans les premiers mois de vie de ce dernier (Lefebvre, 1983 ; Melbourne et al., 2014 ; Nicolaou et al., 2009 ; O'Donovan & Nixon, 2019). Alors que les parents désirent un enfant robuste et en santé, ceux-ci se retrouvent avec un enfant fragile, parfois entre la vie et la mort, et bien plus petit qu'ils pourraient se l'imaginer. L'enfant prématuré ne ressemble pas aux stéréotypes d'un nouveau-né à terme (Martel, 2013). Nous remarquons que l'apparence de l'enfant peut avoir une incidence dans les premières interactions avec les parents. En effet, le physique de l'enfant et ce qu'en perçoivent les parents peuvent influencer l'adéquation des réponses aux besoins de l'enfant (Kelley et al., 1996 ; Månsson et al., 2019). Bien que l'enfant change physiquement au fil de son développement, il n'en reste pas moins que les parents doivent se familiariser avec certaines caractéristiques bien particulières de l'enfant ; ce qui peut influencer la manière dont les parents interagissent avec l'enfant,

même après la période hospitalière, dont l'hypersensibilité de l'enfant, sa petite taille, sa respiration bruyante et les complications digestives fréquemment rapportées (Kelley et al., 1996 ; Månsson et al., 2019). De même, ces enfants doivent parfois recevoir de nombreux médicaments et nécessitent des consultations auprès de professionnels de la santé en externe ; ce qui peut accentuer le deuil de l'enfant à terme et en santé.

Enfin, un troisième deuil rapporté dans les écrits scientifiques est le deuil lié à l'allaitement. Le gavage représente très souvent la première forme d'alimentation pour l'enfant prématuré et cela peut prendre du temps avant qu'il ait les compétences pour tenter l'allaitement. Ce peut être une grande déception pour ces mères désireuses d'allaiter leur enfant immédiatement après la naissance et qui sont, à la place, dirigées vers le tire-lait en attendant la mise aux seins. En effet, l'allaitement est un objectif pour plusieurs femmes, notamment pour la création d'un lien affectif avec l'enfant, mais aussi pour subvenir aux besoins vitaux de ce dernier (Ericson & Palmér, 2020). Ce processus de deuil peut entraîner des répercussions sur l'engagement affectif des parents auprès de leur enfant, mais aussi sur la perception de ses propres capacités parentales, tout particulièrement pour les mères (Beck & Watson, 2008 ; Pedespan, 2004). Il est rapporté que l'établissement de l'allaitement pour les mères et leur nouveau-né prématuré est un processus complexe et fragile dû, entre autres, au développement de l'enfant et aux complications qu'engendre la prématurité pour l'enfant (Demirci et al., 2015). Plusieurs auteurs rapportent aussi que les mères s'imposent souvent une pression concernant l'allaitement. Lorsque celles-ci ne sont pas en mesure d'allaiter l'enfant, un sentiment

d'échec est nommé par plusieurs mères (Chautems, 2018 ; Danet & Descamps, 1992 ; Ego et al., 2003 ; Ericson & Palmér, 2020 ; Kair et al., 2015 ; Zanardo et al., 2011). L'allaitement est un processus psychosocial et biologique très complexe qui influence à la fois l'expérience des mères et l'expérience des nouveau-nés (Demirci et al., 2015). Il est donc pertinent de s'intéresser à ce sujet, tout particulièrement dans des contextes particuliers comme la prématurité.

En contexte de prématurité, il a été démontré que l'allaitement apporte des bénéfices importants dans la création d'un lien d'attachement entre les mères et l'enfant durant une période d'hospitalisation (Pedespan, 2004). Cependant, peu de recherches ont abordé l'aspect traumatique d'un accouchement prématuré et les impacts de cette expérience sur le désir d'allaiter l'enfant (Beck & Watson, 2008). L'allaitement peut aussi amener les mères à revivre des moments difficiles associés à l'accouchement et peut créer au contraire, une distance émotionnelle avec leur enfant (Beck & Watson, 2008 ; Danet & Descamps, 1992 ; Ego et al., 2003). Le manque de contrôle au moment de l'accouchement, l'intrusion du personnel médical envers les mères, l'apparence distinctive de l'enfant et son long processus d'apprentissage pour prendre le sein efficacement vu son immaturité peuvent amener les mères à revivre des moments éprouvants au moment de l'allaitement. Des auteurs mentionnent aussi que l'intrusion d'un grand nombre de professionnels dans le suivi de l'enfant, la pression de performer dans son rôle de mère, en plus d'assurer la prise de poids rapidement de l'enfant sont des défis qui peuvent venir teinter l'expérience de l'allaitement (Beck & Watson, 2008 ; Chautems, 2018 ; Dong et al., 2022 ; Ericson et

al., 2020 ; Kair et al., 2015 ; Mörelius et al., 2020 ; Zanardo et al., 2011). À la lumière de ces recherches, nous constatons qu'il nous reste encore à explorer la perception de ces parents face à l'allaitement et aux répercussions positives et négatives de celui-ci dans la création d'une relation saine entre les parents et l'enfant. Il est donc pertinent de donner une voix à ces parents dans le but de mieux comprendre leur vécu émotionnel lors des premiers mois de vie avec l'enfant.

Séparation physique

Les deuils abordés précédemment sont sans aucun doute des défis associés à l'arrivée de l'enfant pour ces parents. Plusieurs autres obstacles liés à la parentalité en contexte de prématurité peuvent aussi influencer le quotidien de ces parents, et ce, durant les premières années de vie avec l'enfant. Un de ces défis rencontrés par les parents concerne la séparation physique que requièrent les soins médicaux associés à l'état de santé de l'enfant. Cette séparation physique débute à la salle d'accouchement, lors d'un transfert dans un autre centre hospitalier et se poursuit à l'unité néonatale. Il a été démontré que la séparation physique causée par les conditions médicales de l'enfant est un facteur de risque pour le développement d'un attachement sécurisant entre les parents et l'enfant (Lindberg et al., 2007; Poehlmann & Fiese, 2001a). Cette séparation prolongée peut amener un stress important chez l'enfant, mais aussi pour ces parents qui peuvent vivre des émotions contradictoires liées à leur enfant (Baum et al., 2012 ; Garel et al., 2004 ; Heringhaus et al., 2013 ; Stengel, 1982).

Des recherches ont démontré que dans le but de compenser la séparation avec l'enfant au moment de l'accouchement, des mères ressentent le besoin d'être plus intrusives dans le développement de leur enfant lorsque celles-ci se retrouvent à la maison (Baum et al., 2012 ; Laganière et al., 2003 ; Udry-Jorgensen et al., 2011), et ce, pour que ce dernier puisse entrer dans les standards de développement attendus pour un enfant de son âge ou pour tenter d'effacer les traces de la prématurité sur son développement (Baum et al., 2012 ; Laganière et al., 2003 ; Udry-Jorgensen et al., 2011). Ces comportements pourraient donc entraîner des répercussions négatives et importantes dans la création d'une relation saine entre les parents et l'enfant, surtout après un congé hospitalier, puisqu'il est important que les parents prennent le temps de découvrir et d'apprendre à connaître l'enfant. Lors de recherches cliniques en Suisse, il a été remarqué que certains parents adoptaient une attitude surprotectrice et de surinvestissement envers l'enfant à la suite d'une période d'hospitalisation dans le but de lui éviter tout danger, car ce dernier est perçu comme étant plus fragile physiquement (Ravier & Pedinielli, 2015). Il est rapporté que ces parents verbalisent un sentiment de culpabilité quant à l'arrivée précoce de l'enfant et la séparation qui a suivi l'accompagnement. Les auteurs supposent que ce sentiment pourrait être à l'origine de ce désir de surinvestissement dans le développement de l'enfant (Ravier & Pedinielli, 2015).

Pour d'autres auteurs, ce besoin de surprotection venant des parents serait davantage induit par l'irritabilité tactile et l'appréhension aux contacts corporels de l'enfant en réaction à son passage en milieu hospitalier, puisque de leur perception, l'enfant pourrait

ne pas supporter les stimulations extérieures (Daude et al., 2015). Ces auteurs rapportent que certains parents refusaient de faire asseoir l'enfant sans soutien ou de le laisser marcher à quatre pattes de peur qu'il puisse se faire mal, et donc, qu'ils devraient retourner à l'hôpital (Daube et al., 2015). Il était difficile, pour ces parents, de se dissocier de l'image de l'enfant fragile et malade en milieu hospitalier et de le percevoir comme étant outillé pour faire face au monde, en dehors d'un environnement hautement médical. Il a été observé que ces parents reçoivent une quantité importante de conseils et d'informations sur le développement du nouveau-né qui sont bien souvent inadaptés à la réalité d'un enfant prématuré (Daude et al., 2015). Ce désir d'atteindre un objectif développemental peut amener les parents à surstimuler l'enfant et tenter de le protéger de tout danger pouvant nuire à son développement physique et cognitif.

Finalement, il est important de mentionner qu'au Québec, les parents dont l'enfant est né à 28 semaines de grossesse et plus n'ont pas accès à de l'accompagnement psychologique à la suite de la période d'hospitalisation (Martel, 2013). Ils se retrouvent dans les mêmes services de santé et de services sociaux que les enfants nés à terme, avec des professionnels qui ne sont pas formés pour cette clientèle. De ce fait, il serait possible que ce désir d'atteinte des objectifs développementaux non adaptés aux enfants prématurés, conjugués à un manque d'accompagnement psychologique après une période éprouvante qu'est l'hospitalisation ne soit pas une formule gagnante, pour que ces parents soient disposés à découvrir leur parentalité.

Développement neurologique de l'enfant

Un autre défi pour les parents réside dans le fait que l'arrivée hâtive de leur enfant fait en sorte que celui-ci présente une immaturité neurologique comparativement aux enfants nés à terme (Weiss et al., 2004), puisque cette dernière est directement liée au temps de gestation. Ainsi, plus l'enfant est né prématurément, plus il sera immature sur le plan neurologique. Hors de l'utérus, qui représentait un milieu optimal pour la maturation neurologique, l'enfant prématuré présente des conditions médicales particulières qui ne sont pas toujours adaptées à son stade développemental (Al Maghaireh et al., 2016 ; Clark et al., 2008 ; Diffin et al., 2013 ; Shahheidari & Homer, 2012). Les comportements de l'enfant issu de l'intégration neurocomportementale seront donc différents de ceux de l'enfant à terme. Les enfants prématurés sont surstimulés par les soins, les bruits, la luminosité et la force de gravité qui sont diamétralement opposés à ce qu'ils ont connu jusqu'à maintenant et ce qu'ils auraient dû vivre dans le ventre de la mère (Habersaat, Pierrehumbert et al., 2014 ; Shahheidari & Homer, 2012 ; Weiss et al., 2004). Dans leurs intégrations neurosensorielles, les enfants prématurés peuvent interpréter négativement les gestes et tentatives de contacts physiques des parents, puisqu'un simple toucher sous forme d'effleurement ne représente pas une stimulation normale pour l'enfant (Weiss et al., 2004). Le système nerveux autonome de l'enfant réagit plus fortement aux stimulations tactiles et donc aux contacts affectifs venant des parents. En effet, l'enfant n'est pas toujours en mesure d'exprimer ses besoins à ses parents quand la stimulation dépasse sa capacité à interagir, mais aussi, les parents ne possèdent pas les connaissances sur le langage de l'enfant prématuré (Hazell et al., 2020). Peu de ressources s'adressant

aux parents sont disponibles pour leur enseigner ce langage fort différent de celui d'un enfant né à terme et en santé (Martel, 2013). Les difficultés de communication entre les parents et l'enfant accentuent la difficulté à comprendre les signaux de l'enfant, alors que ce dernier tente de trouver un équilibre fonctionnel dans le but de survivre et s'adapter au milieu extra-utérin (Als, 1989).

Ces signaux mal compris peuvent amener les parents à vivre une grande insécurité, car leur enfant est plus difficile à comprendre, à consoler, mais aussi plus difficile d'approche pour ce qui est des contacts physiques et affectifs (Garel et al., 2004 ; Laganière et al., 2003 ; Nicolaou et al., 2009 ; Nix et al., 2009 ; Poehlmann & Fiese, 2001b ; Weiss et al., 2004). De ce fait, il est intéressant d'explorer davantage la communication lors du retour à la maison entre les parents et l'enfant dans la présente recherche, puisque ces enfants émettent des signaux difficiles à comprendre et de moindre intensité au cours des premiers mois de leur vie.

Communication chez l'enfant prématuré

Qu'il soit à terme ou non, un nouveau-né n'est pas en mesure de communiquer sur le plan du langage verbal. Pour se faire comprendre, celui-ci utilisera le langage corporel pour exprimer les nuances émotionnelles qu'il va ressentir (Martel, 2013). Les premiers signes d'interaction de l'enfant prématuré se traduisent généralement par des signaux corporels tels que la posture, les mimiques faciales, la tonalité des pleurs, la coloration de la peau, l'état de tension ou de détente du corps en réaction à la sollicitation ou à l'inverse,

le manque de sollicitation (Jacques, 2003 ; Martel, 2013). Comme il a été précisé précédemment, la maturité du système nerveux influence la capacité de l'enfant à interagir avec les parents.

Les réactions physiques de l'enfant peuvent être interprétées comme étant des indicateurs physiologiques et comportementaux traduisant de la capacité de l'enfant à adapter son fonctionnement et à s'organiser, en réponse aux stimulations perçues (Martel, 2013). Les comportements de l'enfant prématuré en regard de son environnement peuvent donc être interprétés selon deux types de comportements. Toute stimulation inadéquate, en qualité ou en intensité par rapport à la maturation neurologique de l'enfant, entraîne des réactions de défense, de retrait et de fermeture, qui sont considérées comme des signes de stress chez l'enfant (Martel, 2013). À l'inverse, une stimulation adaptée aux réelles compétences de l'enfant entraîne une réaction positive et une ouverture, qui sont considérées comme des signes d'adaptation (Martel, 2013). Une stimulation inadaptée peut donc engendrer une réaction imprévisible chez l'enfant prématuré et cela crée une réaction en chaîne si les parents ne sont pas en mesure de décoder les différents comportements de l'enfant. À ce sujet, nous nous interrogeons sur le développement de la relation parent-enfant, notamment sous l'angle de la communication, comme les façons de communiquer de l'enfant prématuré sont un des éléments qui les distinguent dans les interactions sociales.

Répercussions de la prématurité sur le bien-être psychologique des parents et sur la relation parent-enfant

En abordant les différents défis jusqu'à maintenant, nous remarquons que le vécu émotionnel des parents a une incidence importante sur la perception de leur expérience de la prématurité. À travers les écrits scientifiques, nous remarquons qu'un élément important et récurrent concerne les émotions difficiles potentiellement engendrées par la naissance d'un enfant prématuré (Beck et Harrison, 2017 ; Girabent-Farrés et al., 2020 ; Martínez-Shaw et Sánchez-Sandoval, 2022 ; Ochandorena-Acha et al., 2022 ; Roubinov et al., 2022). La culpabilité et l'angoisse sont bien présentes dans les discours parentaux lorsque ceux-ci se remémorent la naissance de leur enfant (Garel et al., 2004 ; Nix et al., 2009). Les sentiments d'arrachement, d'intrusion et de confusion au moment de la naissance et à l'unité néonatale sont évoqués, car les parents n'ont pas un sentiment de contrôle lors de l'accouchement de l'enfant et lorsque ce dernier est entouré d'une grande équipe médicale (Abergel & Blicharski, 2013 ; Baum et al., 2012 ; Beck & Harrison, 2017 ; Gamba Szijarto et al., 2009 ; Nix et al., 2009). Ces événements peuvent entraîner des répercussions négatives dans le quotidien de ces parents au retour à la maison, notamment dans les étapes charnières du développement de l'enfant et lors des moments d'interaction parent-enfant. Les émotions éprouvantes vécues par ces parents peuvent être un facteur de risque pour le développement émotionnel de l'enfant (Habersaat, Pierrehumbert et al., 2014). En effet, il est rapporté qu'une santé psychologique précaire chez les parents peut venir interférer dans la compréhension des émotions de l'enfant et dans l'apprentissage de la régulation de ses propres émotions (Feldman, 2007 ; Habersaat, Pierrehumbert et al.,

2014 ; Highet et al., 2014 ; Nix et al., 2009 ; Tallandini et al., 2015 ; Væver et al., 2020 ; Warren et al., 2003). Il est donc pertinent de s'interroger sur les répercussions de la prématurité sur le bien-être psychologique de ces parents et plus précisément, dans le cas de cette étude doctorale, sur les impacts de la prématurité dans le développement de la relation parent-enfant prématuré.

Il est observé que les parents en contexte de prématurité présentent davantage de difficultés psychologiques quand l'enfant présente une santé physique précaire (Garel et al., 2004). À travers les écrits scientifiques, nous remarquons que la perception de vulnérabilité de l'enfant chez les parents influence la capacité d'entrer en relation avec celui-ci de même que de comprendre leurs vécus liés aux souvenirs douloureux de la période hospitalière (McKeown, Burke, Cobham, Kimball, Foxcroft et Callaway, 2022 ; Roubinov et al., 2022 ; Tallandini et al., 2015). Le contact affectif entre les parents et l'enfant serait donc perçu plus négativement chez ces parents lorsqu'ils se retrouvent avec un enfant prématuré dû à son état de santé, mais aussi dû à la complexité du parcours hospitalier des premiers mois de vie de ce nouveau-né (Brike et Melnikov, 2022). De ce fait, il nous paraît pertinent d'explorer le concept de contact affectif pour mieux comprendre la perception de ces parents après cette période hospitalière éprouvante pour un grand nombre de parents.

Les interactions sociales et affectives entre le parent et son enfant sont complexes en contexte de prématurité pour une multitude de facteurs, tant associés à l'enfant qu'aux

parents. Par exemple, nous connaissons aujourd'hui l'impact positif de la voix des parents sur l'enfant, sur sa capacité à entrer en relation, ou encore l'impact positif d'un toucher agréable sur l'exploration de son environnement pour l'enfant (Athanasopoulou & Fox, 2014 ; Filippa et al., 2018 ; Ionio et al., 2017). Toutefois, nous savons aussi que la capacité des parents à entrer en interaction avec l'enfant est directement reliée à son bien-être psychologique durant la grossesse et à la suite de la naissance de l'enfant, un défi important pour ces parents en contexte de prématurité (Beck, 1995 ; Cho et al., 2013 ; Goutaudier et al., 2011 ; Ionio et al., 2017 ; Mughal et al., 2017 ; Nicolaou et al., 2009 ; Tallandini et al., 2015 ; Væver et al., 2020). Nous en savons encore peu sur le développement de la communication parent-enfant prématuré lors de la période du retour à la maison. À la lumière de ces lectures scientifiques, nous croyons donc pertinent d'explorer plus en profondeur la perception de ces parents lors de leurs interactions sociales avec l'enfant pour comprendre leur compréhension des défis rencontrés en contexte de prématurité après un congé hospitalier et au retour à la maison.

Mentalisation

Au quotidien, nous sommes constamment en interaction sociale, tant avec des collègues de travail, des amis ou encore des membres de notre famille. Ces interactions sont grandement facilitées par notre capacité à comprendre les états mentaux d'autrui et nos propres états mentaux lors de ces interactions. La mentalisation est un concept qui est défini comme étant l'habileté à identifier et comprendre ses états mentaux (c.-à.-d. les processus mentaux émotionnels et cognitifs tels que les émotions, les pensées, les désirs,

les motivations) et ceux des autres (Fonagy et al., 1991). La mentalisation serait donc une capacité fondamentale dans un environnement social pour comprendre et intégrer mutuellement la complexité des relations interpersonnelles et leur évolution constante (Fonagy et al., 2014; Luyten & Fonagy, 2015). Le concept de mentalisation s'opérationnalise selon deux prémisses. La première est que ce concept n'est pas unitaire, mais bien composé de plusieurs dimensions qui peuvent s'organiser selon différentes polarités (Luyten & Fonagy, 2015). La deuxième est que deux facteurs ont une grande influence sur la capacité et la qualité de mentalisation chez les individus, à savoir le stress et l'historique d'attachement de la personne (Luyten & Fonagy, 2015). Finalement, la capacité à se comprendre et à comprendre les autres en ce qui concerne les états mentaux serait à la base de la régulation émotionnelle (Bateman, 2006). Ce concept est pertinent dans le contexte de la prématurité, puisqu'il vient mettre en lumière sur l'expérience de la parentalité, en prenant en compte la perception des parents face à leurs comportements, mais aussi la capacité des parents à interpréter les signaux de leur enfant.

Première théorie majeure de l'étude doctorale : la mentalisation, un concept multidimensionnel

Selon Fonagy et Luyten (2009), le concept de mentalisation se divise sous quatre dimensions. La première dimension se nomme *interne-externe*. Elle fait référence aux indices sur lesquels nous pouvons nous baser pour faire des inférences à propos des états mentaux de l'autre, qu'ils soient visibles (externes) comme des expressions faciales ou invisibles à l'œil comme les intentions d'autrui (internes). La seconde dimension se nomme *cognitive-affective*. Elle fait référence aux états mentaux davantage de nature

cognitive, tels que les croyances ou les pensées, et les états mentaux affectifs, tels que les émotions et les désirs. La troisième dimension se nomme *contrôle-automatique*. Elle fait référence aux modes de fonctionnement sur lesquels la mentalisation peut s'opérer, soit de façon conscience et volontaire ou de façon inconsciente et automatique. La quatrième dimension se nomme *soi -autrui*. Elle fait référence au fait d'être en mesure de reconnaître ses propres états mentaux et de reconnaître les états mentaux de l'autre avec lequel nous sommes en interaction (Aival-Naveh et al., 2019 ; Badoud et al., 2016 ; Fonagy & Luyten, 2009 ; Gori et al., 2021 ; Luyten et al., 2009). De bonnes capacités de mentalisation dépendraient donc du niveau de compétence dans chacune de ces dimensions, en plus de la flexibilité de l'individu à s'articuler à travers ces dimensions (Gori et al., 2021). À l'inverse, une personne rencontrant des difficultés dans l'une ou plusieurs de ces dimensions vient perturber le concept dynamique de la mentalisation, et donc, peut l'amener à des interprétations erronées ou rigides des états mentaux d'autrui ou de soi (Aival-Naveh et al., 2019 ; Badoud et al., 2016 ; Fonagy & Luyten, 2009 ; Gori et al., 2021). Cette théorie est intéressante, tout particulièrement en ce qui concerne la parentalité en contexte de prématurité. En outre, l'interaction entre les parents et l'enfant dépend en grande partie de la façon dont les parents composent avec leurs états mentaux et de leur compréhension des états mentaux de leur enfant, alors que les parents sont aux prises avec de fortes émotions, et que la prématurité fait en sorte que les états mentaux, les sensations et les besoins de l'enfant sont plus difficiles à décoder (Endendijk, Bos, Smit et van Baar, 2020) ; Yaniv et al., 2021).

Mentalisation parentale

Un type spécifique de mentalisation est la mentalisation parentale. Elle est définie comme étant la manifestation de cette capacité interpersonnelle présentée précédemment dans le contexte particulier de la parentalité (Sharp & Fonagy, 2008 ; Slade et al., 2005 ; Yatziv, Gueron-Sela et al., 2018). Ce concept est de plus en plus étudié depuis les deux dernières décennies. Plus précisément, la mentalisation parentale est la capacité des parents à comprendre les états mentaux de l'enfant, ainsi que de leurs interactions avec l'enfant, tout en y intégrant les dimensions abordées précédemment (Aival-Naveh et al., 2019 ; Gergely et al., 2002 ; Gori et al., 2021 ; Slade et al., 2005). Ce concept serait d'ailleurs déterminant dans la transmission intergénérationnelle de l'attachement (Gergely et al., 2002 ; Slade et al., 2005). Il est démontré que ce concept fait référence aux capacités des parents à comprendre leur rôle de parent, à comprendre leurs propres états mentaux et à comprendre les états mentaux de leur enfant, pour être en mesure de créer une expérience confortable, agréable et sécuritaire, dans le but d'optimiser son développement (Gergely et al., 2002 ; Slade et al., 2005). Il est d'ailleurs suggéré que de bonnes capacités de mentalisation parentale atténueraient des problématiques liées aux troubles de développement au cours de l'enfance (Hughes et al., 2017).

Biofeedback social

Un autre concept pertinent associé à la mentalisation parentale est le biofeedback social. Il met de l'avant une boucle d'interactions se définissant par quatre étapes (Debbané et al., 2021). La première étape de cette boucle est l'expression du bébé, à savoir

son ressenti affectif. A-t-il froid ; a-t-il faim ; est-il fatigué ? Il est difficile, vu le stade développemental du bébé, de parler d'une véritable émotion pour quelque chose qui est davantage un état de dysrégulation physiologique (Debbané et al., 2021). La seconde étape de cette boucle est lorsque le parent va porter toute son attention à tenter de comprendre l'expression du bébé. Il va considérer cette communication comme si elle était volontairement adressée à lui pour y répondre. La troisième étape est lorsque le parent reflète au bébé ce qu'il a compris de son état émotionnel. Il va, par des gestes et des comportements, refléter cet état à l'enfant ; ce que l'on appelle aussi le *mirroring parental*. La boucle se termine par la dernière étape qui est caractérisée par le retour à un état d'apaisement chez l'enfant (Debbané et al., 2021). Ce concept est pertinent pour la mentalisation parentale et l'apprentissage de la mentalisation chez l'enfant (Gergely et al., 2002). En effet, les capacités de mentalisation des parents seraient déterminantes dans cette boucle interactionnelle, puisqu'elles orienteraient les interactions sociales avec l'enfant, en plus de l'accompagner dans l'apprentissage de ses propres émotions dès la première année de vie (Debbané et al., 2021). À partir de ces quatre étapes du biofeedback social, il est donc possible d'observer les capacités de mentalisation d'un parent en interaction avec son enfant. À notre connaissance, ce concept n'a toutefois pas encore été évalué ou observé dans le cadre de la relation parent-enfant prématuré.

Deux façons sont généralement prises pour mesurer et observer la mentalisation parentale en contexte de recherche scientifique. La première consiste à mesurer les représentations mentales des parents à travers leur discours ou encore à travers leurs

réponses spontanées au sujet de leur relation avec leur enfant (Schiborr et al., 2013 ; Sharp & Fonagy, 2008 ; Yatziv, Gueron-Sela et al., 2018 ; Zeegers et al., 2017). La deuxième façon consiste à observer les interactions parent-enfant dans l'exploration des signaux de l'enfant en contexte de jeu ou d'une tâche nécessitant une interaction (Schiborr et al., 2013 ; Sharp & Fonagy, 2008 ; Yatziv, Gueron-Sela et al., 2018 ; Zeegers et al., 2017). Nous remarquons que plusieurs recherches ont pu découvrir une relation positive entre de bonnes capacités de mentalisation parentale chez les mères et le développement du langage, le développement des fonctions exécutives et la préparation préscolaire chez l'enfant (Bernier et al., 2012, 2017 ; Devine & Hughes, 2018 ; Kirk et al., 2015 ; Meins et al., 2003). Dans le cadre de cette étude doctorale, la seconde option a été choisie, à savoir l'observation d'interactions parent-enfant, pour répondre à notre seconde question qui est de mieux comprendre le rôle de la mentalisation parentale au retour à la maison. Ces observations seront détaillées dans la section expliquant la méthodologie de cette étude.

Impacts du stress sur le fonctionnement cognitif et la mentalisation

Certains écrits scientifiques abordent la mentalisation pour démontrer son effet positif sur la relation parent-enfant lorsque ces parents ont des comportements sensibles aux besoins de leur enfant (Camoirano, 2017 ; Slade et al., 2005 ; Zeegers et al., 2017). Cependant, nous remarquons que dans certaines études, le stress et les événements de vie difficiles interfèrent avec la mentalisation ; ce qui peut complexifier la compréhension adéquate des besoins de l'enfant, puisque les parents seraient plus réactifs dans leurs émotions et auraient davantage de difficultés à prodiguer une réponse adaptée à l'enfant

(Deater-Deckard, 2005 ; Gergely et al., 2002 ; Meins, 2013 ; Urfer et al., 2015). Ces études concluent que de faibles capacités de mentalisation chez les parents sont représentées par des parents ayant de la difficulté à anticiper et à répondre aux besoins de l'enfant lors d'une situation stressante, car ils ne seraient pas en mesure de prendre du recul par rapport à leur propre expérience. Cela risquerait d'interférer avec la boucle interactionnelle abordée précédemment (Fonagy et al., 1991 ; Slade, 2007 ; Slade et al., 2005). Il est donc pertinent de s'interroger sur ce concept, spécifiquement pour la parentalité en contexte de prématurité, comme nous en savons peu sur les impacts de l'hospitalisation de l'enfant pour ces parents, et nous en savons encore moins sur leurs perceptions de leur expérience de la parentalité au retour à la maison.

Naissance prématurée et impact sur la mentalisation parentale

Nous avons remarqué le nombre étonnamment restreint d'auteurs qui se sont intéressés au concept de mentalisation parentale en contexte de prématurité, particulièrement après une période d'hospitalisation et au retour à la maison. Malgré tout, il a été démontré qu'une relation significative est observée entre la présence de traumas complexes et un niveau de mentalisation parentale plus faible (Yatziv, Gueron-Sela et al., 2018). Ces mêmes auteurs ont amené l'idée que les capacités de mentalisation seraient affectées par la présence de stressseurs au quotidien à l'intérieur du foyer familial et par un plus faible degré de sensibilité parentale envers l'enfant (Yatziv, Gueron-Sela et al., 2018). Aussi, les relations entre les parents influenceraient la compréhension adéquate des besoins de l'enfant et le développement d'une relation positive avec ce dernier. Des

chercheurs ont comparé le concept de mentalisation chez des parents d'enfants à terme et de parents d'un enfant prématuré. Ils ont démontré qu'il n'y a pas de différence significative entre les capacités de mentalisation chez les mères. Par contre, en contexte de stress importants liés à la prématurité, les auteurs ont remarqué que les pères mentaliseraient beaucoup moins que les mères (Ruiz et al., 2020). Ils rapportent aussi que les raisons des inquiétudes varient entre les pères et les mères. Le développement de l'enfant prédominerait chez les mères, alors que les pères s'inquiéteraient davantage de l'équilibre difficile entre la famille et le travail avant le développement de l'enfant (Ruiz et al., 2020).

D'après ces études, les mères qui présentent une plus grande curiosité à tenter de comprendre les états mentaux de leur enfant présenteraient aussi de meilleures capacités de mentalisation parentale en plus d'être plus sensibles aux changements d'humeur de leur enfant (Yatziv, Kessler et al., 2018). Un autre point intéressant de cette recherche est que les mères qui mentaliseraient davantage ont des enfants prématurés décrits comme étant plus difficiles en termes de caractère. Les auteurs suggèrent que ces mères auraient des capacités d'adaptation plus grandes pour être en mesure de remarquer les changements d'humeur de l'enfant et que celles-ci réguleraient davantage leurs émotions en situation de stress et lors des interactions parent-enfant pour s'adapter aux signaux de l'enfant (Yatziv, Kessler et al., 2018). Ces résultats exploratoires nous font prendre conscience que le concept de mentalisation parentale vaut la peine d'être exploré dans le but de mieux

comprendre son impact potentiel sur l'établissement de la relation parent-enfant prématuré, et, ultimement, être en mesure d'aider adéquatement ces familles.

Nous supposons que la mentalisation est un concept important dans l'expérience de la parentalité. Cependant, il n'est certainement pas la seule caractéristique qui détermine un sain développement de la relation parent-enfant. La ligne est mince entre la théorie de l'esprit, l'empathie, l'adaptation des parents, la résilience et la sensibilité parentale. Il est tout de même intéressant de s'intéresser davantage au concept de mentalisation parentale, puisqu'il englobe des particularités de chacun de ces concepts en recherche. Nous trouvons important de pousser plus loin la compréhension de ce concept encore trop peu exploré pour la prématurité de la parentalité en plus de s'intéresser aux perceptions de l'expérience parentale, tout particulièrement pour la parentalité au Québec. La mentalisation est-elle une composante protectrice pour ces parents qui ont vécu une expérience marquante dès la naissance de l'enfant ou, au contraire, la mentalisation fait en sorte que les parents sont plus à risque de se sentir submergés émotionnellement dû à leur vécu expérientiel jumelé au vécu de l'enfant ?

Deuxième théorie majeure de l'étude doctorale : théorie et cadre conceptuel écosystémiques de la parentalité

À la lecture des différents écrits scientifiques abordés jusqu'à maintenant, nous pouvons affirmer qu'une multitude de facteurs peuvent influencer le vécu de ces parents. Nous en comprenons que la mentalisation parentale peut être un concept intéressant impliqué dans l'adaptation des parents, particulièrement lors de situations stressantes

comme une naissance prématurée. Cependant, il nous paraît aussi important d'aborder le contexte de vie des parents et son influence dans la perception de leur vécu expérientiel. En effet, les caractéristiques des parents, celles de l'enfant, en plus des caractéristiques sociales et contextuelles dans le quotidien des parents, nous amènent à voir la parentalité comme étant un concept multidimensionnel, tout comme le concept de mentalisation (Lacharité et al., 2015).

La théorie proposée par Lacharité et al. (2015) est inspirée des travaux écosystémiques de Bronfenbrenner (1979, 1996, 2001, 2005; Bronfenbrenner & Ceci, 1994). Elle décrit la parentalité sous un angle dynamique et multifactoriel, en incluant différents facteurs d'influence comme l'histoire parentale, les caractéristiques du parent et de l'enfant, le soutien social, la relation conjugale et les connaissances du développement de l'enfant chez le parent. Ces facteurs sont présentés en interrelation comme ceux-ci peuvent aussi s'influencer entre eux (Lacharité et al., 2015). De plus, les auteurs ont ajouté des facteurs indirects en périphérie de leur modèle central. Ces facteurs indirects font partie d'une plus grande catégorie appelée le contexte de vie. Le contexte de vie englobe des éléments tels que l'environnement physique du parent, les discours ambiants ou encore les conditions culturelles (Lacharité et al., 2015). Ces facteurs sont présents comme ils exercent une influence indirecte sur la parentalité. Ceux-ci sont en interaction constante avec les facteurs voisinant le cœur du modèle, soit la parentalité, notamment pour ce qui a trait à l'histoire de vie ou la qualité du soutien social par exemple. Ce type de modèle fait prendre conscience de la complexité de ce qu'est la parentalité et

de ces multiples influences. Ce modèle, jumelé au concept de mentalisation parentale, est innovateur, puisque cela permet un regard à la fois sur le vécu interne de ces parents, tout en prenant en compte la dynamique familiale qui vient moduler l'expérience parentale.

Expérience parentale perçue comme un phénomène social

La parentalité peut être perçue comme un construit social où règnent souvent des règles sociales non écrites qui peuvent amener les parents à vouloir atteindre un idéal familial. Dans la famille traditionnelle, la survie du groupe reposait sur l'obéissance des individus, aux règles de la résidence et aux liens familiaux (Hefez, 2004). Les règles familiales permettaient une correspondance entre l'organisation de la famille et celle de la société (Hefez, 2004). Aujourd'hui, contrairement à certaines idées préconçues, la figure paternelle ne s'est pas effacée parce que les hommes sont moins virils par exemple, mais parce que le cadre social a changé, de même que les liens familiaux entre un père, une mère et un enfant. On voit apparaître une dimension affective, à travers ce cadre manifeste de la famille traditionnelle, en raison de nos connaissances plus approfondies, mais aussi par de nouvelles réalités familiales beaucoup plus dynamiques (Hefez, 2004 ; Lacharité et al., 2015). Pourtant, nous remarquons qu'une pression importante est mise sur les épaules de ces parents encore à ce jour. Plusieurs constats sont ressortis des milieux cliniques concernant l'expérience parentale avec un enfant prématuré (Martínez-Shaw et al., 2022 ; Ochandorena-Acha et al., 2022). La recherche constante d'équilibre, les efforts et l'engagement dans la réussite familiale à l'intérieur du foyer familial, les différentes étapes et transitions majeures du développement de l'enfant, le rapport ambivalent entre

l'autonomie parentale et les professionnels de la santé qui les accompagnent sont des exemples (Lacharité et al., 2016). Pourtant, ces constats sont peu abordés dans les écrits scientifiques. Chaque foyer familial a son propre système de fonctionnement, ses connaissances et un savoir-faire propre à elle (Hefez, 2004). Nous savons que la prématurité apporte son lot d'imprévus et oblige ces parents à ajuster rapidement leur idéalisation du milieu familial à cette nouvelle réalité avec un enfant prématuré ; d'où notre intérêt à rencontrer ces parents directement dans leur milieu de vie, et au moment où ils découvrent leur parentalité.

De notre perception, il peut être difficile de perdre ses repères à travers les idéalisation familiales de la société, les complications médicales liées à la prématurité de l'enfant, mais aussi à travers l'appropriation hâtive, voire prématurée, de son rôle parental. De là, nous voyons le concept de mentalisation parentale comme étant fort pertinent pour la compréhension de cette nouvelle réalité familiale, mais aussi dans la perception des parents par rapport à l'expérience de l'enfant. Comment entrent-ils en communication avec ce dernier ? Comment les contacts affectifs entre le parent et son enfant sont-ils perçus lors de cette nouvelle étape de vie qu'est le retour à la maison après une période hospitalière ? Comment ces parents perçoivent-ils les défis de la parentalité en contexte de prématurité ? Tant de questions qui nous permettront de mieux comprendre cet aspect d'un monde sans réelles balises prédéfinies qu'est la parentalité perçue par des parents en contexte de prématurité.

Objectifs de recherche

Deux objectifs majeurs ont été choisis pour cette étude doctorale. Le premier objectif de cette étude est de mieux comprendre le vécu des parents en décrivant les principaux défis rencontrés avec leur enfant au retour à la maison, sous les dimensions affective et communicationnelle. Le second objectif est de mieux comprendre le rôle de la mentalisation parentale au sein de la parentalité en contexte de prématurité au retour à la maison.

Méthode

Cette troisième partie présentera les choix méthodologiques de cette étude doctorale pour l'atteinte des objectifs fixés. Dans un premier temps, le devis de recherche et les fondements épistémologiques seront décrits. Dans un deuxième temps, le milieu où se déroule l'étude, les participants ainsi que le déroulement du recrutement seront présentés. Dans un troisième temps, les méthodes de la collecte de données et l'analyse des données seront expliquées. La description des critères de scientificité et des considérations éthiques de cette étude doctorale clora cette section.

Devis de recherche et fondements épistémologiques

Un devis de recherche qualitatif inspiré de l'ethnographie a été choisi dans le but de mieux comprendre la perception des participants concernant leur relation parent-enfant ainsi que d'explorer les défis de la dimension affective et la dimension communicationnelle avec leur enfant depuis son retour à la maison. De plus, ce devis nous permet d'explorer le concept de mentalisation parentale sous un angle qualitatif, en incluant des observations dans les milieux familiaux, à savoir les maisons des participants à l'étude.

Dans le but de mieux comprendre l'expérience des parents en contexte de prématurité au retour à la maison, un devis de recherche qualitatif qui met en lumière les discours subjectifs des participants a été choisi. De ce fait, nous avons opté pour un devis de

recherche inspiré de l'ethnographie. L'ethnographie se définit comme étant l'étude de l'homme dans son entier, soit dans toutes les sociétés, sous toutes les latitudes, dans tous ses états ainsi qu'à toutes les époques (Laplantine & Singly, 2005). Celle-ci a comme objectif d'observer des comportements sociaux particuliers à partir de relations humaines ainsi que de se familiariser avec des groupes sociaux que l'on souhaite comprendre en partageant leur mode de vie (Laplantine & Singly, 2005). Un devis de recherche ethnographique facilite la compréhension des actions produites, des ressentis des participants, des croyances, des valeurs, des représentations des femmes et des hommes, ainsi que l'effleurement des modèles descriptifs de l'expérience des participants (Gallagher, 2004). Ce devis de recherche permet de décrire en profondeur un phénomène social tout en s'appuyant sur des observations sur le terrain (Guiart et al., 2009). L'étude qualitative ethnographique s'avère adéquate pour mieux comprendre une expérience peu documentée à ce jour (Gallagher, 2004 ; LeCompte & Schensul, 1999).

La présente étude est différente des recherches ethnographiques traditionnelles, car le but n'est pas de décrire la culture d'un groupe précis, mais bien de décrire l'expérience affective et communicationnelle de femmes et d'hommes ayant vécu une expérience semblable, soit être parent d'un enfant prématuré à son retour à la maison. De ce fait, elle se rapproche davantage de l'ethnographie ciblée (Morse, 1991). Il a donc été décidé de préserver le terme « recherche inspirée de l'ethnographie » comme cela décrit plus précisément le regard porté sur ce phénomène social qu'est la parentalité en contexte de prématurité.

La recherche ethnographique peut se décrire sous différentes perspectives. Il est possible d'étudier une culture dans son ensemble, soit d'une manière globale. Dans ce cas-ci, on utilisera le terme « macroethnographie » (Polit et al., 2007). Étudier la culture d'un groupe ethnique dans son entièreté en serait un exemple. Il est aussi possible d'analyser un groupe d'individus de façon plus pointue. Ce type de recherche se nomme « microethnographie » (Polit et al., 2007). Ce terme signifie que le chercheur fera une étude complète et détaillée de petites unités à l'intérieur même d'une culture (Polit et al., 2007). Dans le cadre de cette étude doctorale, l'objectif est d'étudier un petit groupe de participants, soit des parents d'un enfant prématuré à l'intérieur même d'une plus grande culture, les parents québécois. Plus précisément, il sera question des perceptions des composantes affectives et communicationnelles entre les parents et l'enfant prématuré au retour de l'enfant à la maison familiale. Ce même groupe fait partie d'une population plus large, les parents québécois ayant un enfant de 13 mois et moins à la maison.

De même, l'ethnographie est définie généralement comme étant l'étude des comportements humains dans son milieu naturel (Boyle, 1994 ; Garfinkel, 2001 ; Laplantine & Singly, 2005 ; Mirhosseini, 2007 ; Sharman, 2007). Bien que l'observation soit une caractéristique importante de l'ethnographie, l'intégration complète, telle que décrite par les auteurs en ethnographie, nécessiterait, par exemple, d'observer les participants sur une longue période dans leur maison familiale et de comprendre, par ses observations, ce que les participants peuvent ressentir, à quel moment, et pour quelle raison ils interagissent de telle ou telle façon avec leur enfant. Ce choix méthodologique

serait très coûteux et difficilement réalisable dans le cadre d'une recherche doctorale. Il a donc été décidé d'inclure des observations dans les maisons des participants avec leur accord, au moment des entretiens. Ces observations ont permis de bonifier l'analyse des verbatim avec les participants, mais ne représentent pas le cœur de la recherche, comme nous pourrions le voir dans une recherche ethnographique traditionnelle. Cette recherche étudie l'expérience des participants au moment où ceux-ci le vivent en plus de produire l'ensemble des entretiens à la maison des participants. Tous les enfants des participants étaient présents lors de l'entretien. Il a donc été possible d'observer les interactions des participants avec leur enfant avant, durant et après la période d'entretien avec les parents. Ces observations ont permis un regard sur le concept de mentalisation parentale, comme il était possible d'avoir un accès privilégié aux interactions entre les parents et leur enfant.

Enfin, l'orientation méthodologique de la présente étude s'apparente aussi à l'ethnographie. Dans un premier temps, cette étude appréhende l'expérience des parents d'un enfant prématuré à partir des points de vue émique et étique (Boyle, 1994 ; LeCompte & Schensul, 1999 ; Polit et al., 2007). Le point de vue émique se définit comme étant la manière dont les membres d'une culture perçoivent leur monde. Le chercheur tente donc d'obtenir une vision de l'intérieur d'une culture donnée (Polit et al., 2007). L'étude adopte une perspective émique par l'attention portée sur la compréhension des mères et des pères concernant les dimensions affective et communicationnelle dans la relation avec leur enfant, notamment la manière d'expliquer le mieux possible leur expérience personnelle, ce qu'ils considèrent comme étant plus important pour eux et pour leur enfant, ainsi que

la perception de leur propre ressenti émotionnel et le ressenti émotionnel de leur enfant. La perspective étique réfère à celle de l'étudiante, soit à notre conceptualisation et à notre explication scientifique de l'expérience relationnelle des parents à l'étude (Gallagher, 2004). Celle-ci se définit comment étant la vision de l'expérience d'un groupe culturel. Il s'agit d'une vision provenant de l'extérieur (Polit et al., 2007). L'ajout du concept de mentalisation parentale s'inscrit aussi dans cette perspective, puisque l'observation de ce concept se fait à travers notre regard de chercheuse lors des périodes d'interaction parent-enfant et lors des entretiens. Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes positionnés selon la perspective étique dans le but de mieux comprendre les comportements sociaux d'un groupe de parents précis, les parents d'un enfant prématuré dans la première année de vie de celui-ci. L'intention derrière est de faire ressortir les connaissances tacites, soit l'information implicite ou les non-dits dans les comportements liés à la parentalité de ce groupe d'individus (Polit et al., 2007).

Milieu de l'étude

Le milieu choisi pour l'étude est la maison des participants qui résident dans plusieurs régions administratives de la province de Québec. Nous souhaitons garder les participants dans un environnement connu. Pour ce faire, il a été proposé aux participants de se rendre à leur domicile pour la suite des entretiens. Toutefois, si l'entretien à la maison n'était pas accueilli favorablement par les participants, ils avaient la possibilité de faire la rencontre dans un local privé de l'UQTR, au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille (CEIDF). Des locaux aménagés dans le but

de recevoir les participants étaient disponibles au besoin. Cette deuxième option n'a pas été utilisée pour la recherche, car tous les participants ont demandé à être rencontrés à la maison et en présence de l'enfant.

Échantillonnage

Pour cette section, l'échantillon théorique, la taille de l'échantillon, les critères d'admissibilité ainsi que le processus de recrutement des participants seront décrits.

Échantillonnage théorique

Une caractéristique importante des études qualitatives est l'échantillonnage théorique, à savoir l'échantillon visé ou idéal par le chercheur (Paillé & Mucchielli, 2021). Le choix de participants se fait en fonction de la pertinence théorique qu'ils apportent au sujet à l'étude, plutôt que de représenter une population à l'étude comme il est possible de le voir dans des recherches de nature quantitative (Paillé & Mucchielli, 2021 ; Strauss & Corbin, 1998). Un terrain à l'étude est donc choisi en fonction du phénomène à l'étude pour ensuite déterminer les critères de sélection des participants. Cet échantillon théorique est représenté par des participants ayant des caractéristiques semblables. Dans le cas de la présente étude, il s'agit des parents d'un enfant prématuré après un congé hospitalier, mais tout en venant de milieux socioéconomiques et de régions différentes afin de découvrir des variations conceptuelles (Martel, 2013 ; Strauss & Corbin, 1998).

Dans la présente étude, l'échantillonnage théorique se compose autant de mères que de pères qui sont parents d'un enfant prématuré et qui ont eu leur congé hospitalier. Les parents sollicités pour cette étude sont des parents biologiques d'un enfant né prématurément, issu d'une grossesse se situant entre la 28^e et la 36^e semaine de grossesse. Les parents d'un enfant considéré comme étant un très grand prématuré, né entre la 24^e et la 27^e (et 6 jours) semaine de grossesse, étaient exclus de l'étude, puisque ceux-ci étaient plus à risque de présenter des besoins médicaux beaucoup plus sévères, même à leur retour à la maison. Les parents visés devaient avoir obtenu leur congé de l'hôpital et être revenus à la résidence familiale depuis au moins un mois. Le délai d'un mois a été choisi pour laisser le temps aux parents et à l'enfant de développer une routine à la maison et d'éviter que les entretiens ne soient uniquement dirigés vers la période hospitalière.

Taille de l'échantillon

Une étude qualitative de nature ethnographique permet d'examiner l'expérience des participants dans un nombre restreint d'individus (Atkinson & Hammersley, 1994). La taille de l'échantillon ($n = 27$) et le nombre de thèmes à aborder lors de l'entretien, dans le cadre de cette étude, correspondent aux standards proposés par Morse (1991). L'accent a été mis sur la quantité d'informations recueillies lors des rencontres dans le but de présenter un portrait qui représente bien le discours des participants et leurs perceptions face à leur vécu émotionnel, plutôt que sur un grand nombre de participants où ce type d'entretien semi-dirigé serait difficilement réalisable (Morse, 1991).

Critères d'admissibilité à l'étude

Pour être admissibles à l'étude, les participants devaient satisfaire à certains critères précis. Les parents devaient être âgés de 18 ans et plus et vivre une première expérience de prématurité afin d'éviter des biais reliés à des expériences antérieures. L'enfant ne devait pas présenter d'anomalies congénitales, de complications médicales sérieuses ou de danger de mort imminente au moment de l'étude, et devait être revenu à la maison depuis au moins un mois. Ces critères ont été choisis afin de ne pas ajouter des défis supplémentaires qui auraient pu teinter l'expérience affective et communicationnelle de ces parents. L'enfant devait être âgé entre 3 et 12 mois d'âge réel. L'âge corrigé a été utilisé pour connaître l'âge gestationnel de l'enfant au moment de la naissance. Pour éviter que le discours des parents ne soit trop centré sur la période hospitalière, une période particulièrement marquante pour eux (Al Maghaireh et al., 2016), il a été décidé de rencontrer les parents à l'intérieur d'une année après la naissance de l'enfant. Nous voulions que les participants aient le temps de prendre du recul à propos de la période hospitalière et être en mesure d'appivoiser le quotidien avec leur enfant à la maison, sachant que le temps d'hospitalisation varie grandement d'un enfant à l'autre. Un minimum de 3 mois et un maximum de 12 mois pour l'âge réel de l'enfant semblaient réalistes et atteignables dans le cadre d'une étude doctorale. Finalement, les participants devaient être en mesure de s'exprimer oralement en français ou en anglais.

Participants à l'étude

L'échantillon est composé de 15 mères et de 12 pères, tous parents d'un enfant prématuré et qui a eu leur congé hospitalier depuis au moins un mois. Ils sont tous des parents biologiques d'un enfant issu d'une grossesse se situant entre 28 et 36 semaines de grossesse. À noter que quatre parents ont été recrutés lorsque l'enfant était âgé de 12 mois, mais dû à la gestion du temps des participants et de l'étudiante, il n'a été possible de les rencontrer que lorsque l'enfant avait 13 mois. Nous avons fait le choix d'inclure ces parents dans l'étude. Une participante a abandonné la recherche, car l'enfant a été hospitalisé pour une période indéterminée la veille de la rencontre.

Recrutement

Initialement, le mode de recrutement choisi était de rencontrer les parents lors des périodes de vaccination du *synagis*, un vaccin qui vise à prévenir les infections au virus respiratoire syncytial (VRS) chez les enfants prématurés et avec des besoins particuliers (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2016). Cependant, cela venait avec une contrainte, à savoir attendre les périodes de vaccination débutant en fin novembre 2018. Une annonce sur les réseaux sociaux a été créée, notamment sur le groupe Facebook de parents d'un enfant prématuré au Québec, pour sonder l'intérêt de parents potentiels. Les participants ont donc été recrutés parmi la clientèle du CIUSSS MCQ lors des périodes de vaccination dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec ainsi que sur les réseaux sociaux avec une annonce sur la page des parents d'un enfant prématuré au Québec (voir Appendices A et B).

Le premier élément qui a été une surprise dans cette recherche est la popularité du recrutement au niveau des réseaux sociaux. L'annonce a été partagée à plus d'une soixantaine de reprises. L'engouement était tel que nous avons dû retirer l'annonce après 24 h pour être en mesure de réaliser un recrutement sur les sites du CIUSSS MCQ tel que proposé au comité éthique. Près de 67 % des participants à l'étude ont été recrutés avec les réseaux sociaux en 24 h. Deux principaux constats sont ressortis de cette expérience de recrutement. Le premier est que les réseaux sociaux sont un média intéressant et accessible aux parents, même dans un contexte de recherche. Il est évident que nous avons dû discuter personnellement avec toutes les personnes intéressées pour nous assurer de leur compréhension du projet et qu'ils respectent les critères de recrutement de ce projet, entre autres en ce qui concerne l'âge de l'enfant, le nombre de semaines de grossesse au moment de l'accouchement ainsi que de nous assurer que les parents résidaient au Québec. À cet effet, 47 participants potentiels ont manifesté leur intérêt via les médias sociaux, mais ne satisfaisaient pas les critères d'éligibilité (l'enfant était né à moins de 28 semaines de grossesse, l'enfant avait plus de 13 mois lors du contact téléphonique avec l'étudiante ou les participants potentiels ne résidaient pas au Québec). Malgré tout, cela a permis d'élargir le recrutement sur une plus grande distance, en rencontrant des parents dans sept régions administratives distinctives. Il a été possible d'explorer les particularités des expériences de ces parents selon leur région administrative en comparant notamment l'expérience des parents en milieu rural et en milieu urbain.

Le second constat est que les parents ont un grand besoin de partager leur expérience de la prématurité, et ce projet de recherche était une occasion d'en discuter et d'être écouté. Cela démontre que la prématurité est une expérience marquante pour les parents et encore à ce jour, il peut être difficile de trouver un endroit pour explorer ce vécu. Le choix d'une étude exploratoire et qualitative a permis aux parents d'élargir la discussion lors des entretiens pour aborder des sujets non prévus lors de la création du canevas d'entretien. Comme nous le verrons dans les prochains paragraphes, cela a entraîné des répercussions importantes sur la schématisation de thèmes majeurs dans cette étude. Enfin, il est important de mentionner que le premier moyen de recrutement, soit lors des cliniques de vaccination, a contribué à 33 % des participants.

Déroulement du recrutement

Pour les parents qui ont été recrutés lors des cliniques de vaccination, l'étude était expliquée aux parents lors de la période d'attente durant la vaccination des enfants. Les parents intéressés par la participation à la recherche ont pu signer un formulaire de consentement permettant de divulguer leur nom et leur numéro de téléphone à l'étudiante. Les détails de ce formulaire seront présentés dans la section Considérations éthiques. Il était possible de contacter, par la suite, les participants potentiels dans le but de présenter l'étude ainsi que de répondre à leurs questions. Le recrutement a eu lieu entre le 2 novembre 2018 et le 5 décembre 2018.

Pour les participants qui ont été recrutés par les réseaux sociaux, ceux-ci ont pu faire part de leur intérêt à participer en commentaire de la publication ou par message privé. Un message privé leur était envoyé avec une description plus détaillée ainsi que la fiche explicative du projet en pièce jointe. Nous débutions une conversation privée si ces derniers avaient montré de l'intérêt en commentaire, et nous répondions à leurs messages privés si les participants avaient choisi cette option pour communiquer leur intérêt pour le projet. Si ceux-ci désiraient toujours participer à la recherche après une description plus précise de l'étude, leurs coordonnées étaient demandées, toujours en conversation privée. De là, il était possible de prendre rendez-vous pour une rencontre à leur résidence, soit par conversation privée ou par téléphone, selon la préférence des participants potentiels. Ceux-ci ont été avisés à plusieurs reprises qu'il était possible de se retirer en tout temps de l'étude sans que cela leur cause un quelconque préjudice, notamment lors du premier contact en message privé, puis au téléphone pour ceux qui préféraient discuter par téléphone et avant de débiter la rencontre en personne à leur maison. Un appel de confirmation a été fait la veille des rencontres pour nous assurer de l'intérêt des participants et de leur disponibilité pour la rencontre à venir. Nous poursuivrons cette section avec la collecte de données.

Collecte de données

La présente section permettra d'apporter des précisions sur l'entretien de recherche d'inspiration ethnographique et les périodes d'observation chez les participants. Par la suite, les outils de collecte de données seront décrits, notamment le guide d'entretien, le *Questionnaire de données personnelles et sociodémographiques* ainsi que le journal de bord qui inclut l'annotation des observations.

Entretiens avec les parents

L'entretien individuel semi-dirigé est la méthode de recherche la plus utilisée en recherches sociales (Denzin & Lincoln, 2011). Cette méthode permet une interaction sociale immédiate avec les participants. Ce type de méthode de recherche permet de recueillir de l'information venant du participant, ainsi que des données observatoires en lien avec l'environnement social du participant (Paillé et Mucchielli, 2021). Dans le cadre de cette étude doctorale, les entretiens ont eu lieu à la maison des parents, combinés aux observations de leur environnement. Les entretiens ont permis de recueillir des données précieuses, mais les observations sur le terrain sont venues bonifier ces entretiens, en ajoutant des données non verbales lors des moments d'interactions sociales avec leur enfant. L'entretien présente une plus grande complexité et il permet un plus grand nombre de détails, car le chercheur est présent au moment même du discours (Denzin & Lincoln, 2011). Cela lui permet donc de percevoir les subtilités dans le ton de la voix de l'individu, la gestuelle du participant ainsi que les silences présents lors de l'entretien.

L'entretien individuel semi-dirigé s'est fait avec l'aide d'un guide d'entretien qui sera présenté ultérieurement dans ce présent chapitre.

Inspiration ethnographique pour les entretiens de cette étude

L'entretien d'inspiration ethnographique tente de découvrir les actions posées des participants, leur perception de leur vécu émotif, les événements ainsi que le contexte associé au phénomène à l'étude ; le but étant de recueillir le discours des participants tout en lui laissant une liberté d'expression dans les sujets qui seront abordés. Les entretiens semi-dirigés d'inspiration ethnographique ont été réalisés à l'aide du guide d'entretien, soit un outil conçu pour l'étude. Ce type d'entretien se distingue par sa nature ouverte et par une structure adaptative, tant pour l'intervieweur que pour l'interviewé (Gallagher, 2004 ; Hammersley & Atkinson, 2007). Ce type d'entretien se caractérise par sa flexibilité, puisqu'il est possible d'ajouter des questions potentielles afin d'approfondir les réponses des participants (Gallagher, 2004 ; Heyl, 2001 ; Ortiz, 2003 ; Spradley, 2016). Chaque entretien est donc unique à chacun des participants.

Outils de collecte des données

La présente section concernera les outils de collecte de données. Il y a trois outils utilisés, à savoir : (1) le guide d'entretien ; (2) le *Questionnaire de données personnelles et sociodémographiques* ; ainsi que (3) le journal de bord. Chacun sera détaillé plus en détail.

Guide d'entretien

La détermination du contenu des entretiens s'appuie sur une démarche précise. Telle qu'il a été proposé par plusieurs auteurs, la création du guide des entretiens est inspirée des écrits pertinents et des objectifs à l'étude (Charmillot & Dayer, 2007 ; Gallagher, 2004 ; LeCompte & Schensul, 1999 ; Spradley, 1979). Nous avons pris soin d'échanger avec les membres du comité de thèse, puisque ceux-ci sont des professionnels de la santé (psychologues et infirmière) et chercheurs auprès des familles québécoises. Cela a permis de cerner les thèmes les plus adaptés aux questions de recherche et pertinentes pour la population à l'étude. Plusieurs versions du guide d'entretien ont été créées avant d'arriver à un consensus (voir Appendice C). À noter que le guide d'entretien n'a pas été modifié au fil des rencontres, puisqu'il ne comprend pas de questions précises, mais bien des thèmes à discuter avec les participants. Pour faciliter la compréhension des thèmes, des sous-questions possibles ont été ajoutées, mais celles-ci sont à titre indicatif (voir Tableau 1). Comme la présente étude se concentrait sur la période du retour à la maison des participants avec leur enfant, le guide d'entretien ne comprenait pas de références à l'accouchement de l'enfant de façon prématurée. Il comprenait des thèmes sur la relation affective et communicationnelle des parents avec l'enfant lors de leur retour à la maison.

Thèmes du guide d'entretien

Pour le guide d'entretien, quatre thèmes ont été choisis. Ceux-ci sont : la perception de l'enfant, les dimensions affective et communicationnelle dans la relation parent-enfant

de même qu'un regard sur la prématurité. Pour chaque thème, nous débutons par une question ouverte et large : « Je voudrais commencer en vous demandant de me parler de votre enfant » ; « J'aimerais que vous me racontiez un moment marquant où vous avez ressenti des émotions fortes dans le cadre de la relation avec votre enfant depuis votre retour à la maison » ; « J'aimerais que vous me racontiez comment se passent les interactions sociales entre vous et votre enfant depuis votre retour à la maison » et finalement, « Selon vous, quelles sont les répercussions de la prématurité sur votre rôle de parent depuis votre retour à la maison ? ».

Le tableau suivant présentera une répartition d'exemples des thèmes et des sous-questions possibles du guide d'entretien. Il sera possible de lire les thèmes choisis dans la colonne de gauche et des exemples de questions d'après le thème choisi dans la colonne de droite.

Tableau 1

Répartition d'exemples des thèmes et des sous-questions possibles dans le guide d'entretien

Thème lors de l'entretien avec les participants	Introduction du thème et sous-question potentielle
La perception de l'enfant	<p><i>Je voudrais commencer en vous demandant de me parler de votre enfant.</i></p> <p><i>Sous-questions potentielles : « Qu'appéciez-vous le plus ? Que trouvez-vous difficile ? Comment s'est passé le congé de l'unité néonatal ? »</i></p>
La dimension affective	<p><i>J'aimerais que vous me racontiez un moment marquant où vous avez ressenti des émotions fortes dans le cadre de la relation avec votre enfant depuis votre retour à la maison.</i></p> <p><i>Sous-questions potentielles : « Comment vous êtes-vous senti lors de cet évènement ? Comment votre enfant a-t-il réagi ? Pourquoi pensez-vous qu'il a réagi ainsi ? Pouvez-vous me raconter une situation dans laquelle vous avez constaté que votre enfant était particulièrement heureux avec vous depuis son retour à la maison ? Quel genre de sentiments avez-vous ressentis face à votre enfant depuis son retour à la maison ? Qu'est-ce qui vous cause le plus de difficultés dans la relation avec votre enfant ? »</i></p>
La dimension communicationnelle	<p><i>J'aimerais que vous me racontiez comment se passent les interactions sociales entre vous et votre enfant depuis votre retour à la maison.</i></p> <p><i>Sous-questions potentielles : « Avez-vous l'impression que votre enfant communique avec vous ? Comment interagissez-vous avec votre enfant ? Comment pensez-vous que votre enfant se sent lors de vos interactions ? Est-ce qu'il y a des comportements de votre enfant que vous ne comprenez pas ? » « Comment vous sentez-vous lorsque vous interagissez avec votre enfant depuis son retour à la maison ? »</i></p>

Tableau 1

Répartition des thèmes et des sous-questions possibles lors des entretiens avec les participants à l'étude (suite)

Thème lors de l'entretien avec les participants	Introduction du thème et sous-question potentielle
Un regard sur la prématurité	<p><i>Selon vous, quelles sont les répercussions de la prématurité sur votre rôle de parent depuis votre retour à la maison ?</i></p> <p><i>Sous questions potentielles : « Comment pensez-vous que votre enfant se sent depuis son retour à la maison ? Selon vous, quels sont les plus grands défis que vous rencontrez avec votre enfant lors de vos échanges affectifs depuis son retour à la maison ? De quelle façon la prématurité de votre enfant a-t-il influencé la façon dont vous interagissez socialement avec lui depuis son retour à la maison ? Selon vous, quels sont les plus grands défis que vous rencontrez avec votre enfant lorsque vous communiquez avec lui depuis son retour à la maison ? »</i></p>

Pour chacun des thèmes, nous avons inscrit des sous-questions potentielles dans le canevas d'entretien. Des exemples de ces questions sont : « Comment pensez-vous que votre enfant s'est senti » ; « Comment vous sentez-vous ? » ; « Quels sont les changements observés depuis son arrivée à la maison ? » ; « Quels sont les défis rencontrés ? ».

Finalement, dans le but d'explorer le concept de mentalisation parentale de façon qualitative, nous prenions soin d'explorer avec les participants leur ressenti dans chacun des grands thèmes, ainsi que de les amener à réfléchir sur le ressenti de leur enfant, et ce, au fil des anecdotes que les parents nous offraient. Les observations, qui seront détaillées

dans cette section, ont permis de bonifier notre compréhension du concept agissant comme témoins lors des interactions sociales entre les parents et leur enfant. Les thèmes d'intérêt ont été mémorisés avant les rencontres pour éviter d'amener un canevas d'entretien devant les participants. Si cela était à refaire, l'entretien non dirigé serait tout aussi pertinent pour ce type de recherche, car bien que la période du retour à la maison fût ciblée, les participants se référaient constamment à la période hospitalière, au point où elle a été incluse dans les résultats. Nous y reviendrons dans la section Résultats. Le Tableau 1 fait état d'exemples de la répartition des thèmes et des sous-questions possibles dans le guide d'entretien. Le guide d'entretien est présenté dans son intégralité à l'Appendice C.

Questionnaire de données personnelles et sociodémographiques

Quant au *Questionnaire de données personnelles et sociodémographiques*, il comportait des questions concernant l'âge des participants, le genre, le revenu, le niveau de scolarité, l'état matrimonial, la composition familiale, les antécédents d'accouchement ainsi que la région administrative. Le questionnaire a été créé en deux versions, soit une version pour les mères qui portait l'enfant et les pères (voir Appendices D et E). Le questionnaire pour les pères était composé de 14 questions et le questionnaire pour les mères était composé de 15 questions. Les participantes avaient une question supplémentaire concernant les complications rencontrées au cours de la grossesse. Les questions étaient à courtes réponses pour l'âge, les complications de l'enfant à la naissance, les complications de la mère durant la grossesse, le nombre d'enfants et l'âge de ces derniers, le nombre de semaine au moment de l'accouchement, la date prévue

d'accouchement et les besoins particuliers de l'enfant lors du retour à la maison. Les questions étaient à choix multiples pour l'état civil, l'ethnicité, la situation scolaire, le statut d'emploi et le revenu familial.

Journal de bord

Finalement, un journal de bord était utilisé après tous les entretiens dans le but d'intégrer les premières impressions des rencontres (voir Appendice F). Le journal de bord comprend : un résumé de la rencontre (déroulement de la rencontre), les points forts de la rencontre (bons coups), les difficultés rencontrées par l'étudiante (analyse des difficultés rencontrées), la description des observations lors de l'interaction parent-enfant selon trois volets, à savoir la description des comportements de l'enfant, la description des comportements du parent ainsi que les impressions de l'étudiante, les points importants à inclure dans l'analyse (éléments à prendre en compte lors de l'analyse) et les principaux thèmes ressortis. Il était aussi possible d'y ajouter les comportements non verbaux des participants ainsi que les thèmes abordés ne faisant pas partie des thèmes initiaux. De plus, comme il y avait beaucoup de déplacements entre les entretiens, des mémos vocaux ont été utilisés pour rapporter verbalement les commentaires de l'étudiante tout en conduisant la voiture. Une section commentaires a donc été ajoutée au journal de bord afin d'inclure des notes manuscrites issues des mémos vocaux.

Observations à la maison des participants

Les périodes d'observation ont eu lieu à la suite des entretiens semi-dirigés. Pour décrire les observations dans le journal de bord, trois catégories ont été choisies : la description des comportements de l'enfant en interaction sociale avec le parent, la description des comportements du parent en interaction sociale avec l'enfant et les premières impressions de l'étudiante. Les participants étaient libre de choisir dans quel contexte ils souhaitaient interagir avec leur enfant. Les observations incluaient des périodes de jeux entre les parents et l'enfant, des discussions avec l'enfant, des discussions avec l'enfant et nous, ainsi des discussions familiales pour les participants qui faisaient partie d'une même unité familiale. Ils étaient libres d'accepter ou de refuser ces observations sur le terrain, mais dans le cadre de cette étude, tous les participants ont accepté. Ces observations ont permis d'avoir accès à des boucles interactionnelles, comme mentionnées précédemment lors de la description du biofeedback social (Debbané et al., 2021). Les observations ont donc été particulièrement pertinentes pour le second objectif de cette étude portant le concept de mentalisation parentale. Finalement, puisque tous les enfants étaient à la maison, il était aussi possible que les participants interagissent avec leur enfant durant les entretiens, et cela était intéressant d'être témoin de ces interactions, comme le démontreront les résultats des observations.

Déroulement de la collecte de données

Dans la présente étude, chaque rencontre s'est déroulée dans un endroit calme et choisi par les participants dans le but de favoriser la confiance et une plus grande

proximité. Bien que les entretiens fussent enregistrés, les participants pouvaient demander d'arrêter l'enregistrement s'ils le souhaitaient ou simplement refuser cette option ; ce qui n'a pas été le cas. Lors de notre arrivée au domicile familial, nous expliquions l'étude, puis lisions ensemble le formulaire de consentement. Si les participants le désiraient, ils pouvaient prendre un moment pour lire le formulaire de consentement par eux-mêmes. Par la suite, nous invitons les participants à signer le formulaire de consentement ainsi que la fiche de compensation financière (voir Appendices G et H). Nous invitons les participants à répondre au *Questionnaire de données personnelles et sociodémographiques* une fois que ces documents étaient bien signés (voir Appendices D et E). Ce questionnaire sera décrit plus en détail lorsqu'il sera question des outils utilisés dans cette étude. Nous procédions ensuite à l'entretien puis à la période d'observation. La collecte de données s'est déroulée de la mi-novembre 2018 à la mi-janvier 2019.

À la fin des entretiens, il leur était demandé s'ils désiraient ajouter de l'information non abordée jusqu'à maintenant. La durée moyenne des entretiens était de 2 h 30. Pour les mères, l'entretien le plus court a été de 1 h et le plus long de 3 h 30. Pour les pères, l'entretien le plus court a été de 1 h et le plus long de 3 h 15. Chaque entretien avec les participants a suivi un canevas d'entretien s'inspirant des thèmes touchant la communication et les contacts affectifs au retour à la maison. Finalement, un retour sur l'entretien était fait à la fin de chaque entretien en plus des remerciements pour leur collaboration. Pour une majorité de familles (89 %), il a été possible d'avoir accès à une rencontre de couple après les entretiens individuels. Ces rencontres à la suite des entretiens

ont permis des prises de conscience intéressantes, tant pour les mères que pour les pères, en plus d'apporter plusieurs nuances dans le discours des participants. À noter que cet entretien de couple était à titre informel et prenions soin d'obtenir l'accord des participants.

Sujets à aborder

L'entretien semi-dirigé et individuel avait comme objectif d'explorer le ressenti entourant le développement de la relation parent-enfant au retour à la maison. Il était question d'aborder les premières expériences relationnelles entre les parents et l'enfant, en se concentrant sur la perception de ces parents par rapport à leur expérience de la parentalité. Par des questions ouvertes, les parents étaient invités à raconter des moments où ils ont senti une interaction sociale avec leur enfant. En fonction de l'anecdote, il était possible d'explorer le vécu émotionnel de ceux-ci ; comment ils percevaient cette expérience sur le moment, puis à l'heure actuelle et finalement, comment ils croyaient que l'enfant avait vécu ce moment parent-enfant. Des questions plus spécifiques s'ajoutaient au besoin lorsque nous avions besoin d'informations supplémentaires pour bien comprendre le discours des participants et les anecdotes racontées. Il était facilitant d'aborder différents sujets en commençant par des exemples concrets, puisque les parents avaient une référence émotionnelle lorsque nous posions des questions sur leur vécu depuis le retour à la maison. Il a été possible d'avoir accès à plusieurs prises de conscience lorsqu'ils se remémoraient des souvenirs. Malgré tout, nous avons dû aborder les sujets de l'accouchement et l'hospitalisation dès le début de l'entretien, puisque nous commençons par demander aux participants de nous parler de leur enfant. À cette question, tous les

participants ont commencé l'entretien en nous parlant de la grossesse, de l'accouchement puis de l'hospitalisation. De ce fait, nous avons décidé de suivre cette ligne de temps pour concentrer l'entretien sur le retour à la maison avec l'enfant après la période hospitalière. Pour nous assurer de rester sensibles au vécu des participants et pour être adéquats lors des rencontres, plusieurs retours avec les directeurs de thèse ont été faits pour mettre en lumière nos interrogations et nos discussions avec le participant avant et après les rencontres. Ces échanges ont été pertinents pour rester actives et alertes au langage verbal et non verbal des participants et activer la capacité d'observation tout au long de l'entretien, tout en gardant en tête les sujets à aborder.

À la fin de chacun des entretiens, un résumé était fait aux participants pour nous assurer de notre compréhension et ceux-ci étaient en mesure d'ajuster les propos mentionnés s'ils le souhaitaient ainsi que confirmer ou infirmer ce résumé. Il a d'ailleurs été possible de discuter de façon informelle avec chacun des participants pour voir avec eux des thèmes pertinents qu'ils aimeraient ajouter. Cela a permis d'explorer différents thèmes associés à la parentalité. De ce fait, plusieurs thèmes abordés entourant la réalité des parents sont ressortis fortement lors des analyses, bien qu'ils fussent indirectement liés à la relation parent-enfant.

Saturation des données

Dans le cadre d'une recherche scientifique qualitative, il est difficile d'évaluer la saturation des données, puisqu'il n'y a pas de paramètres établis qui nous indiquent statistiquement parlant le nombre requis pour arriver à un échantillon représentatif du phénomène à l'étude (Savoie-Zajc, 2006). Des auteurs ont apporté l'idée d'un critère de saturation pour mesurer approximativement la saturation des données. En effet, Strauss et Corbin (1998) affirment qu'une forme de saturation des données émerge lorsque les données récentes n'apportent plus d'éléments majeurs au phénomène observé dans sa globalité (Guillemette, 2006 ; Mukamurera et al., 2006 ; Strauss & Corbin, 1998). Bien que ce concept dans la globalité soit extensible, il a servi de référence pour un nombre intéressant de participants permettant de mieux comprendre un aspect précis de la parentalité en contexte de prématurité. Nous considérons qu'une saturation des données est atteinte dans le cadre de la recherche pour les mères et les pères à l'étude, puisqu'aucun nouveau thème n'est ressorti des derniers entretiens spécifiquement pour le phénomène à l'étude.

Traitement et analyse thématique des entretiens

Plusieurs formes d'analyse de données qualitatives inspirées de l'ethnographie peuvent s'arrimer adéquatement aux types d'entretiens ainsi qu'aux transcriptions de ceux-ci. Pour cette étude, l'accent est mis sur des thèmes résumant le discours des parents, en faisant ressortir autant les forces que les faiblesses de ceux-ci, mais aussi les défis de la dimension affective, la dimension communicationnelle et la mentalisation parentale au sein de leur relation avec l'enfant au retour à maison. Le choix du type d'analyse des

données s'est arrêté sur l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2021). Celle-ci a comme objectif principal la thématization, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en lien avec l'orientation de recherche et la problématique qui y est associée (Paillé & Mucchielli, 2021). Cet objectif peut être atteint en se basant sur plusieurs étapes : une analyse de premier ordre sur le plan du repérage systématique des thèmes, une analyse de second ordre avec le regroupement des principaux thèmes à l'étude et une analyse de troisième ordre en créant des parallèles entre les thèmes convergents et divergents dans le but de créer un schéma thématique du discours des participants (Paillé & Mucchielli, 2021). De plus, la thématization est basée sur la transcription d'entretiens, des documents organisationnels ou encore, des notes d'observations ; ce qui concorde bien avec cette étude. Cette troisième étape d'analyse permet un repérage des thèmes, mais également la vérification de répétitions à travers les différents documents à l'étude pour déceler la présence de thèmes se recoupant, se rejoignant, se contredisant ou encore, se complétant (Paillé & Mucchielli, 2021).

Processus d'analyse thématique qualitative

Le processus d'analyse thématique en sept étapes a été choisi pour analyser les données recueillies (voir Tableau 2). Celles-ci n'ont pas été produites dans un ordre chronologique, puisque nous avons pris le temps de commencer les analyses préliminaires avant de terminer l'ensemble des transcriptions d'entretiens. De ce fait, les trois premières étapes (transcriptions, ajout graduel et schématisation initiale) ont été produites à plusieurs

reprises avant de poursuivre vers la quatrième étape. Nous nous sommes inspirés des différents auteurs s'intéressant à l'analyse thématique pour décrire les différentes étapes de l'analyse des données (Charmillot & Dayer, 2007 ; Corbière & Larivière, 2014 ; Mucchielli, 2007 ; Paillé & Mucchielli, 2012). L'utilisation du logiciel N'Vivo version 11 et version 12 a grandement facilité le regroupement des données pour l'analyse thématique et les différents niveaux de codification.

Tableau 2*Étapes de l'analyse thématique des entretiens*

Étape d'analyse	Description des tâches
Transcription des entretiens (verbatim)	<ul style="list-style-type: none"> • Transcription des entretiens enregistrés de façon audio dans des fichiers Word
Ajout graduel de catégories thématiques (grandes familles de thèmes)	<ul style="list-style-type: none"> • Résumer les principales informations dans les entretiens • Créer une carte conceptuelle de tous les thèmes abordés permettant de visualiser la variété d'informations abordées dans les entretiens (voir Appendice I) • Création de grandes familles pour englober les thèmes ciblés par cette étude
Élaboration d'un schéma initial de classification	<ul style="list-style-type: none"> • Création de codes émergeant des premiers entretiens • Discussion avec les membres du comité de thèse et réajustement des thèmes principaux pour l'étude • Création de tableaux résumant les grands thèmes (voir Appendice J) • Définir chacun des thèmes à l'étude
Codage de premier niveau pour faire ressortir les principaux thèmes à l'étude	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion avec les professeurs de thèmes sur les analyses de premier ordre et réajustements de la terminologie des thèmes pour les analyses de second ordre
Codage de second niveau concernant les thèmes ressortis à l'étude	<ul style="list-style-type: none"> • Précision des thèmes pour faire ressortir les particularités à l'intérieur des grandes thématiques • Création de portraits qui décrit les principaux thèmes selon les mères et les pères

Tableau 2*Étapes de l'analyse thématique des entretiens (suite)*

Étape d'analyse	Description des tâches
Mise en relation des thèmes	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en relation des différents thèmes selon les femmes et les hommes • Faire le pont entre les analyses et les recherches scientifiques abordant l'expérience de la parentalité en contexte de prématurité • Ajouter les observations venant du journal de bord • Mettre en relation les observations et les thèmes ressortis des verbatim
Schématisation des thèmes ressortis pour les femmes et les hommes	<ul style="list-style-type: none"> • Création de modèles théoriques sur les thèmes finaux (les figures seront présentées dans la section Résultats). • Mise en relation des résultats avec les écrits scientifiques • Exploration des limites de l'étude

Transcription des entretiens (verbatim)

La première étape consiste à retranscrire sous forme narrative le contenu des entretiens pour en faire une première lecture. L'étudiante a retranscrit 50 % des entretiens, puis a reçu de l'aide d'étudiantes au baccalauréat en psychologie pour terminer l'ensemble des transcriptions. Ces dernières ont été rémunérées par le codirecteur de l'étudiante et celles-ci ont signé un accord de confidentialité. Tous des verbatim ont été transcrits manuellement à l'ordinateur, puis ont été ajoutés au logiciel de gestion des données. L'étudiante a vérifié l'ensemble des enregistrements audio à plusieurs reprises pour s'assurer de l'exactitude des verbatim.

Une première lecture des entretiens a permis de se familiariser avec les données et le repérage de thèmes récurrents. Nous devions tout de même garder en tête l'inspiration ethnographique derrière notre étude en précisant les actions, les croyances, le ressenti, les explications, le contenu contextuel ainsi que la perception de l'expérience de chacun des participants (Atkinson & Hammersley, 1994 ; Hammersley & Atkinson, 2007). Durant cette étape, nous avons pu ajouter aux verbatim les observations faisant partie du journal de bord dans le logiciel N'Vivo sous forme de mémos. Malgré tout, les observations ont davantage été pertinentes lors de l'avant-dernière étape de codification, à savoir la mise en relations des thèmes. Celle-ci sera abordée prochainement.

Ajout graduel de catégories thématiques (grandes familles de thèmes)

Cette étape a permis de créer des balises pour la création de catégories en vue de faire ressortir les principaux thèmes à l'étude. Une fois l'ensemble des verbatim décortiqué, il a été possible de créer une carte conceptuelle de tous les sujets abordés. Cela a permis de mieux visualiser la grande diversité des sujets abordés par les participants, ainsi que la complexité de la parentalité en contexte de prématurité (voir Appendice I). Une fois tous les sujets ressortis, il a été facilitant de faire apparaître de grandes familles de thèmes qui pourraient englober les thèmes ciblés par cette étude. Quant à elle, la carte conceptuelle a permis une vue d'ensemble des sujets qui n'étaient pas directement liés à l'expérience de parentalité en contexte de prématurité sous les dimensions affective et communicationnelle et lors du retour à la maison avec l'enfant.

Élaboration d'un schéma initial de classification

Avec l'aide des membres du comité de thèse, il a été possible de cibler des catégories de thèmes qui étaient récurrents et ainsi créer un schéma en précisant les grandes familles de thèmes à l'étude et les grandes familles de thèmes faisant partie du contenu contextuel, à savoir les thèmes abordés n'abordant pas directement le développement de la relation parent-enfant. Ces thèmes ont été résumés en tableau, puis validés par les membres du comité de thèse (voir Appendice J).

Codage de premier niveau pour faire ressortir les principaux thèmes à l'étude

À cette étape, nous avons été en mesure de coder systématiquement le contenu des entretiens de façon à cibler les principaux codes qui abordent la relation parent-enfant en contexte de prématurité et spécifiquement le retour à la maison. Différents codes ont été ajoutés au fil des lectures des entretiens tout en adaptant simultanément la schématisation thématique du contenu manifeste des entretiens. Il est pertinent de préciser que le schéma des thèmes a été adapté à mesure que les étapes avançaient pour s'assurer que les résultats obtenus découlaient de la version la plus récente du schéma d'analyse (Gallagher, 2004). Nous pouvions voir apparaître des modèles récurrents à l'intérieur des catégories de thèmes ciblés. Les défis communs pour les mères et les pères, ainsi que des défis qui semblaient influencer à la fois la dimension affective et la dimension communicationnelle, en sont des exemples. Finalement, pour s'assurer de la validation des classifications thématiques, le tiers des entretiens a été contre-vérifié par les directeurs de thèse, en s'assurant d'un consensus sur le contenu retenu. Cette particularité est importante pour

obtenir une vision commune de ce que les codes signifient et ainsi, avoir une correspondance optimale entre les différentes étapes de codification (Huberman & Miles, 1991 ; Paillé & Mucchielli, 2021).

Codage de second niveau concernant les thèmes ressortis à l'étude

À l'intérieur des catégories observées lors du codage de premier ordre, il a été possible d'explorer plus en profondeur les composantes de chacune des catégories. Cette étape a été faite avec l'aide de la directrice de thèse pour 74 % des entretiens (20 entretiens sur 27) puisqu'une saturation des données semblait atteinte. Pour s'assurer de bien représenter le discours des participants, des portraits ont été créés pour les mères et les pères, permettant de visualiser les différences dans le discours de ces derniers. Avec la directrice de thèse, nous en sommes venus à une entente sur la description des codes et sur les portraits représentant les mères et les pères à l'étude. À ce niveau, il était possible d'observer une évolution dans le discours des participants en fonction de l'âge de l'enfant et de son évolution développementale. Nous avons donc été en mesure de documenter cette évolution dans le développement relationnel des parents en contexte de prématurité, toujours sous les dimensions à l'étude.

Mise en relation des thèmes

Nous prenions conscience que l'environnement des parents prenait une place importante dans la perception de l'expérience parentale, mais aussi dans le développement de la relation parent-enfant. Nous avons donc pu mettre en relation le contenu contextuel

des entretiens et la perception positive et négative de l'expérience de parentalité en contexte de prématurité, en plus des données sociodémographiques des participants. Par exemple, nous avons pris en considération les besoins particuliers de l'enfant, ainsi que les stressors extérieurs des familles rencontrées. L'ajout des observations à la maison des participants a permis d'apporter des nuances aux extraits des participants ainsi que d'appuyer nos impressions de chercheuse et d'intervenante. Les observations sur le terrain ont permis de venir nuancer les thèmes ressortis, mais aussi mettre de l'avant des contradictions dans le discours de certains participants en comparaison avec leur gestuel des interactions sociales avec l'enfant. Finalement, nous avons commencé à explorer les articles scientifiques portant sur des questions de recherche semblables aux nôtres ainsi que sur la population visée.

Schématisation des thèmes ressortis pour les femmes et les hommes

Cette étape nous permet de faire apparaître visuellement les liens thématiques entre les concepts, autant pour les mères que pour les pères, tout en créant des ponts avec les écrits scientifiques portant sur le sujet à l'étude. Il a été possible d'aborder les ressemblances avec les recherches sur le sujet, mais aussi les particularités observées pour cette étude doctorale. Nous trouvons important de faire des ponts avec les thèmes indirects des entretiens dans le but de mettre en lumière les préoccupations des parents rencontrés, mais aussi les limites de cette étude. Chacun des liens thématiques faits à partir de la codification a été revu par le comité de thèse pour discuter de leur pertinence dans le projet, mais aussi dans le but de s'assurer que ceux-ci étaient une représentation fidèle du

discours des participants. Cette dernière étape de classification des thèmes est primordiale pour une meilleure compréhension du ressenti des participants, de leurs comportements et de la perception de leur rôle de parents au cours de la première année avec l'enfant. Elle est importante aussi, selon nous, pour obtenir la rétroaction des membres du comité et s'assurer que notre perception des résultats reste toujours fidèle au discours des participants. À ce niveau, il était possible de préciser tous les titres des thèmes.

Analyse descriptive des réponses au Questionnaire de données personnelles et sociodémographiques

À noter que nous avons fait une analyse descriptive des réponses des participants au *Questionnaire de données personnelles et sociodémographiques* dans le but d'apporter des portraits plus précis des mères et des pères. En utilisant le logiciel N'Vivo, des recherches lexicales ont été effectuées dans l'ensemble des verbatim des participants pour en faire ressortir les mots les plus souvent utilisés. Cela nous a été bien utile dans la section Résultats, notamment pour introduire les différentes thématiques pertinentes à cette étude doctorale. Aussi, cela a permis de documenter l'évolution interactionnelle selon l'âge de l'enfant, le revenu des parents, les complications de l'enfant et de la mère, des informations mentionnées dans les deux versions du *Questionnaire de données personnelles et sociodémographiques*.

Critères de scientificité

La recherche qualitative présente des différences marquées avec la recherche quantitative concernant les critères de scientificité. Ces critères ont comme but d'évaluer la valeur d'une recherche qualitative (Laperrière, 1997). Plusieurs auteurs en recherche qualitative ont proposé de nouveaux concepts plus adaptés ainsi qu'une redéfinition des critères conventionnels et de scientificité (Guba & Lincoln, 1994). Laperrière (1997) s'est inspiré de Guba et Lincoln (1994) pour remplacer des concepts tels que validité interne, validité externe et fidélité pour ceux de crédibilité, transférabilité ainsi que fiabilité spécifiquement pour l'adaptabilité de la recherche de type qualitatif. Cette redéfinition des concepts importants de la recherche scientifique a été adoptée pour cette étude doctorale.

Il a été décidé d'utiliser les termes « crédibilité », « transférabilité » et « fiabilité » dans le cadre d'une recherche qualitative, car nous considérons que ces termes sont plus adaptés et réalistes au cadre de recherche abordant des schémas thématiques de nature qualitative visant une meilleure compréhension du vécu expérientiel de ces parents.

Crédibilité

La crédibilité d'une étude se définit par l'exactitude et la pertinence du lien établi entre les données empiriques et l'interprétation des résultats (Laperrière, 1997 ; Martel, 2013). Celle-ci résulte de la qualité du lien entre l'interprétation des résultats et de l'observation empirique du chercheur. Le fait que l'étudiante encourage l'expression libre du ressenti des participants lors des entretiens, l'analyse inductive et déductive des

données ainsi que les vérifications des analyses à plusieurs étapes avec des experts permet de réduire le risque de codage mécanique (Corbière & Larivière, 2014 ; Gallagher, 2004 ; Laperrière, 1997 ; LeCompte & Schensul, 1999 ; Mukamurera et al., 2006 ; Paillé & Mucchielli, 2021).

Plusieurs auteurs précisent l'importance d'intégrer dans l'analyse le contexte social et la période dans laquelle la collecte de données a été produite. L'intégration des données contextuelles et temporelles permet d'assurer une plus grande pertinence aux résultats dans le but d'expliquer un phénomène observé de façon plus précise (Atkinson & Hammersley, 1994 ; Huberman & Miles, 1991 ; Laperrière, 1997 ; Paillé & Mucchielli, 2012). Comme la recherche s'inspirait de l'ethnographie, nous avons utilisé un canevas d'entretien semi-dirigé pour, d'une part, cibler les objectifs de la recherche, mais aussi pour nous assurer que les parents avaient la possibilité de s'exprimer sur leur réalité actuelle. Cela a permis de dresser un portrait de l'expérience de la parentalité en contexte de prématurité et à la suite d'un congé hospitalier, tout en utilisant un regard inspiré de l'ethnographie sur la réalité vécue de ces parents (LeCompte & Schensul, 1999 ; Mucchielli, 2007).

En plus de l'intégration des données temporelles et contextuelles, le fait de codifier les données en ajoutant des rétroactions avec le comité de thèse permettait de réduire les biais de l'illusion holiste et ainsi éviter de mettre l'accent sur des faits anecdotiques (Huberman & Miles, 1991). Ce processus d'analyse vise essentiellement à explorer

différentes interprétations d'un phénomène observé en prenant en compte une variété de facteurs qui interfèrent avec ce dernier, dont les cas extrêmes, les cas atypiques, tout comme les cas récurrents (Corbière & Larivière, 2014 ; Huberman & Miles, 1991 ; Laperrière, 1997 ; LeCompte & Schensul, 1999 ; Paillé & Mucchielli, 2012).

Transférabilité

La transférabilité se définit comme étant la possibilité de transposer les résultats d'une recherche scientifique à d'autres milieux, à d'autres populations ou à d'autres contextes que ceux présentés dans la recherche (Laperrière, 1997). De ce fait, le chercheur se doit de fournir assez de données descriptives dans le rapport de recherche pour que le lecteur puisse évaluer si les résultats peuvent s'appliquer ou non à d'autres contextes (Guba & Lincoln, 1994). D'ailleurs, Laperrière (1997) suggère de diversifier les sujets à l'intérieur même de l'échantillonnage théorique dans le but d'augmenter le potentiel de généralisation des résultats de la recherche.

Nous avons remarqué que le principe de généralisation quant aux résultats obtenus ne fait pas partie des objectifs ciblés par les études qualitatives. Le but premier est de comprendre un phénomène plus en profondeur en observant et en allant chercher la perception des acteurs concernés. Nous devons tout de même préciser qu'il est pertinent de diversifier un échantillon, notamment pour voir si une variabilité des réponses subsiste (Laperrière, 1997 ; LeCompte & Schensul, 1999). Dans le cadre de cette recherche doctorale, nous avons donc choisi de rencontrer des participants qui résidaient sur

plusieurs territoires administratifs, ayant des âges variés et faisant partie de différents milieux socioéconomiques, dans le but d'explorer l'expérience de la parentalité en contexte de prématurité sous différents facteurs environnementaux.

Fiabilité

La fiabilité à l'intérieur de la recherche qualitative est bien différente de la recherche quantitative, car l'évolution d'un phénomène étudié est prise en considération dans les résultats de l'étude (Martel, 2013). La fiabilité se définit comme étant la stabilité des résultats et leur traçabilité nécessaire dans l'explication des changements dans les données, en prenant en compte l'instrumentation dans la recherche qualitative, l'introspection du chercheur ainsi que la sensibilité évolutive de ce dernier à propos du phénomène étudié (Bauer & Gaskell, 2000 ; Jodelet, 2003 ; Laperrière, 1997). Celle-ci peut être observée entre autres par l'examen des résultats par un autre chercheur ainsi que dans la vérification des procédures utilisées (Guba & Lincoln, 1994). L'accent du projet est mis sur la concordance des résultats, un concept plus souple qui ne vise pas à contredire ou infirmer un phénomène, mais davantage dans une visée de complémentarité (Laperrière, 1997 ; Paillé & Mucchielli, 2021).

Dans le cadre de cette étude doctorale, le fait que nous ayons retranscrit des entretiens, vérifié les transcriptions faites par d'autres étudiantes et fait des vérifications par des pairs tout au long du processus d'analyse des données a permis d'assurer une plus grande fiabilité aux données recueillies (Huberman & Miles, 1991 ; Laperrière, 1997 ; Paillé &

Mucchielli, 2012). Enfin, les retours avec chacun des participants après l'entretien permettent aussi de valider la compréhension du vécu de chacun des participants, pour s'assurer de rapporter leur réalité le plus fidèlement possible.

Considérations éthiques

Les considérations éthiques qui appuient ce projet doctoral ont été dictées par les principes directeurs proposés par l'EPTC, soit l'Énoncé de politique des trois conseils (Gouvernement du Canada, 2018). Le premier principe est le respect de la personne. Il est défini comme étant la reconnaissance de la valeur intrinsèque de la personne, le respect de ses droits fondamentaux ainsi que le respect de l'information qu'elle nous livre dans un contexte de recherche scientifique (Gouvernement du Canada, 2018). Le deuxième principe est la préoccupation pour le bien-être. Dans le cadre de la recherche, il est défini comme étant le consentement libre et éclairé et le respect à la confidentialité des données de la personne (Gouvernement du Canada, 2018). En tant que chercheurs, nous devons prévenir au maximum les effets négatifs pour la personne qui participe à la recherche. Le troisième principe est la justice. Ce concept désigne l'obligation de traiter chaque personne de façon équitable et juste (Gouvernement du Canada, 2018). En contexte de recherche scientifique, nous nous devons d'être justes, notamment dans le recrutement des participants où chaque individu répondant aux critères de l'étude ne doit pas être discriminé. Ce principe ne veut pas dire de traiter chaque personne et ses données de façon égale, mais bien d'éviter d'augmenter des inégalités dans le traitement des données par exemple.

Pour cette étude, tout le protocole de recherche, incluant le formulaire de consentement, a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche volet psychosocial du CIUSSS MCQ (voir Appendices K et L) ainsi que par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR (voir Appendice M). Aucune pression n'a été mise sur les participants lors du recrutement, et tous ont été informés de l'objectif de la recherche, du type d'entretien ainsi que de leurs droits fondamentaux, en particulier dans un contexte de recherche scientifique. Les participants qui étaient volontaires à participer à la recherche ont reçu une légère compensation financière de 15 \$ ainsi qu'un livre pour leur participation à la recherche et le partage de leur vécu émotionnel (voir Appendice H). Leur participation était entièrement volontaire, et ils pouvaient se désister à tout moment s'ils le désiraient.

Tous les participants ont pu lire le formulaire de consentement, et nous avons répondu à toutes les questions pour nous assurer d'un consentement libre et éclairé autorisé par les comités éthiques de l'UQTR et du CIUSSS MCQ (voir Appendice G). Nous avons ensuite regardé ce même formulaire ensemble pour nous assurer de leur compréhension. Ils étaient informés qu'ils étaient entièrement libres de se retirer à tout moment sans préjudice. L'ensemble des données recueillies (formulaires de consentement, enregistrements audio, et les questionnaires) a été sauvegardé dans un endroit sécuritaire et sous clé dans les bureaux des directeurs de l'étudiante. Seulement l'étudiante et les directeurs de recherche avaient accès à l'information en question. Les données sur N'Vivo ont aussi été protégées à l'aide de codes de sécurité. Nous nous sommes assurés de préserver l'identité des

participants tout au long du processus d'analyse, notamment en retirant les informations pouvant les reconnaître dans les verbatim. Finalement, tous les participants ont reçu une liste des organismes communautaires, des ressources psychologiques et physiques de leur région ainsi que les numéros de téléphone de l'étudiante et des professeurs de cette dernière, dont l'un est psychologue. Ils ont été informés qu'ils avaient la possibilité de communiquer avec notre équipe de recherche ou toutes autres ressources s'ils le souhaitaient.

Lors des entretiens, nous avons fait notre possible pour rencontrer les participants dans un milieu connu et sécurisant pour eux. Nous avons pris le temps de discuter avec tous les participants avant et après l'entretien pour nous assurer de leur compréhension de la recherche, mais aussi pour les soutenir dans les sujets abordés qui pourraient amener des émotions difficiles. Finalement, les seules données portant directement sur l'enfant sont : l'âge au moment de la naissance, l'âge au moment de l'entretien avec le parent, si ce dernier avait des besoins particuliers et les observations faites par l'étudiante.

Cette recherche a été autorisée par le comité éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (# de certification : CER-2017-025-00) ainsi que le comité éthique du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (# de certification : CER-18-248-07.09) (voir Appendices K, L et M).

Résultats

Avant de débiter la présentation des résultats, nous souhaitons rappeler d'abord les objectifs de cette étude doctorale. Le premier objectif est de décrire les principaux défis de l'expérience des mères et des pères en contexte de prématurité, en ciblant les dimensions affective et communicationnelle au retour à la maison. Le second objectif est de mieux comprendre le rôle de la mentalisation parentale au sein de la parentalité en contexte de prématurité au retour à la maison.

Nous présenterons, dans la première partie de cette section Résultats les caractéristiques personnelles sociodémographiques des participants à l'étude. La seconde partie décrira les résultats qui découlent des deux objectifs de la présente étude. Nous terminerons avec les nuances des observations terrain issues du journal de bord et leur apport aux résultats portant sur le concept de mentalisation parentale.

Caractéristiques personnelles et sociodémographiques des participants

L'échantillon final pour ce projet doctoral était composé de 27 participants, 15 mères et 12 pères. Le Tableau 3 fait état des caractéristiques personnelles et sociodémographiques des parents à l'étude ainsi que de leur enfant. Les pères rencontrés étaient en couple avec des mères faisant partie de l'étude. L'âge moyen des mères était de 28,93 ans ($\acute{E}T = 4,42$; 22-39) et pour les pères, celui-ci était de 30,83 ans ($\acute{E}T = 5,1$; 22-39). Quant aux enfants, l'âge moyen était de 7,5 mois ($\acute{E}T = 3,69$; 3-13).

Tableau 3*Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude*

Caractéristique	Mères (<i>n</i> = 15, 55,6 %)	Pères (<i>n</i> = 12, 44,4 %)	Total (<i>N</i> = 27)
Âge			
<i>M (étendu)</i>	28,93 (22-39)	30,83 (22-39)	29,78 (22-39)
<i>ÉT</i>	4,42	5,1	4,75
Âge de l'enfant au moment de l'entretien (mois)			
<i>M (étendu)</i>	7,63 (3-13)	7,54 (3-13)	7,59 (3-13)
<i>ÉT</i>	3,57	4,0	3,69
Endroit de recrutement			
Réseaux sociaux	11	7	18
Vaccination de l'enfant	4	5	9
Niveau de scolarité			
Moins d'un 5 ^e secondaire	1	2	3
5 ^e secondaire	3	2	5
Études professionnelles	2	3	5
Études collégiales	4	0	4
Études universitaires	5	5	10
Revenu familial			
Moins de 15 000 \$	2	1	3
15 000 –34 999 \$	2	2	4
35 000 –54 999 \$	0	1	1
55 000 –74 999 \$	1	0	1
75 000 –94 999 \$	3	3	6
95 000 \$ et plus	7	5	12
État civil			
Célibataire	2	0	2
En couple	13	12	25

Tableau 3*Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude (suite)*

Caractéristique	Mères (<i>n</i> = 15, 55,6 %)	Pères (<i>n</i> = 12, 44,4 %)	Total (<i>N</i> = 27)
Nombre d'enfants			
Primipare	9	9	18
2	4	2	6
4	1	0	1
5	0	1	1
6	1	0	1
Type de famille			
Monoparentalité	2	0	3
Biparentalité	13	12	24
Ethnicité			
Caucasien	13	12	25
Non précisé	2	0	2
Régions administratives			
Capitale-Nationale	4	1	5
Centre-du-Québec	5	5	10
Mauricie	2	2	4
Montérégie	1	1	2
Le grand Montréal	1	1	2
Lanaudière	1	1	2
Laurentides	1	1	2
Statut d'emploi			
À la maison	2	0	2
Emploi à temps plein	9	10	19
Emploi à temps partiel	3	0	3
Plus d'un emploi	0	1	1
Sans emploi	1	1	2

Tableau 3*Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude (suite)*

Caractéristique	Mères (<i>n</i> = 15, 55,6 %)	Pères (<i>n</i> = 12, 44,4 %)	Total (<i>N</i> = 27)
Nombre de semaines au moment de l'accouchement			
<i>M (étendu)</i>	32,87 (28-36)	33 (28-36)	32,93 (28-36)
<i>ÉT</i>	2,72	2,51	2,58
Nombre de semaines d'hospitalisation			
<i>M (étendu)</i>	4,6 (1-10)	4,54 (1-10)	4,57 (1-10)
<i>ÉT</i>	3,01	3,09	3,0
L'enfant a dû être transféré			
Oui	6	5	11
Non	9	7	16
Enfant avec besoins particuliers			
Oui	9	7	16
Non	6	5	11

Parmi l'ensemble des participants, 18 parents proviennent des réseaux sociaux (11 mères et 7 pères sur 27) et 9 proviennent de la vaccination (4 mères et 5 pères). Parmi les participants, 4 (mères seulement) ont obtenu un diplôme collégial, 10 ont obtenu un diplôme universitaire (5 mères et 5 pères), 5 ont obtenu un diplôme professionnel (2 mères et 3 pères), 5 ont obtenu un diplôme de secondaire (3 mères et 2 pères) et 3 n'ont pas de diplôme d'études secondaires (1 mère et 2 pères). Plus de 50 % des participants (18 participants sur 27) ont un revenu familial se situant entre 75 000 et plus de 95 000 \$.

Par la suite, 92,59 % des participants sont en couple, 2 participantes sur 15 sont célibataires avec la garde exclusive de l'enfant et 1 participante sur 15 est en couple avec un militaire en mission au moment de l'étude. Il est à noter que 2 familles ont des jumeaux (2 mères et 1 père sur 27). Parmi les 27 participants, 18 en étaient à leur première expérience de la parentalité (9 mères et 9 pères), mais tous en étaient à leur première expérience en contexte de prématurité. L'ethnicité des participants est majoritairement caucasienne (92,59 %). L'ensemble des participants proviennent de la province de Québec et près de 50 % proviennent des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Parmi les 15 mères, 11 étaient en congé de maternité au moment de l'entretien, et 10 pères sur 12 étaient en emploi à temps complet. Finalement, le nombre moyen de semaines au moment de l'accouchement était de 32,93 ($ÉT = 2,58$; 28-36). Le nombre moyen de semaines en hospitalisation avant le retour à la maison était de 4,57 ($ÉT = 3$; 1-10), 11 des participants ont vécu un transfert d'hôpital (6 mères et 5 pères) et 9 mères et 7 pères ont nommé que leur enfant avait des besoins particuliers.

La prochaine section des résultats portera sur les thèmes ressortis de l'analyse thématique. Il y a quatre grandes catégories de thèmes, notamment les stigmates, la dimension affective, la dimension communicationnelle et la mentalisation parentale. Chacune de ces catégories sera divisée en plusieurs thèmes plus précis. Chacune des catégories de thèmes et sous-thèmes sera décrite en détail.

Stigmates présents dans l'expérience des parents au retour à la maison

Lors de l'analyse des résultats, plusieurs sujets abordés par les parents ne faisaient pas partie des objectifs. Cependant, ils étaient présents autant dans les discours des mères que dans ceux des pères, et nous pouvions y remarquer une évolution dans le temps si les parents étaient nouvellement de retour à la maison, ou depuis plusieurs mois. Ces sujets étaient décrits comme étant des blessures ou des difficultés rencontrées au quotidien. Le mot choisi pour nommer ces sujets est « stigmaté ». Ce terme, étymologiquement associé à la stigmatisation, est décrit comme étant toute marque et toute trace qui révèle une dégradation ou laissant une empreinte indélébile (Larousse, 2018). Il n'y avait pas de différences selon le sexe des participants. Ces stigmates sont l'empreinte émotionnelle en milieu hospitalier, l'incertitude quant au développement de l'enfant, la pression sociale du parent compétent et la distance émotionnelle du retour à la maison. Avant d'explorer les résultats propres aux objectifs de recherche, nous présenterons ces stigmates qui sont venus teinter plusieurs thèmes de la dimension affective et communicationnelle, et qui semblent teinter tout particulièrement le retour à la maison avec l'enfant. En effet, ces stigmates sont, pour nous, une toile de fond aux résultats qui suivront.

Empreinte émotionnelle du milieu hospitalier

Lors de la cotation de premier niveau, les sujets touchant la période hospitalière ont été ajoutés comme étant des éléments contextuels pour cibler la période du retour à la maison et les objectifs de la recherche. Toutefois, la réalité hospitalière était un thème trop important et récurrent pour ne pas l'ajouter aux résultats, comme cela a été mentionné

2289 fois par les participants. Le premier stigmat est donc l’empreinte émotionnelle concernant le passage des parents et de l’enfant en unité néonatal. Ce thème est l’un des plus fréquemment ressortis des analyses et a été abordé par 25 des 27 parents (14 mères et 11 pères). Bien que le sujet de l’hospitalisation ne fit pas partie des sujets à aborder dans le canevas d’entretien, la réalité hospitalière a été mentionnée 2289 fois par les participants. Autant pour les mères que pour les pères, la période hospitalière semblait avoir laissé des traces importantes, et ce, même pour les participants dont l’enfant est âgé de 13 mois.

À tous les coups, je reviens à Québec. Sérieusement ça, ça me fait un pincement au cœur pis à tous les coups, je m’en vais à Québec en plus y’a un problème. [...] Pour que j’en pleure encore après 1 an, c’est vraiment raide comme expérience euh, je peux dire que c’est l’une des expériences les plus tough que j’ai eues, non je dirais la plus tough. Euh, c’est incomparable, ce n’est même pas descriptible. (P44)

Il a été remarqué que le discours des parents évoluait dans le temps concernant la perception de leur expérience de la parentalité, tout particulièrement lorsque les parents abordaient les impacts de la réalité hospitalière. En effet, les parents dont l’enfant était arrivé à la maison depuis environ un mois semblaient chercher un sens à ce qu’ils avaient vécu. Après un mois seulement de retour à la maison, l’expérience hospitalière était un événement difficile et encore trop récent pour que les parents soient en mesure de prendre du recul et réfléchir à leur vécu, ainsi que le vécu de l’enfant.

C’était comme trop dur psychologiquement. On dirait que... On dirait que ça l’a tellement été vite que ça m’a comme épuisé. Ça venait tellement stressant qu’on dirait que mon lien d’attachement envers elle pis la connexion ça pris plus de temps que qu’est-ce que je pensais [...] Je ne voudrais juste pas revivre ça pis je voudrais que personne ne vive ça. Je n’ai rien appris de ça, seulement de la souffrance. (M15)

Incertitude du développement de l'enfant

Que l'enfant ait été hospitalisé deux semaines ou quelques mois, on pouvait penser que les inquiétudes concernant le développement de l'enfant étaient un défi inhérent à la parentalité en contexte de prématurité. Bien que le concept même d'être parent d'un enfant prématuré était une réalité inconnue avant l'accouchement, il semblait tout aussi confrontant pour les parents de découvrir à la fois le milieu hospitalier que le fait d'être parents d'un enfant hautement vulnérable et physiquement différent de l'enfant imaginé. Ces éléments étaient à la base de l'incertitude quant au développement de leur enfant. Ce thème était le second stigmaté de nos résultats. Il a été abordé par 22 parents (13 mères et 9 pères).

L'incertitude quant au développement de l'enfant semblait persistante dans le développement de la relation parent-enfant, puisque les parents semblaient chercher à s'investir auprès de ce dernier pour apaiser leurs propres inquiétudes et tentaient de minimiser les impacts de la prématurité chez l'enfant. Cependant, nous avons remarqué plusieurs interrogations dans le discours des parents, peu importe l'âge de l'enfant. Les verbatim parentaux concernaient généralement le développement sain de l'enfant, en comparant ce dernier à la courbe développementale dite normale, ainsi que le futur à plus long terme de l'enfant. Est-ce que sa prématurité va hypothéquer l'enfant dans son développement ? Pourra-t-il se développer au même rythme que les autres enfants de son âge ? À ce moment, les parents semblaient avoir un discours beaucoup plus descriptif qu'engagé émotionnellement et le développement de l'enfant était souvent décrit avec des

éléments importants qui étaient abordés par les professionnels de la santé durant la période d'hospitalisation.

Ça n'empêche pas une crainte qui est permanente. Ah s'il ne marche pas au moment au début de la période où de que le Naître et grandir dit qu'il est censé marcher, est-ce que c'est à cause de la prématurité ? Et s'il ne mange pas exactement ça, toutes sortes de petites choses de ce, de ce genre-là donc, de s'inquiéter que, la prématurité, en fait de de se dire « ohh on a été chanceux », pis de se dire : « ahh, mais peut-être que ça va revenir un moment donné ! », peut-être que dans le fond, y'a quelque chose quelque part, un problème qui va arriver. (P20)

Pression sociale du parent compétent

Les inquiétudes concernant le développement de l'enfant semblaient avoir un impact sur le troisième stigmatisme qu'était la pression sociale du parent compétent abordée par 24 parents (14 mères et 10 pères). Nous avons inclus dans ce thème le besoin de se comparer avec d'autres familles, ainsi que la comparaison de ce que l'enfant peut accomplir en comparaison avec d'autres enfants. Il a été constaté que le besoin de performer dans son rôle de parent ainsi que les accomplissements de l'enfant sur le plan développemental étaient centraux dans le discours de certains parents, en particulier lorsqu'il était question du sentiment de compétence parentale.

C'est sûr que tu ne veux pas te comparer, mais tu regardes tous les enfants des autres qui ont le même âge et tu dis ah bin ouin lui il fait ça, bin pas le mien. Tu te dis ah ok, mais je vais peut-être travailler plus fort ou je vais en faire plus [...]. Faque c'est toujours comme la charge mentale qu'il m'amène... (M17)

La prématurité de l'enfant était perçue comme une fragilité, et plus ce dernier se développait et perdait cette apparence frêle du retour à la maison, plus il était perçu comme étant fort et, par le fait même, cela semblait renforcer le sentiment de compétence

parentale. À l'inverse, il a été constaté que lorsque l'enfant n'était pas au stade de développement qu'il devrait être, certains parents ressentait le besoin de travailler plus fort avec l'enfant, au risque d'en demander davantage à l'enfant, ou encore en allant consulter plusieurs spécialistes pour trouver le problème. Les parents qui en sont à leur première expérience de la parentalité semblent rapporter des attentes parfois très précises du retour à la maison avec l'enfant et de son développement selon les normes sociales. Cela viendrait appuyer le stigmate de la pression sociale du parent compétent. Lorsque ce dernier prenait plus de temps à s'adapter au retour à la maison et qu'il prenait plus de temps à se développer, cela pouvait confronter l'image de l'enfant souhaité durant la grossesse, soit à terme et en santé. De ce fait, pour plusieurs parents et particulièrement pour les mères à l'étude, il était éprouvant de prendre conscience qu'elles n'arrivaient pas à apprécier les moments affectifs avec l'enfant, car leurs attentes semblaient trop élevées. Il semblerait aussi que comme l'enfant ne répondait pas aux attentes sociétales quant à son développement, cela faisait en sorte que les parents sentaient une pression et n'appréciaient pas les moments passés avec leur bébé.

Le retour à la maison était parfois perçu comme un soulagement d'un retour vers une normalité familiale pour certains et pour d'autres, cela était perçu comme un stress important. Pour certains parents, ce moment rimait avec la perte de l'équipe médicale qui accompagnait l'enfant. Ils nommaient avoir l'impression de perdre le sentiment de sécurité, puisque l'enfant n'était pas surveillé en tout temps par des professionnels si un

imprévu survenait. Cela ajoute donc une pression supplémentaire d'être compétent, puisqu'ils devenaient les principaux donneurs de soins de l'enfant.

Je ne me disais pas que le pire était passé, mais sincèrement j'ai trouvé ça pire le retour à la maison que l'hôpital ! C'est plate elle est branchée de partout, mais au moins, s'il y a quelque chose ça va sonner, pis y'a les infirmières ! Ici, on ne contrôle pas tout ça ! Tu apprends à connaître ton bébé dans cet environnement très médical ! À l'hôpital, elle dormait des 5 heures pis elle ne pleurait jamais, pis tu arrives icitte, pis elle pleure tout le temps ! Pis elle ne dort pas ! Voyons ! Pourquoi ? On a-tu ramené le bon bébé ? Qu'est-ce que j'ai fait de pas correct ?
(M10)

Distance émotionnelle au retour à la maison

Au départ, des comportements plus mécaniques venant des parents ont été remarqués lorsqu'ils abordaient les interactions avec leur enfant. Ceux-ci l'expliquaient par le manque de retour dans les interactions sociales avec l'enfant. Cela fait d'ailleurs partie des défis communicationnels abordés prochainement. Cependant, un grand nombre de parents mentionnaient que les répercussions de la période hospitalière ont créé une distance émotionnelle avec l'enfant au retour à la maison. Ils nommaient que bien qu'ils s'investissaient dans les soins de l'enfant, ils n'avaient pas l'impression d'être impliqués émotionnellement auprès de l'enfant, puisque ce dernier n'entraînait pas en relation avec eux et qu'il était plus difficile à consoler. La distance émotionnelle des parents au retour à la maison est notre quatrième stigmatisme dans le discours des parents. Cela a été abordé par 25 parents (14 mères et 11 pères).

Quand on est sorti de l'hôpital, c'était comme... Dans ma tête je l'aime, je veux dire c'est mon enfant, je suis contente qui soit là, j'ai voulu cet enfant-là, etc. Mais ce n'est pas... c'est plus, quelque chose qui est mécanique, ok y pleure, je vais lui donner de, je vais lui donner du lait, ok je vais aller changer sa couche, ok je vais le bercer, ok je vais, c'est plus une suite de soins à lui donner plus que, c'est des soins hum, c'est ça, c'est des soins robotiques plutôt que des soins euh, affectueux... Je pourvois à ses besoins. (M19)

Nous y avons vu un investissement encore mécanique pour les soins de l'enfant. Nous avons fait le choix d'intégrer ce thème aux stigmates plutôt que dans l'expérience affective parent-enfant, puisque les parents nommaient ce défi comme étant une épreuve personnelle à surmonter avant d'être en mesure de s'investir auprès de l'enfant, et que les parents n'étaient pas en mesure de verbaliser si cette épreuve avait des impacts dans la relation avec leur enfant. De notre perception, ce thème est un préambule au développement de la relation parent-enfant et est intimement lié à l'empreinte émotionnelle du milieu hospitalier. Cette distance semblait impacter à la fois la dimension affective vu l'aspect mécanique plutôt qu'affectif des soins, et à la fois la dimension communicationnelle comme les parents semblaient se retenir d'interagir avec l'enfant et ne se limitaient qu'à répondre aux besoins physiologiques. Dans le but de mieux comprendre cette distance émotionnelle, nous présenterons d'abord les défis associés à la dimension affective parent-enfant puis les défis associés à la dimension communicationnelle lors du retour à la maison.

Dimension affective dans la relation parent-enfant prématuré

Même si le canevas d'entretien portait sur cette dimension, il importe de mentionner que ce n'était pas un thème instinctivement abordé par les parents, lorsque l'on compare

avec la dimension communicationnelle parent-enfant (mentionnée 2957 fois) ou encore le stigmate de la période hospitalière (mentionnée 2289 fois). Les contacts affectifs avec l'enfant ont été abordés 353 fois par les 27 participants à l'étude. Dans la prochaine section, les défis rencontrés pour cette dimension seront décrits.

Défis rencontrés dans la dimension affective parent-enfant prématuré au retour à la maison

La dimension affective dans la relation parent-enfant prématuré a été majoritairement abordée par les mères et, quant à eux, les pères abordaient souvent cette dimension en fonction de l'expérience de leur conjointe. Il est intéressant de noter qu'une seule mère a discuté de la perception de son conjoint, le père de l'enfant, alors que tous les pères ont abordé l'expérience affective de leur conjointe avec l'enfant. La mère en lien avec l'expérience affective a été mentionnée 300 fois, alors que l'expérience affective père-enfant a été abordée 103 fois. De ce fait, trois défis sur les quatre de l'expérience affective concernent les pères et les mères, alors que le quatrième concerne seulement les mères.

Apparence fragile de l'enfant

Le thème de l'apparence fragile de l'enfant a été mentionné par les pères et les mères. En effet, 8 des 15 mères et les 12 pères ont mis de l'avant la difficulté d'apprécier l'expérience affective avec l'enfant au retour à la maison en raison de l'apparence de leur enfant. Ces derniers utilisaient des termes tels que poupée de porcelaine, petit être fragile, tout petit et délicat. Pour tous les parents, plus l'enfant se développait et prenait du poids, plus ils se sentaient à l'aise de le prendre et de le coller. De ce fait, les parents, au retour

à la maison, semblaient associer l'apparence fragile de l'enfant à une expérience affective difficile. L'enfant était aussi décrit comme étant fréquemment larmoyant, avec des difficultés à dormir et demandait une attention constante des parents.

Pis du fait qu'est prématuré aussi tsé, on dirait que c'est tout petit, tout fragile. On dirait que tu fais tellement attention qu'il y a une notion de stress associé à ça aussi au début. Juste la tenir... Tsé démontrer l'affection on dirait que c'est c'était difficile... Parce que justement tu veux faire attention de... tsé son cou, etc., etc. Tsé je... bébé naissant c'est toujours comme ça là je le sais, mais quand même ça reste que tsé quand c'est rendu que tu la prends dans un bras pis... Tsé ce n'est pas pesant à 4 livres... (P16)

Tous les parents qui ont abordé ce défi mentionnaient l'anxiété ou le stress à l'idée de prendre l'enfant et de le blesser. En effet, l'apparence fragile associée à la prématurité semblait donner l'impression que l'enfant était malade et qu'il pourrait ne pas supporter d'être pris dans les bras pour recevoir de l'affection. Pour eux, ceci entravait la dimension affective dans la relation parent-enfant prématuré.

Culpabilité maternelle

Le second défi qui a été le plus abordé par les parents pour la dimension affective dans la relation parent-enfant est la culpabilité des mères par rapport à la naissance prématurée de l'enfant. Ce thème a été abordé par 9 des 15 mères et 6 des 12 pères (en parlant de leur conjointe). Ce sujet très sensible pour ces mères a suscité beaucoup d'émotions, car celles-ci semblaient prendre sur leurs épaules le blâme de la prématurité de leur enfant, mais aussi la responsabilité de l'hospitalisation au retour à la maison avec l'enfant. La prise de conscience de la séparation liée à la naissance prématurée et le transfert dans un autre centre hospitalier pour certains, du long moment où l'équipe

médicale a pris en charge leur enfant et le long rétablissement de l'enfant au retour à la maison ont été des sujets particulièrement éprouvants pour elles. Pour certaines, cette culpabilité était renforcée par un sentiment d'imposteur à travers leur rôle de mères. Ces éléments semblent avoir engendré une culpabilité qui a entravé le déploiement de la dimension affective de la relation parent-enfant prématuré.

Le lien d'attachement, je pense, c'est pour ça que ça l'a été si long. C'était mon enfant, mais (silence ; pleurs) Quand il est né, ils me l'ont comme juste arraché [...] Pis je pense que ça l'a pris comme un rôle d'imposteur un peu (silence). Tsé même comme quand on est arrivé à la maison, oui ce bébé-là nous appartenait, mais c'était comme tout un autre apprentissage qu'il fallait faire, pis là c'est nous qui s'en occupons pis pas comme quelqu'un d'autre pendant un mois là... (M30)

Pour d'autres mères, le sentiment de culpabilité semblait exacerber un sentiment d'incompétence dans leur rôle. En effet, en plus de se sentir coupables d'avoir accouché prématurément, certaines mentionnaient se sentir coupables de ne pas ressentir un attachement envers l'enfant au retour à la maison.

Bin au début, tu te trouves vraiment poche comme mère ! Tu te sens coupable d'avoir accouché prématurément ! Je vais essayer de ne pas pleurer... (voix tremblante ; long silence, chuchote au bébé et se met à pleurer) Tu te sens coupable d'avoir accouché de façon prématurée pis tu te sens coupable de pas sentir le lien... (pleurs ; silence). Tu te sens coupable de plein d'affaires ! Tu te sens coupable de pas ressentir ce que tu es censée ressentir au début ! Comment je me suis sentie... Je ne me sentais vraiment pas bonne ! (M10)

De notre perception, la culpabilité ressentie par ces mères se situait à plusieurs degrés et débutait avec l'arrivée de l'enfant. Malgré tout, le retour à la maison était une période de grands changements, puisque les parents devaient apprendre leur rôle de principal soignant sans l'équipe médicale, tout comme l'enfant qui découvrait un nouvel

environnement. Pour plusieurs mères, la charge mentale du parcours de vie de l'enfant et de ses réactions lors du retour à la maison venait en quelque sorte confirmer leur ressenti négatif de culpabilité envers elles-mêmes. De plus, les stigmates abordés précédemment semblaient amplifier cette culpabilité maternelle, car pour plusieurs, la comparaison avec les enfants du même âge devenait un poids supplémentaire et venait confirmer l'idée que l'enfant est différent de ce à quoi elles s'attendaient.

Pour les pères, ceux-ci mentionnaient le sentiment d'impuissance par rapport à leur conjointe et le besoin de trouver des solutions concrètes pour atténuer le sentiment de culpabilité de ces dernières.

Hum... Ce qui a été le plus difficile pour moi là-dedans, c'est de supporter les deux, mais surtout de supporter ma blonde... Je la vois à terre pis je sais pas quoi faire ou vers qui me tourner. Pour vrai après l'hôpital, c'était ça le plus difficile pour moi, c'était d'essayer de la consoler sans savoir quoi dire... (P42)

Impossibilité d'allaiter

Le troisième défi abordé dans le cadre de l'expérience affective était l'allaitement. Pour 6 des 15 mères, il n'était pas possible d'allaiter leur enfant, et elles ont dû faire ce deuil lors du retour à la maison. Ce défi a également été nommé par 5 pères (en couple avec une conjointe qui n'a pas pu allaiter ou ont cessé). Pour les mères, elles nommaient qu'il fût éprouvant de tenter l'allaitement lorsque l'enfant avait de la difficulté à prendre le sein, ou encore lorsque la quantité de lait était insuffisante pour nourrir l'enfant toutes les trois heures. La routine des enfants prématurés était exigeante pour les parents lorsqu'ils étaient nouvellement à la maison, puisque les attentes étaient que l'enfant devait

prendre du poids rapidement. Il était difficile d'apprécier ces moments de tendresse, car les mères semblaient appréhender constamment le prochain boire. Pour ces mères, l'allaitement infructueux devenait tellement prenant dans leur tête qu'elles nommaient avoir ressenti une distance émotionnelle face à leur enfant pour se concentrer sur les autres besoins physiologiques de l'enfant.

Euh, dans mon cas je n'ai pas eu la chance d'allaiter là, ça pas du tout fonctionné. Faque j'ai l'impression que comme ça aussi ça l'a joué dans, l'espèce de lien que je voulais créer avec lui. Le retour à la maison euh, pour moi c'était euh, un petit être, je veux dire tsé que j'aime là, c'est mon enfant, je veux dire psychologiquement c'est sûr que tu l'aimes. Hum, mais ce n'était pas euh, pour moi c'était genre, un bébé dont tu dois t'occuper, mais y'avait pas nécessairement de lien. (M19)

Il est intéressant de s'interroger sur la place que prennent les attentes de l'allaitement pour ces mères. Bien que pour celles-ci l'allaitement était l'un des facteurs qui semblaient nuire au développement d'une relation affective, nous pouvons penser que socialement, cela pouvait être une pression supplémentaire. Dans l'idée qu'une mère doit allaiter pour être compétente dans son rôle, il en vient un deuil important en tant que femme et en tant que mère, de ne pas avoir pu accomplir cette tâche comme elle l'aurait souhaité. L'extrait suivant porte sur l'expérience d'une mère de jumelles prématurées. L'une des jumelles était en mesure d'être allaitée, alors que cela n'était pas possible pour l'autre. Il était intéressant d'avoir accès aux réflexions de cette mère concernant l'allaitement, et la comparaison de ces deux expériences différentes vécues en simultanée.

Elle je l'allaite et elle, elle est à la bouteille. C'est comme si... je sais qu'elle m'aime là, mais c'est comme si j'avais le besoin de reconquérir son amour vu que je n'ai pas réussi à l'allaiter comme sa sœur. Son père a plus tendance à aller vers elle, et elle est tellement après son père ! Elle le voit... elle fige ! Elle est comme paralysée, mais elle me regarde pis pfff ok c'est juste maman. Qu'est-ce qu'il a tsé que moi je n'ai pas ? Mais tsé, en même temps, elle, elle fait ça avec moi, c'est maman, maman, maman ! [en parlant de sa fille qu'elle allaitait]. (M12)

Dans l'extrait précédent, la mère se comparait à son conjoint, puisque ce dernier avait une relation différente avec l'une de ses filles. Comme elle n'avait pas la même relation avec ses jumelles et que l'allaitement est un élément qui les distinguait, l'accent était mis sur cet élément. Le père des enfants était en mesure de nourrir l'enfant au biberon pendant que sa conjointe allaitait la seconde ; ce qui fait qu'ils développaient une relation différente avec les jumelles. Bien que cela pouvait être une occasion pour le père de développer une relation distincte avec sa fille qui n'était pas allaitée, la participante semblait intérioriser cette distance avec l'une de ses filles et venait à se comparer à son conjoint. Nous pouvons penser que le stigmate de la pression sociale pouvait venir influencer la perception de cette mère par rapport à sa fille, mais également la dimension affective avec elle.

Quant aux pères qui étaient en couple avec leur conjointe qui n'a pas pu allaiter ou étant dans l'obligation de cesser, ces derniers ont nommé avoir trouvé difficile d'accompagner leur conjointe dans cette expérience bien que pour eux, cela était un soulagement de cesser l'allaitement. Ces derniers nommaient que l'allaitement était tellement difficile, qu'il était éprouvant pour eux de voir leur conjointe ressentir un échec chaque jour. De plus, ils nommaient qu'ils s'étaient sentis privilégiés d'avoir pu donner

le biberon à l'enfant pendant que leur conjointe se reposait. Pour ces pères, cependant, ils ressentaient que l'échec de l'allaitement était vécu comme un deuil important pour leur conjointe, et ce, même après un an de vie avec l'enfant.

Au début, avec [nom de la conjointe], on a essayé l'allaitement. Ça n'a pas fonctionné à cause qu'elle était prématurée donc, ce volet-là était aussi un petit peu difficile en mon sens... dans le sens où ce qu'il y a fallu trouver une... une alternative, mais beaucoup de lâcher prise avec le volet allaitement ; ce qui a été très très très difficile à mon avis, le pire c'est vraiment les premières semaines en plus de l'allaitement qui ne fonctionnait pas. Elle se sentait constamment en échec et pleurait beaucoup, je me sentais impuissant là-dedans, mais c'était encore plus difficile pour elle là. (P16)

Il était intéressant de prendre conscience de cette impuissance chez les pères lorsqu'il était question de l'allaitement concernant leur enfant et leur conjointe, puisque l'on remarquait que leur perception de leur rôle de père et conjoint était centrée sur le fait de soutenir la conjointe. Ne pas être en mesure d'accomplir ce soutien les amenaient, eux-mêmes, dans une situation d'échec en tant que conjoint. Pourtant, ces derniers minimisaient ce qu'ils ressentaient, en se focalisant sur l'expérience de leur conjointe.

Je lui ai toujours dit je veux pas que tu fasses une dépression, je veux pas tsé... Tu commences à pleurer, t'aimes pas allaiter, c'est vraiment l'enfer à toutes les fois, t'anticipes déjà ton prochain allaitement, tu pleures. Tsé [nom de l'enfant] a besoin de toi et j'ai besoin de toi. Ce sont elles qui les portent durant la grossesse, pis la société en demande tellement aux femmes... Moi dans le fond... ma job c'est de les supporter, pis j'ai pas l'impression d'y arriver, pis elle, elle a mis au monde un humain... Mais tsé à ce moment, c'était de l'impuissance que je ressentais. (P31)

Épuisement physique et mental

Le dernier défi a été abordé par 5 des 15 mères et aucun père. Ce dernier était l'épuisement physique et mental. Bien que la notion de stress, d'anxiété et l'adaptation du

retour à la maison étaient nommés comme étant éprouvants pour la majorité des parents, certaines mères ont nommé que cet épuisement se répercutait dans les moments affectifs avec l'enfant.

Je pense, un autre 6 mois, juste avec lui, à m'en occuper à temps plein là, j'étais en train de... j'étais en train de devenir folle. J'étais vraiment fatiguée [...] Tsé pis déjà j'étais vraiment épuisée genre j'en pouvais pu d'être avec lui. J'arrivais pu à apprécier les moments affectifs avec lui, c'était comme trop... J'en pouvais pu. (M17)

Ces mères se caractérisaient aussi par un isolement social plus grand, un manque de soutien de la part de l'entourage et un conjoint retourné rapidement au travail ou simplement absent dans la vie de l'enfant. Encore une fois, nous prenions conscience que l'accumulation d'enjeux sociaux, dont un enfant avec des besoins particuliers, la présence de plus d'un enfant, un faible entourage ou encore plusieurs deuils liés à la maternité, sont des facteurs qui fragilisaient la santé mentale de ces mères et étaient donc des facteurs de risque pour ces nouveaux parents. Le verbatim suivant démontre bien cette pluralité de facteurs qui semble fragiliser la santé mentale de cette nouvelle mère.

Au début, c'est vraiment stressant d'arriver à la maison [...] Je pense que j'ai développé une phobie de ça ! Je ne dormais pas au début quand on est arrivé pis là mon chum travaillait, on n'a pas de famille à Québec et j'étais brûlée... [...] J'ai l'impression aussi que j'étais en deuil de ma grossesse... Tsé tu n'as pas un accouchement normal, t'as pas ta famille, après ça l'allaitement ça ne marche pas comme tu veux ! Voyons ! Je ne suis pas capable d'avoir un bébé à terme, je ne suis pas capable de d'allaiter ! Je voulais juste brailleur. (M10)

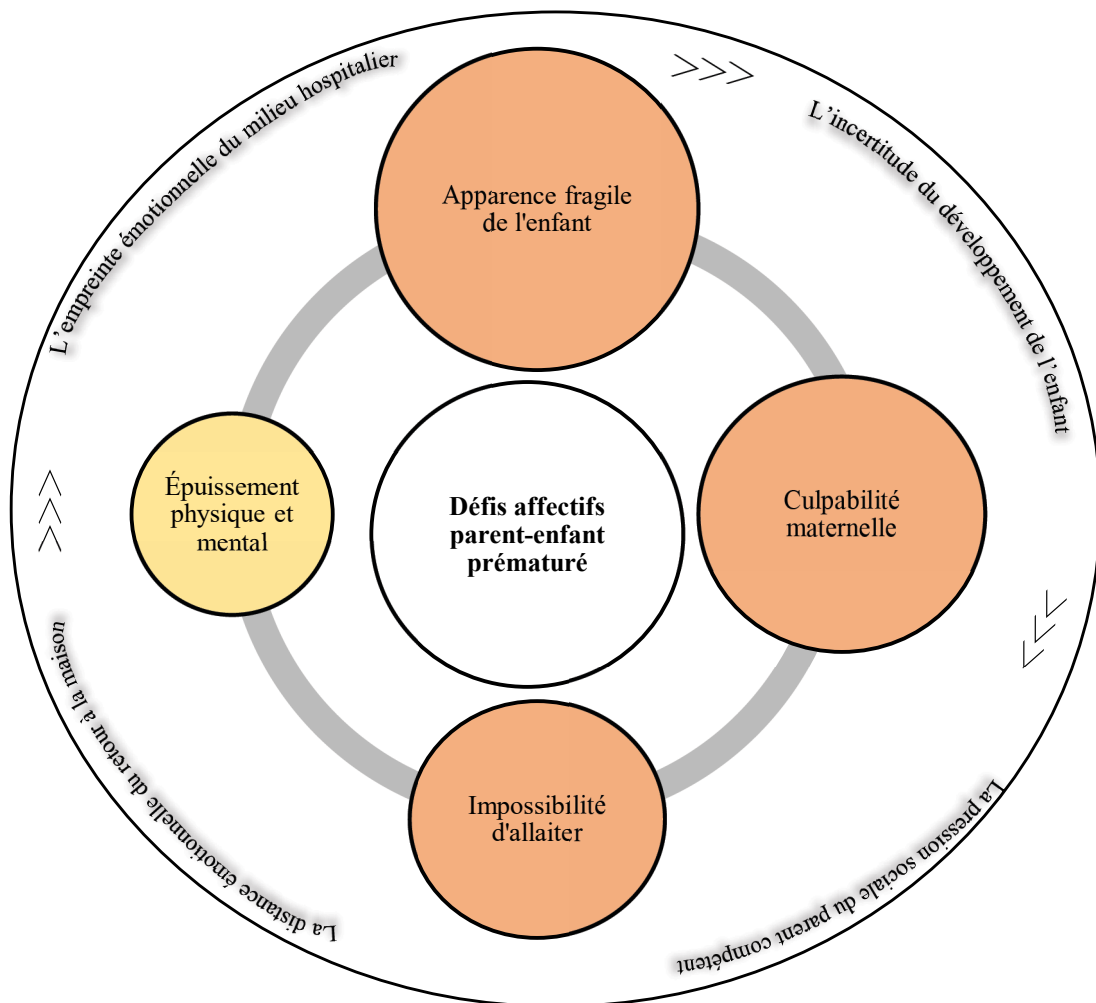
La maternité en contexte de prématurité était un stress constant pour ces parents dès l'arrivée de l'enfant et se poursuivait tout au long de son développement, puisque plusieurs appréhendaient les répercussions possibles à long terme. Malgré tout, plus l'enfant se

développait et était en mesure de réagir aux interactions des parents, plus le discours des parents tendait à devenir plus investi émotionnellement envers l'enfant. De ce fait, lorsque nous abordions les aspects positifs de la dimension affective, cela se retrouvait rapidement amalgamé à la dimension communicationnelle. Plus l'enfant se développait et interagissait avec ses parents, plus les parents prenaient plaisir à interagir avec leur enfant sur le plan communicationnel et affectif. Le fait que l'enfant devenait davantage actif prenait une grande place dans le développement de la dimension affective dans la relation parent-enfant, mais particulièrement pour ces parents qui semblaient y voir un renforcement positif dans les réponses de l'enfant. Il semblerait donc que les premiers moments affectifs soient précurseurs du développement communicationnel à mesure que l'enfant se développe.

La Figure 1 permet de visualiser les principaux défis liés à la dimension affective de la relation parent-enfant au retour à la maison en fonction du discours des participants. L'expérience affective est au centre de la figure puis est entourée de défis. La grosseur des sphères dépend du nombre de parents qui ont abordé ce défi. De ce fait, l'apparence fragile de l'enfant est un défi plus imposant que l'impossibilité d'allaiter par exemple. Aussi, à l'arrière du modèle, les stigmates sont présents et sont influencés par la notion de temps qui est représentée par des flèches d'accélération.

Figure 1

Défis pour la dimension affective parent-enfant prématuré incluant les stigmates et la notion de temps



Légende :

- Mères et pères
- Mères seulement

Dimension communicationnelle pour la relation parent-enfant prématuré

La communication avec l'enfant était le thème le plus abordé par les parents. Après une recherche lexicale, la communication parent-enfant a été mentionnée 2952 fois dans les 27 entretiens. Nous avons identifié la communication parent-enfant comme étant les interactions sociales entre le parent et l'enfant, notamment la façon dont ces derniers entraient en relation entre eux. Contrairement à la dimension affective, le développement communicationnel entre le parent et l'enfant était perçu beaucoup plus positivement par les parents malgré des défis qui étaient présents et semblables aux défis présentés précédemment. Il est important de mentionner que comme la question de recherche de cette étude doctorale portait sur les défis de la dimension communicationnelle lors du retour à la maison, les résultats présentés sont concentrés sur cette question malgré les retombées positives du développement communicationnel avec l'enfant prématuré mentionnées par les parents lors des entretiens, et abordés prochainement dans cette thèse.

D'ailleurs, la majorité des participants (25 sur 27) étaient en mesure de nommer des moments clés dans la dimension communicationnelle avec leur enfant qui ont permis de faire une différence positive dans leur propre investissement dans la relation avec l'enfant, contrairement à l'expérience affective qui était décrite comme une évolution graduelle dans le temps. Ces moments semblaient être des moments décisifs dans l'investissement émotionnel des parents et dans la transition d'une perception négative vers une perception positive de la relation avec l'enfant. Nous reviendrons donc plus loin dans ce texte sur ce que nous avons appelé les déclics parentaux dans la dimension communicationnelle.

Défis rencontrés dans la dimension communicationnelle au retour à la maison

Nous avons remarqué, dans le discours des parents, qu'ils avaient rencontré des défis communicationnels avec l'enfant tout particulièrement lors des premiers moments interactionnels avec l'enfant au retour à la maison. Un des éléments intéressants de ces résultats était que les défis rencontrés dans les dimensions affective et communicationnelle s'entremêlaient et se ressemblaient, mais étaient décrits différemment par les mères et les pères. Nous présenterons les défis en ordre décroissant, soit du défi qui était le plus souvent abordé par les mères et les pères jusqu'au défi qui était abordé seulement par les mères.

Manque de réciprocité de l'enfant

Le premier défi qui était abordé par les parents à l'étude est le manque de réciprocité de l'enfant dans les interactions sociales avec eux. Pour 10 mères et 12 pères de l'étude, ce défi a été mentionné lors des premiers mois du retour à la maison avec l'enfant.

Bin c'est ça au début elle faisait juste pleurer, dormir sur nous, pleurer, dormir sur nous... Ça été long avant que je me dise : Ah on dirait qu'elle me regarde dans les yeux ! Ça a pris... des semaines ! Je pouvais lui donner son bain, elle ne bougeait pas ! Je la mettais dans une chaise, une chaise vibrante... elle ne bougeait pas ! Faque tsé, ça été vraiment long là, même si j'essayais d'y chanter des chansons ! Lire des histoires ! (M10)

Les parents avaient grandement abordé le fait que l'enfant avait très peu de réactions en comparaison avec les enfants de leur entourage. Il était confrontant de voir la différence entre leur enfant et ce qu'ils pouvaient observer chez les autres familles, ou encore

lorsqu'ils se fiaient aux capacités de communication des enfants nés à terme selon leur courbe d'apprentissage.

Mettons de rire, de, tsé de crier de, tsé ça été vraiment retardé. Faque moi je voyais mettons toutes les enfants de mes amis rire, éclater de rire euh, nous regarder pis faire des sourires. Moi mon gars y'était, y nous faisait... Il n'avait aucune expression faciale... C'était difficile de le comprendre. (M54)

Le délai dans les capacités de communication de l'enfant et son immaturité neurologique faisaient en sorte que ce dernier semblait très peu réactif et difficile à comprendre lors du retour à la maison. Certains parents nommaient aussi qu'ils comparaient leur enfant prématuré à leur autre enfant qui, lui, était né à terme. Il y avait la notion de ce qui était « normal » pour l'âge de l'enfant et le fait que la comparaison semblait dévaloriser le développement propre à l'enfant prématuré dans le discours des parents. Cela semblait être un défi confrontant pour ces parents qui en étaient à leur première expérience de la prématurité. Tout comme dans la dimension affective, on remarquait que les stigmates présentés précédemment semblaient prendre une place importante dans la dimension communicationnelle, dont la pression sociale du parent compétent. Ainsi, les parents sentaient une certaine pression sociale lorsque l'enfant ne rencontrait pas cette norme développementale.

Apparence fragile de l'enfant

Le second défi, présent à la fois dans les dimensions affective et communicationnelle pour les mères et les pères, était l'apparence de fragilité de l'enfant. Pour 8 des 15 mères

et 10 des 12 pères, l'apparence frêle de l'enfant les empêchait d'interagir comme ils le souhaitaient avec leur enfant.

On dirait que j'avais... vu qu'était prématurée, j'avais de la difficulté à interagir avec elle. On dirait j'ai... de justement entrer en communication avec elle... J'étais tellement stressée par ça que j'ai l'impression que ça l'a affecté mon interaction avec elle. J'osais quasiment pas la toucher en fait... Progressivement, j'ai commencé à plus interagir avec elle, plus communiquer pis euh, plus oser la prendre aussi là parce que j'avais peur de la prendre. (M15)

Ce second défi associé à la dimension communicationnelle semblait davantage concerner la façon dont le parent se sentait à l'aise d'interagir ou non avec ce dernier. Comme l'enfant est plus petit et plus léger, qu'il revenait d'une période hospitalière éprouvante et que les parents étaient encore dans la découverte de l'enfant et de leur propre expérience de la parentalité, certains parents semblaient avoir une réserve à interagir avec l'enfant tant que ce dernier ne concordait pas à leurs attentes d'un nouveau-né. À ce sujet, les parents qui avaient rencontré des difficultés quant à l'apparence fragile de leur enfant avaient naturellement le réflexe de nous parler de la grosseur de l'enfant et du fait que plus l'enfant prenait du poids, plus ils se sentaient à l'aise de prendre l'enfant et d'interagir avec lui.

Ah avec l'interaction... J'ai l'impression que oui au départ, c'était difficile parce que je la... je la percevais comme quelque chose de très fragile. Avec raison là. Faque évidemment... La communication que tu as avec elle tsé on dirait que tu... tu t'es toujours plus sur tes gardes. On dirait que t'es toujours plus insécure... T'as l'impression de marcher sur des œufs. (P16)

Difficulté à comprendre l'enfant

Le dernier défi qui était abordé par les parents pour la dimension communicationnelle était la difficulté à comprendre les signaux de l'enfant. Ce défi a été nommé par 8 des

15 mères et aucun père. Un grand nombre de mères nommait le sentiment d'impuissance associé au fait qu'elles étaient incapables de comprendre leur enfant et donc, de bien répondre à ses besoins à certains moments.

Je pouvais y changer le, tsé la couche, y donner à boire euh, le coller sur moi pis, un moment donné je me sentais impuissante, je le savais comme pu. Mais tsé c'est mon premier bébé. J'ai connu d'autres enfants, mais ce n'est jamais pareil que quand c'est les tiens là. Pis quand qui pleure, qui pleure qui pleure pis que tu ne comprends juste pas pourquoi qui pleure et il y avait aucun autre symptôme annonciateur, c'est très difficile et je deviens fatiguée d'essayer d'interagir avec parce que je ne le comprends pas. (M54)

Il était fréquent d'entendre les nouveaux parents se sentir impuissants dans des moments où ils n'arrivaient pas à calmer l'enfant à la suite des signaux envoyés par ce dernier. Les mères de cette étude n'en étaient pas différentes, mais deux stigmates semblaient prendre une place particulière dans le discours des mères.

Pis là, tous les pleurs pis là tu ne sais pas si ton bébé est normal ! C'est-tu la prématurité qui fait ça ? C'est tu le clapet pis finalement c'est pour ça qu'elle vomit autant et qu'elle vomit en jet, pis qu'elle a l'air d'être dans l'Exorciste. Je ne comprenais pas pourquoi elle pleurait autant ! Elle pleure tellement tout le temps que tu te dis, coudons c'est tu moi ? Est-ce que je fais quelque chose de pas correct ? (M10)

Comme nous pouvons le lire dans l'extrait précédent, ces participantes semblaient intérioriser l'incapacité à consoler l'enfant. Cela nous amenait à penser que ces événements où l'enfant est inconsolable, malgré plusieurs tentatives, pouvaient impacter le sentiment de compétence parentale.

J'ai été 5 semaines à l'hôpital pis si elle pleurait était peut-être toute seule dans son petit lit en plastique ! Faque là... c'est clair que je n'allais pas la laisser pleurer ici ! C'est tu moi qui est poche pis qui ne comprend pas qu'est-ce que le bébé veut, parce que tout le monde autour dise ah c'est tellement beau profite-en c'est tellement de beaux moments, c'est tellement le fun ! Pis là t'es comme... ben ça doit être moi tsé. Mais pourtant tu te dis : voyons je ne suis pas niaiseuse là ! En tk... je ne pense pas là... (M10)

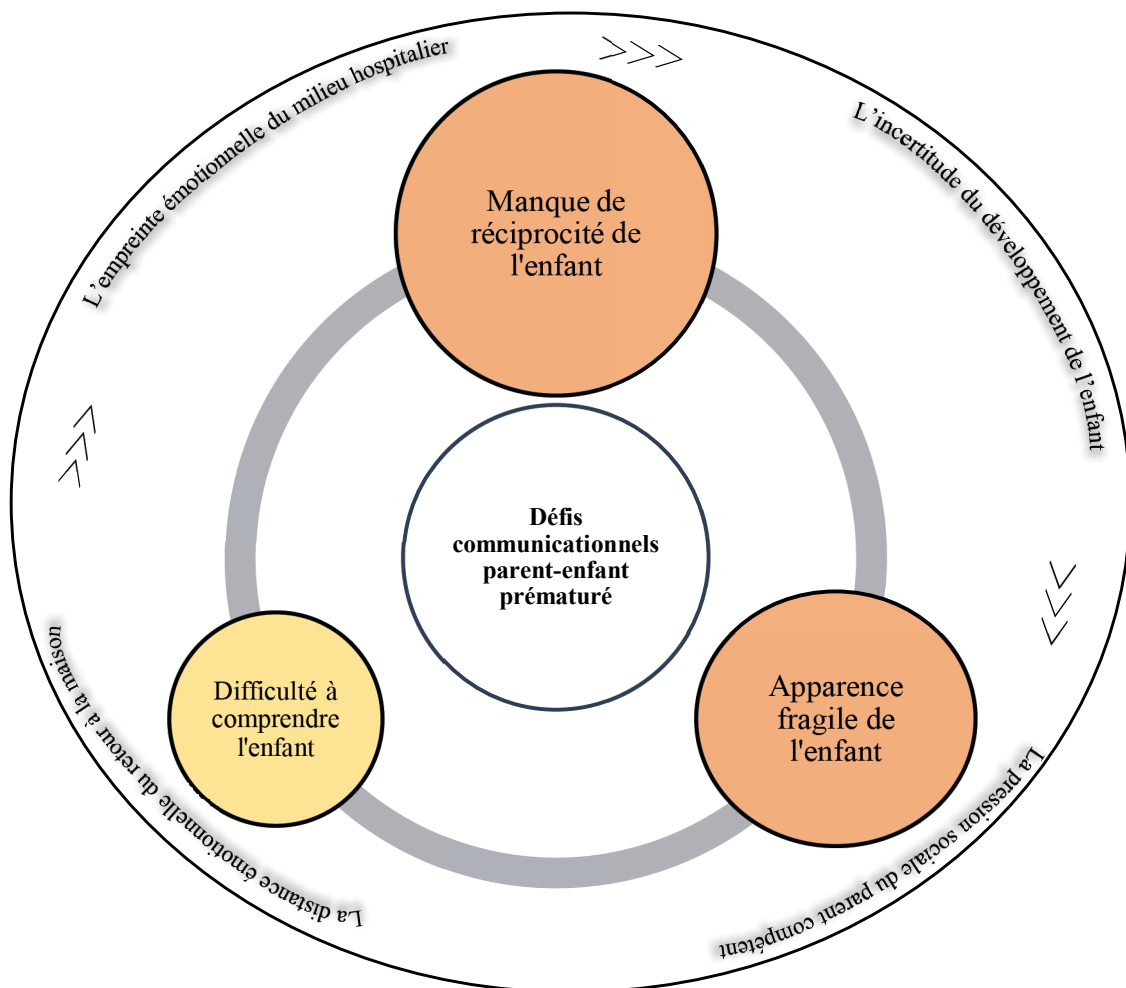
Dans cet extrait, on remarquait que le stigmate de l'empreinte émotionnelle du milieu hospitalier semblait encore présent dans les pensées de cette mère. Comme il a été mentionné dans la dimension affective, la culpabilité qui était liée à l'accouchement prématuré de l'enfant pouvait être un poids supplémentaire pour ces mères qui tentaient de compenser à la maison en étant constamment aux aguets des besoins de leur enfant. Du même coup, lorsqu'elles n'arrivaient pas à atteindre cet objectif, la détresse de l'enfant, jumelée à l'incompréhension des besoins de l'enfant, semblait renforcer l'idée qu'elles n'étaient pas compétentes dans leur rôle de mères.

Un élément intéressant des entretiens à ce sujet était que ce besoin d'augmenter le sentiment de compétence parentale dans les interactions avec l'enfant avait seulement été observé chez les mères. La perception des pères à l'étude concernant la communication avec l'enfant ciblait davantage les compétences de l'enfant et son développement. En effet, cette façon de prendre la responsabilité de comprendre les signaux de l'enfant concernait les mères, alors que les pères associaient cette difficulté à comprendre les signaux de l'enfant comme étant généralement associée à l'âge de l'enfant, à son incapacité à communiquer ou encore à sa fragilité physique caractérisée par le fait que l'enfant était prématuré.

La Figure 2 décrit les principaux défis de la dimension communicationnelle au retour à la maison. Tout comme la Figure 1, les défis les plus fréquents pour la dimension communicationnelle sont mis en évidence, jusqu'au défi le moins abordé. Selon la couleur des sphères, il est possible de voir les défis nommés par les mères et les pères, ainsi que le défi mentionné que par des mères. Pour finir, les stigmates sont présents comme une toile de fond aux défis communicationnels lors du retour à la maison pour la parentalité en contexte de prématurité.

Figure 2

Défis de la dimension communicationnelle parent-enfant prématuré incluant les stigmates et la notion de temps



Légende :

- Mères et pères
- Mères seulement

En analysant le contenu des entretiens, nous avons pris conscience que la majorité des parents (25 participantes ; 11 pères et 14 mères) étaient en mesure d'identifier des moments précis où ils sentaient un changement interactionnel avec leur enfant. Nous avons nommé ces moments des « déclis parentaux ». Ces moments semblaient très

importants dans la transition du parent de l'investissement automatique/contrôlé avec l'enfant vers un investissement émotionnel. Ces moments identifiés par les parents semblaient être des moments décisifs dans la perception positive des interactions sociales avec l'enfant.

Déclis parentaux de la dimension communicationnelle au retour à la maison

Comme nous pouvons l'observer dans le Tableau 4, pour un grand nombre de parents, le moment décisif qui était identifié était l'essor de la réciprocité de l'enfant lors des interactions (14 mères et 10 pères). Autant pour le développement communicationnel que pour le développement affectif parent-enfant, la réponse de l'enfant lors des interactions était majeure dans la perception des parents concernant l'expérience de la parentalité. Plus l'enfant réagissait en souriant, en regardant dans les yeux ou en babillant, plus les parents s'ajustaient à la réponse de l'enfant, et tentaient donc de s'ajuster aux signaux de l'enfant. Les déclis parentaux rapportés étaient : le premier regard de la mère sur l'enfant après l'accouchement ($n = 2$), la première expérience d'allaitement fructueuse ($n = 2$), lors du retour à la maison et du fait qu'elles devenaient les principales donneuses de soins de l'enfant pour la première fois ($n = 3$), lorsque l'enfant a maintenu le regard pour la première fois ($n = 12$), la première fois que l'enfant a offert un retour communicationnel ($n = 14$) et lorsque l'enfant a reconnu la mère pour la première fois ($n = 4$).

Tableau 4*Description des déclics parentaux dans la communication parent-enfant*

Déclit/moment décisif de l'investissement parental	Thème	Nb de référents	Nb de participants
Mères	Le premier regard de la mère sur l'enfant après l'accouchement	2	2
	Première expérience d'allaitement	4	2
	Lors du retour à la maison/sentiment d'être la principale donneuse de soins	3	3
	Lorsque l'enfant a maintenu le regard pour la première fois	12	12
	La première fois que l'enfant a offert un retour communicationnel	14	14
	L'enfant a reconnu la mère	5	4
Pères	Lorsque l'enfant a maintenu le regard pour la première fois	7	6
	Le premier regard de l'enfant lors d'un contact peau à peau à l'hôpital	2	2
	Lors du retour à la maison/sentiment d'être le principal donneur de soins	2	2
	La première fois que l'enfant a offert un retour communicationnel	11	10
	L'enfant a reconnu le père	5	5

Note. Les réponses les plus communes des participants sont soulignées en gras.

Pour les pères, les déclics parentaux sont : lorsque l'enfant a maintenu le regard pour la première fois ($n = 6$), le premier regard de l'enfant lors d'un contact peau à peau à l'hôpital ($n = 2$), lors du retour à la maison et du fait qu'ils devenaient les principaux donneurs de soins de l'enfant ($n = 2$), la première fois que l'enfant a offert un retour communicationnel ($n = 10$) et lorsque l'enfant a reconnu le père pour la première fois ($n = 5$).

L'accent des déclics parentaux portait majoritairement sur la réponse de l'enfant dans les interactions, que ce soit dans la reconnaissance des parents, dans la réactivité de l'enfant, ou encore dans la capacité à maintenir le regard vers les parents, même de simplement regarder le parent lors des contacts en peau à peau. L'enfant était décrit comme un être plus actif dans la communication parent-enfant par les parents, et cela donnait aux parents le déclic pour tenter de comprendre leur enfant et continuer à interagir avec ce dernier. Ce concept n'eût pas encore été exploré dans le cadre de la parentalité en contexte de prématurité à notre connaissance. De plus, nous pensons que les défis associés au développement communicationnel parent-enfant rendaient la compréhension du parent envers son enfant plus difficile.

C'est vraiment juste une question de facial là c'est vraiment juste une communication visuelle si on veut là. Mais hormis ça, ster évidemment je... je... j'ai beau y parler, mais.... Elle reconnaît ma voix j'ai l'impression, mais juste du regard elle va se retourner et elle va reconnaître faque ster juste ça je pense que c'est déjà un bon signe de communication. Je me souviendrai toujours du moment qu'elle s'est revirée de bord la première fois pis elle m'a regardé (rire) C'est un beau moment pour ça. (P16)

Si on l'observait l'âge des enfants (3 à 13 mois), nous avons remarqué que le développement de l'enfant exerçait une grande influence dans la capacité de l'enfant à communiquer avec ses parents et à exprimer ses besoins. Plus l'enfant mûrissait en âge, plus il arrivait à réagir à ses parents. De ce fait, nous avons pris conscience que la notion de temps est essentielle dans l'expérience communicationnelle parent-enfant prématuré. Il a été observé que plus les parents interagissaient avec l'enfant, plus cela semblait avoir des répercussions sur la dimension affective. Nous décrivons ce phénomène dans la section suivante.

Le lien d'attachement pis comme l'amour là, tsé (Hum hum) toutes les mères disent « ah mon dieu, j'ai accouché là, pis comme, j'ai eu une bouffée d'amour pour mon enfant » là pas du tout là. Dans mon cas, c'est plus quelque chose qui s'est bâti euh, qui s'est bâti avec le le temps pis, je crois aussi qui s'est bâtie justement quand on a commencé à avoir des interactions avec lui. (M19)

Étapes du développement communicationnel parent-enfant prématuré

Au cours de l'analyse thématique, l'un des thèmes récurrents était la notion de temps dans le développement de la relation parent-enfant, et la dimension communicationnelle n'a pas fait exception. Plus l'enfant se développait, plus ce dernier était en mesure de communiquer avec ses parents, et plus les parents se sentaient compétents dans les interactions. Nous avons remarqué que les déclics parentaux semblaient être des éléments déclencheurs dans l'investissement des parents dans la relation avec l'enfant. À partir de ce moment, 14 des 15 mères et 10 des 12 pères nommaient que plus ils interagissaient avec l'enfant, plus ils se sentaient compétents et reconnus dans leur rôle. L'extrait suivant vient appuyer ces propos.

C'est juste de la façon qu'elle te regarde de la façon que... que que ster c'est sûr que les premiers temps bin ster... ça ne bouge pas vraiment tu le sais pas vraiment (rire), mais aussitôt qu'un moment donné tu vois qui s'améliore ster tu le vois qu'un moment donné elle te reconnaît, c'est à ce moment-là ensuite ça, c'est dissipé toutes les peurs que j'avais, pis euh ster de pouvoir la prendre quand qu'à braille, qu'à pleure que tu peux la prendre elle te reconnaît pis à se sent mieux pis toute, toi aussi tu te sens mieux, tu te sens important. (P55)

De plus, alors que la dimension affective parent-enfant était abordée dès le retour à la maison et parfois au moment de l'hospitalisation lors des moments de peau à peau, la dimension communicationnelle parent-enfant pour sa part se situait davantage vers les 3 à 4 mois de vie de l'enfant, et prenait une place plus importante à mesure que l'enfant était assez mature pour faire preuve de réciprocité dans la communication avec son parent.

En rencontrant des parents dont les enfants avaient des âges variés, nous avons pu diviser la perception des parents de la dimension communicationnelle en fonction du développement de l'enfant. Chaque thème représentait une évolution de la relation communicationnelle parent-enfant. Bien que les mères et les pères n'abordaient pas les thèmes de la même façon et ne mettaient pas l'accent sur les mêmes thématiques communicationnelles, il a été observé que les périodes marquantes restent les mêmes. De ce fait, nous avons été en mesure de décortiquer cette évolution en différentes étapes charnières dans le développement de la communication parent-enfant. À la différence des déclics parentaux qui étaient décrits comme un ou plusieurs évènements précis, les étapes nous semblaient faire partie d'une évolution dans le temps et semblaient interreliées. Ces étapes sont : la réciprocité venant de l'enfant était le premier thème dans cette évolution et le plus récurrent pour les mères et les pères (14 mères et 11 pères), suivie de la

reconnaissance du parent par l'enfant (10 mères et 10 pères), de la communication par le regard (12 mères et 8 pères), le fait de se comprendre (15 mères et 4 pères) et finalement, le plaisir dans la communication (10 mères et 10 pères). D'après le nombre d'extraits différents abordant ces thèmes, la réciprocité venant de l'enfant ainsi que le fait de se comprendre étaient les thèmes marquants pour les mères, et chez les pères, la réciprocité venant de l'enfant ainsi que le plaisir dans la communication étaient les thèmes plus marquants. Tous les thèmes seront décrits à la suite du Tableau 5 et l'échelle de temps comprenant l'ensemble des étapes sera présentée plus loin dans cette section.

Réciprocité venant de l'enfant

Nous avons fait ressortir plusieurs extraits des parents qui abordaient la réciprocité de l'enfant comme étant un moment décisif dans leur plaisir de communiquer avec l'enfant, mais aussi lorsqu'ils expliquaient comment ils ont appris à aimer leur rôle de parents. Dans la majorité des cas (14 mères et 11 pères), plus l'enfant était en mesure de s'exprimer et de démontrer à ses parents son plaisir, ses besoins, plus ils sentaient qu'ils sont une nécessité dans la vie de l'enfant.

On dirait que dès qu'a me voit là c'est comme si y'a une lumière qui s'allume là pis a... C'est comme si elle se réveille. On dirait qu'elle le sait que c'est maman là. C'est comme si la connexion elle a toujours été là, même si au début j'avais tellement peur j'étais plus... tsé je la prenais, mais j'étais distante... j'étais toujours nerveuse pis je ne voulais pas qu'a sente que j'étais nerveuse, alors j'avais toujours une retenue avec elle, et comme je n'avais pas de retour, c'était encore plus dur de bien interagir avec elle. (M35)

Tableau 5*Étapes du développement communicationnel parent-enfant prématuré*

Étape	Thème	Nb de référents	Nb de participants
Développement de la communication parent-enfant (mères)	Réciprocité venant de l'enfant	30	14
	Reconnaissance du parent par l'enfant	14	10
	Communication par le regard	12	12
	On se comprend	20	15
	Plaisir dans la communication	17	10
Développement de la communication parent-enfant (pères)	Réciprocité venant de l'enfant	31	11
	Reconnaissance du parent par l'enfant	16	10
	Communication par le regard	10	8
	On se comprend	4	4
	Plaisir dans la communication	20	10

Note. Les réponses les plus communes des participants sont soulignées en gras.

De notre perception, les parents se sentaient valorisés dans leur rôle à partir du moment où les réactions de l'enfant offraient un renforcement positif aux parents. Les parents semblaient ressentir que pour la première fois, ils étaient différents et uniques pour l'enfant, un peu comme si leurs efforts à s'occuper de leur enfant commençaient à payer, car ils étaient reconnus dans leur rôle et leur impact sur l'enfant était positif.

Quand on a un enfant donc euh, qui a eu une naissance plus difficile pis qui est né de manière prématurée tu sais pu sont où tes repères. Hum, donc y'a un côté de soulagement, y'a un côté de fierté, et puis de, de fierté envers lui, de fierté envers moi, j'ai réussi à lui apprendre, j'ai j'ai, j'ai fait mon travail de parent.
(P20)

Les parents semblaient prendre la responsabilité de réussir à interagir avec l'enfant dans le but de répondre à ses besoins. Lorsque les parents prenaient conscience que l'enfant apprenait à interagir et à se faire comprendre par eux, les parents semblaient se sentir validés dans les interactions. Cette notion de renforcement positif avait aussi été remarquée lorsque les parents arrivaient à éprouver du plaisir avec leur enfant, un élément qui était abordé par 11 pères et 12 mères.

Communication par le regard

Ce thème allait de pair avec la reconnaissance de l'enfant, à savoir la communication avec l'enfant par le regard. Le regard de l'enfant prenait une grande place dans le début de la relation communicationnelle, car ce dernier n'était pas en mesure de s'exprimer verbalement. Cet élément était largement abordé lors de la période hospitalière par les parents (12 mères et 8 pères sur 27). Comme l'enfant était dans l'incubateur, les parents ne pouvaient communiquer avec ce dernier que par les yeux et durant les périodes en kangourou. Toutefois, même au retour à la maison, le regard semblait marquer positivement les parents. L'enfant était en mesure de soutenir le regard de ses parents, et cela était suffisant pour être interprété comme une réponse positive à l'interaction avec ses parents. D'ailleurs, l'expression du visage de l'enfant dans les interactions sociales a été abordée 747 fois par les 27 participants.

Tu vois qu'elle est fière d'elle pis qu'elle est contente tsé pis qu'a qu'à veu pis quand tu ne comprends pas... ça c'est le contraire ! Là là ça se fâche là « tu ne comprends pas ce que je veux dire ! » ah... (rire) ça ne le dit pas, mais tu le vois dans son visage que là à te regarde avec des yeux ronds « tu ne comprends pas, ce n'est pas ça que je t'ai dit là ! » (P55)

Reconnaissance du parent par l'enfant

Ce thème abordait davantage les premiers mois de vie de l'enfant lorsque les parents avaient l'impression que l'enfant les reconnaissait. Il a été mentionné par 10 mères et 10 pères. À ce moment, ils nommaient qu'ils étaient plus que des donneurs des soins ou des proches pour l'enfant. Ce thème était abordé comme étant une fierté pour les parents, car pour la première fois, ils étaient reconnus dans leur rôle. Les parents semblaient donc se sentir plus importants pour l'enfant et prenaient conscience de leur rôle privilégié auprès de ce dernier. Ils semblaient se sentir valorisés et validés dans leurs comportements et souhaitaient poursuivre les interactions avec l'enfant.

Quand y'a commencé à avoir des interactions euh, vraiment avec nous genre, à nous sourire à nous. Avoir une réaction particulière quand y nous voyait. Hum, je je disais à mon mari c'est comme son sourire spécial maman, parce que comme y'a aussi un moment où comme, y voit sa grand-mère et sourit, y'est content, y'a reconnaît, mais comme, ce n'est rien par rapport à quand y me voit moi ou quand y voit mon mari là. (M19)

Compréhension réciproque parent-enfant (on se comprend)

Ce thème abordait les moments où l'enfant était en mesure d'interagir avec ses parents sur de plus longues périodes. Nous avons l'impression qu'une fois que l'enfant était en mesure de réagir aux interactions des parents, plus il se développait et plus il était en mesure de permettre une rétroaction aux parents et de répondre par une action. Les parents étaient en mesure de comprendre le besoin de l'enfant et l'enfant confirmait en réagissant

positivement ou négativement aux parents. Ce thème était le plus souvent abordé par les 15 mères, alors que seulement 4 des 12 pères l'avaient abordé.

On dirait qu'elle le sait pis c'est ça que je me dis. Même si elle ne comprend pas les mots, elle le sent. (Hum) C'est ça qui est étonnant parce que, je peux apprendre comment qu'elle est, même quand qu'à parle pas. On arrive à se comprendre. C'est éccœurant (Rire). (P44)

Plaisir dans la communication

Ce dernier thème était abordé à plusieurs reprises par les parents, et tout particulièrement par les pères. Il était en effet le thème le plus abordé par ces derniers, à égalité avec la réciprocité de l'enfant (10 pères et 10 mères). À ce stade, les parents étaient en mesure de nommer qu'ils ressentaient du plaisir à communiquer avec l'enfant. L'enfant était assez développé pour vouloir jouer avec ses parents et rire avec eux. À ce moment, nous avons l'impression qu'une relation était établie entre l'enfant et les parents.

Tsé quand on va à l'épicerie par exemple, je vais leur montrer des choses et je vais dire c'est quoi ? Pis j'ai comme l'impression qu'elles veulent essayer de parler ! Parce qu'elles gazouillent ! Oui c'est ça, c'est une banane (rire) ! Pis là elles me regardent, pis elles veulent me répondre, mais je ne comprends rien (rire) ! C'est là que y'a une grosse interaction avec les deux et moi, parce que c'est coloré et y'a plein de choses à voir et on rit ensemble ! (M12)

À l'inverse, 4 des 27 parents n'avaient pas verbalisé ressentir du plaisir dans les interactions et ces parents nommaient être plus distants envers l'enfant. Nous avons donc pu voir que bien que la communication avec l'enfant nous donnât l'impression d'*ouvrir la porte* au développement d'une relation réciproque avec l'enfant, pour certains parents cependant, ils n'arrivaient pas à s'investir émotionnellement dans le développement de cette relation.

Pour quatre parents, il ne semblait pas possible pour eux de s'imaginer éprouver du plaisir à interagir avec l'enfant. Ces derniers se caractérisaient par un discours beaucoup plus distant lorsqu'ils abordaient l'interaction avec l'enfant.

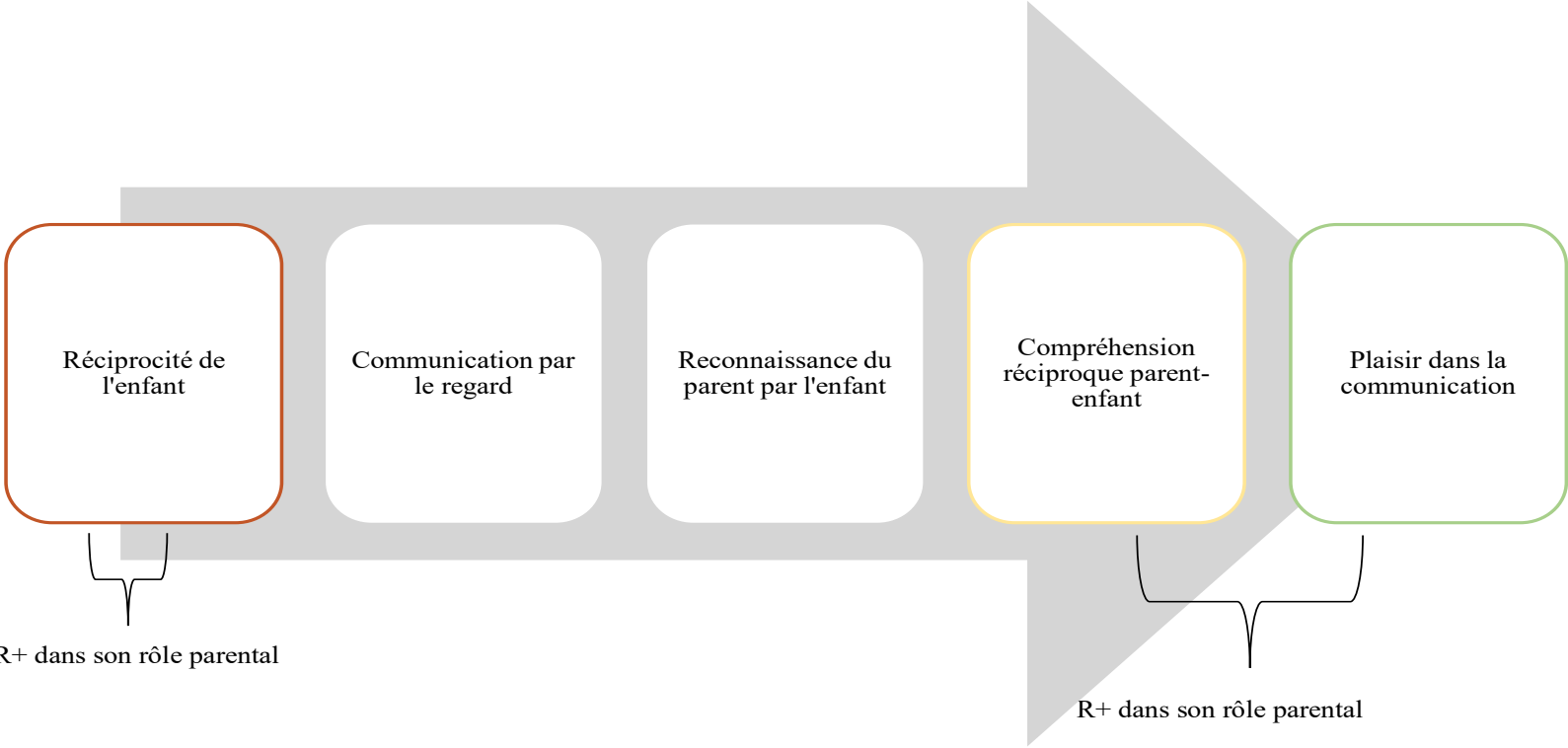
C'est toujours un poids que, pis moi je, je le dis souvent, ce n'était pas tant la tâche de travail, mais c'est comme la charge mentale d'interagir constamment avec... Faque là tsé comme tu finis par te, de le détacher, tsé de le détacher pis de le laisser comme grandir. Il a une bonne éducatrice, son père s'en occupe bien, tout le monde s'en occupe bien. Tsé c'est sûr que je laisse, je garde mon œil dessus, mais il va bien. (M17)

Le dernier extrait montre l'autre extrême de l'évolution de la relation parent-enfant sous la dimension communicationnelle au retour à la maison. Dans ce cas-ci, le vécu de la mère, en combinaison avec les complications de l'enfant avec des besoins particuliers et la pression sociale, semblaient amener cette dernière à prendre ses distances de l'enfant âgé de 13 mois. Dans son discours, nous remarquons qu'elle voyait la parentalité comme étant un travail supplémentaire qui n'était pas valorisant pour elle. De ce fait, elle choisissait de laisser ce travail à d'autres, dont l'éducatrice et le père de l'enfant. Un fossé semblait se créer entre elle et l'enfant, alors que ce dernier tentait de se rapprocher d'elle lors de la rencontre à la maison.

Dans la Figure 3, nous y voyons l'évolution des étapes communicationnelles d'après les discours des parents. Bien que ces étapes aient toutes été abordées par les mères et les pères, certaines avaient une place plus importante et étaient associées à un renforcement positif dans leur rôle de parent.

Figure 3

Étapes communicationnelles de l'engagement des parents dans la relation avec l'enfant prématuré au retour à la maison et sur une année



- Légende :*
- Mères et pères
 - Mères seulement
 - Pères seulement

La réciprocité de l'enfant était évoquée par les mères et les pères, mais il était intéressant de remarquer que les mères se sentaient davantage valorisées lorsqu'elles sentaient qu'il y avait une compréhension réciproque avec l'enfant. Pour les pères, cette valorisation se situait davantage en ce qui concerne le plaisir à communiquer avec l'enfant. La légende sous la figure représente ces particularités propres aux mères, aux pères ou aux deux selon trois couleurs d'encadrés différentes.

Mentalisation parentale

Les écrits scientifiques ont mis en lumière la place importante que prend le concept de mentalisation parentale dans l'adaptation des parents, notamment lors d'expériences difficiles vécues. L'arrivée précoce de l'enfant, combinée à une période hospitalière, étaient deux événements difficiles et marquants pour les parents rencontrés. D'après nos résultats, il était possible de remarquer leurs répercussions, même plusieurs mois après le retour à la maison avec l'enfant. Pour ce faire, notre question à ce sujet était de mieux comprendre le rôle de la mentalisation parentale au sein de la parentalité en contexte de prématurité au retour à la maison. Pour répondre à ce second objectif, nous avons décidé de nous inspirer des dimensions abordées précédemment. Deux dimensions ont été observées dans le discours des parents, à savoir la dimension cognitive-affective ainsi que la dimension soi-autrui. Nous décrirons donc comment le discours des parents se traduisait à travers ces deux grandes dimensions de la mentalisation parentale. À noter que les deux autres dimensions n'ont pas été observées dans le discours des parents à l'étude.

Dimension cognitive-affective

Au retour à la maison, l’empreinte émotionnelle de la période hospitalière de certains parents semblait tellement envahissante pour eux qu’il en venait difficile d’interpréter leur propre ressenti concernant leur expérience de la parentalité, spécifiquement pour la période du retour à la maison. Il semblait d’autant plus ardu pour ces derniers d’interpréter le vécu de leur enfant.

Je ne pense pas que... Je ne pense pas qu’à cette étape-là comme, effectivement, c’est juste un bébé qui, qui a besoin qu’on change sa couche pis qu’on lui donne du lait. Hum, y y sait qui est sa maman là, mais je ne pense pas que comme (silence) je ne veux pas dire qui n’a pas besoin de sa maman là, ce n’est pas vrai, mais comme (silence) l’important c’est que ses besoins soient comme comblés.
(M19)

Le discours des parents est d’abord cognitif, sans regard à leurs émotions ou les émotions de l’enfant lorsqu’ils abordaient spécifiquement la période du retour à la maison. Dans l’extrait précédent, la mère semblait avoir de la difficulté à même s’imaginer que l’enfant pouvait avoir des besoins affectifs. Celle-ci se limitait à répondre à ses besoins de base, possiblement parce qu’elle n’avait pas accès aux signaux de l’enfant. De notre perception, il semblerait que la charge émotive associée à la prématurité de l’enfant au retour à la maison est tellement forte que les parents rapportaient qu’il était facilitant de se couper de toute réflexion en ce qui concerne leurs états mentaux. Cette rupture semblait être un moyen de défense pour les parents afin d’éviter de se sentir envahi émotionnellement.

C'étaient des moments pas faciles, au début à la maison. Il faut psychologiquement, on dirait qu'il y a une coupure pour continuer... Au début on dirait que j'étais plus affecté par la peur de la perdre, mais on dirait t'es plus insécure tu dis tabarouette est tellement fragile comme je dirais que ça, c'est dur à gérer émotionnellement. C'est dur de prendre sur soi-même. Quand elle a commencé à reprendre le dessus, à réagir, on dirait que le traumatisme du début a commencé à partir. Je me suis permis d'en profiter plus à ce moment-là. (P16)

Urgence d'agir avant de réfléchir

De notre perception, l'enfant arrivait au monde dans des conditions critiques et faisait en sorte que les parents se retrouvaient dans un état d'urgence. Ils devaient se mobiliser pour arriver à passer au travers de cette période émotionnellement et physiquement éprouvante. À ce moment, les parents n'étaient pas disposés pour explorer leurs émotions et réfléchir. Lorsqu'ils étaient de retour à la maison avec l'enfant, cette impression d'urgence semblait se poursuivre durant les premiers mois de vie de l'enfant. Cela semblait prendre un temps d'adaptation pour que les parents soient en mesure de se sortir de cette urgence d'agir. Un élément qui semblait influencer l'investissement émotionnel des parents et qui facilitait la mentalisation de soi et d'autrui était la réciprocité de l'enfant. Cet élément est discuté dans la section suivante.

Bien qu'il put être plus difficile de verbaliser des sentiments vécus par ces derniers, 10 des 12 pères ont verbalisé qu'un suivi psychosocial aurait été apprécié à la suite de l'hospitalisation de l'enfant. Le même nombre de mères nommait qu'elles auraient aimé recevoir un accompagnement au retour à la maison. Sur ces 20 parents, seulement 2 des 10 pères ont déboursé pour un suivi en psychologie et/ou en travail social, et 5 des 10 mères ont été de l'avant pour une demande d'accompagnement psychologique de leur

plein gré. Tous ont mentionné être sur la liste d'attente pour un suivi psychologique dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Cela nous a amenés à penser que les parents vivaient de fortes émotions et se retrouvaient en état de déséquilibre important sur la sphère psychologique. Ces parents étaient en recherche active de professionnels qui seraient en mesure de les entendre et de les accompagner dans cette expérience de la parentalité. Cela nous fait penser que la mentalisation parentale serait quelque chose de difficile à soutenir seul, tout particulièrement dans un contexte d'adversité.

À l'hôpital, y'avait pas tant du soutien psychologique y pouvait en avoir, y'avait une travailleuse sociale euh qui pouvait euh être disponible, mais des fois tu avais aussi l'impression d'en demander trop à l'équipe... [...] Rendu à la maison, c'est rassurant de de savoir qu'il y a quelqu'un qui nous aide à cheminer vers ça... Mais je pense que c'est... C'est les démarches à faire que c'est déjà que t'en as plein les bras de toute gérer tes émotions pis euh euh la routine, les rendez-vous, Tsé tes priorités c'est... C'est ton bébé ce n'est pas... On dirait que tu t'oublies un peu, mais j'ai fini par aller chercher moi-même un psychologue, la liste d'attente c'était tellement long et c'est là là que j'ai besoin... C'est vraiment un besoin qui manque selon moi... (M30)

Mentaliser ses états mentaux : un pari difficile, mais protecteur pour l'enfant

L'adaptation du retour à la maison était nommée comme étant une épreuve pour ces parents, notamment pour la découverte et l'appropriation de leur rôle de parent. Dans le contexte de la prématurité, nous remarquons que les parents aussi étaient prématurés dans l'apprentissage de leur rôle. De plus, comme l'enfant était différent des attentes des parents et de l'idée que les parents s'en étaient fait, la capacité de mentalisation parentale était d'autant plus pertinente pour réussir à observer son enfant, en mettant de côté les stéréotypes traditionnels d'un nouveau-né. Toutefois, cela semblait demander un temps d'adaptation aux parents.

Ça doit être difficile pour ton enfant qui doit s'adapter. J'étais contente de le ramener à la maison parce que j'avais l'impression qu'enfin y'allait quitter comme ce milieu-là qui était beaucoup trop stimulant pour lui pis qu'enfin y'allait tsé avoir un peu de calme, pis pouvoir dormir. Mais je ne pense pas que pour les enfants comme, je ne pense pas qui le vivait comme ça là, je pense que tsé y'est juste né pis c'était ça son environnement. Faque au contraire de l'amener dans un environnement qui est calme, y'était juste comme... Y'a rien connu d'autre encore. Faque je pense que pour les enfants aussi c'est un choc le, le retour à la maison là. (M19)

Pour l'extrait précédent, la mère tentait activement de mentaliser l'enfant. À ce moment, nous étions encore dans une zone émotionnelle sensible pour cette dernière. L'enfant était âgé de 7 mois au moment de l'entretien. Malgré tout, cela tendait à s'équilibrer au fur et à mesure que l'enfant se développait et arrivait à interagir avec les parents ; ce qui contribuait à diminuer l'ampleur des émotions difficiles éprouvées par les parents qui semblait interférer avec leurs habiletés de mentalisation. Lorsque l'on comparait le discours mentalisant des parents dont l'enfant était âgé de 12 et 13 mois, ces parents semblaient être en mesure de prendre un recul par rapport aux expériences décrites comment étant éprouvantes émotionnellement.

Le fait que son, son père ne soit pas fâché contre lui, c'était aussi un de ses besoins, et donc je ne répondais pas à ce besoin-là dans ces moments. [...] j'étais fâché contre lui pour la situation dans laquelle on s'est retrouvé. (P20)

Dans l'extrait précédent, nous avons remarqué que le père avait pris conscience de sa colère. Cela lui a permis de réaliser que l'enfant subissait indirectement cette colère et qu'il devait prendre un pas de recul dans les interactions. De notre perception, mentaliser son expérience était difficile dans ce contexte, mais permettait d'offrir un pas de recul et

agissait comme un tampon entre les fortes émotions éprouvées par les parents et leurs comportements dans les interactions.

Nous avons remarqué que les parents qui étaient davantage en mesure de mentaliser leurs états mentaux et leurs impacts possibles sur l'enfant étaient aussi des parents qui verbalisaient avoir ressenti une détresse psychologique ou encore des émotions négatives durant la période du retour à la maison. Nous avons pris conscience que le concept de mentalisation, bien que très important dans le développement d'une relation saine parent-enfant, amenait aussi les parents à être hautement sensibles aux souffrances vécues par l'enfant au retour à la maison. À court terme, cette capacité à mentaliser qui s'accompagnait souvent d'une grande empathie semblait être un facteur de risque pour le bien-être psychologique de ces parents, tout particulièrement lorsque ces derniers avaient un faible réseau de soutien et un manque de services psychosociaux. Il semblerait que le concept de mentalisation parentale ait des bienfaits à long terme sur le sain développement de la relation parent-enfant si l'on se fiait aux parents dont l'enfant était parmi les plus âgés.

Selon nous, cela met en lumière l'importance d'accompagner ces parents dans leur transition vers la parentalité en contexte de prématurité, pour atténuer cette détresse psychologique combinée à un nouvel enfant et de nombreux apprentissages parentaux. La section suivante portera davantage sur la seconde dimension observée, à savoir la dimension soi-autrui.

Dimension soi-autrui

En s'intéressant aux discours mentalisants de ces parents, nous avons remarqué qu'il semblait plus facile pour les mères de s'imaginer le vécu de l'enfant lors du retour à la maison (80 % des mères contre 58 % des pères). Une distinction importante a été remarquée entre les mères et les pères. En effet, les pères avaient un discours centré davantage sur le bien-être de leur conjointe sans mention de leurs propres besoins, alors que les mères abordaient essentiellement les besoins de l'enfant et les leurs.

Mentalisation des pères orientée vers les états mentaux des mères

Pour les pères, il était plus difficile de nommer les états mentaux de l'enfant et les leurs, mais ils abordaient davantage le vécu émotionnel de leur conjointe. Pour 9 des 12 pères, la conciliation travail-famille était un défi important dès la période hospitalière pour se continuer lors du retour à la maison, d'autant plus que 5 des 12 pères ont été confrontés à l'hospitalisation de leur conjointe. Malgré tout, certains pères avaient mentalisé leur expérience de la parentalité. L'entretien semblait d'ailleurs avoir apporté des prises de conscience de leurs émotions, et cela amenait les pères à expérimenter des émotions difficiles.

Ce qui a été le plus difficile pour moi là-dedans, c'est de supporter [nom de la conjointe]. C'est quelqu'un qui se pose beaucoup de questions sur tout dans la vie. Euh... Qui s'inquiète beaucoup aussi, faque je, j'étais là pour elle, pour lui remonter le moral euh tout le temps. Pendant son hospitalisation, elle me textait souvent dans la journée. Des fois ça n'arrêtait pas. J'avais aussi euh dans le fond, tout le stress de [nom de la conjointe], ses questionnements suite à l'accouchement euh, suite à la prématurité, euh plus tsé euh prendre soin de [nom de l'enfant], la fatigue et tout. Faque ça faisait quand même beaucoup de choses à gérer en plus du travail... (P31)

Ce que nous avons observé était que les pères tentaient de se remettre rapidement de l'accouchement et de la période hospitalière, puisque le congé paternel était beaucoup plus court que celui des mères. De ce fait, les pères étaient beaucoup moins présents au chevet de l'enfant et devaient conjuguer avec leur vécu, en plus de maintenir le foyer familial, tout en consultant beaucoup moins de professionnels de la santé que les mères. Les stigmates abordés précédemment semblaient influencer le discours des pères, puisque ces derniers percevaient leur rôle comme étant un pilier pour la famille, qu'ils devaient soutenir émotionnellement et financièrement leur famille, sans regard à la découverte de leur nouveau rôle de père ou au fait d'être à l'écoute de leurs états mentaux.

Quand nous sommes revenus ici, je travaillais à temps plein en même temps que je m'occupais de mon enfant et que je me disais qui fallait que je m'en occupe à temps plein parce que ma femme était fatiguée. Mais je ne pouvais pas le faire, donc je le faisais mal. Bin, je le faisais, mais en étant irritable constamment.
(P20)

Nous avons remarqué qu'au retour à la maison, les parents semblaient grandement engagés dans leurs responsabilités parentales, à savoir de s'occuper des besoins physiologiques de base de l'enfant et dans la gestion des différents rendez-vous médicaux, comme 16 parents sur les 27 avaient un enfant avec des besoins particuliers. Ici, nous faisons référence aux rendez-vous en physiothérapie, en ergothérapie, en inhalothérapie, en orthophonie, en nutrition et les rendez-vous en médecine générale. Au retour à la maison, il en venait de la responsabilité des parents de poursuivre l'accompagnement développemental de l'enfant débuté à l'hôpital.

Retour à la maison rimait souvent avec envahissant émotionnel et pilote automatique

Le début de la relation parent-enfant au retour à la maison semblait teinté d'une instrumentalisation des responsabilités parentales. À ce moment, les parents décrivaient leur expérience selon deux pôles : en ayant l'impression d'être soit sur *un pilote automatique* ou avoir l'impression de se sentir complètement envahis émotionnellement. Cependant, peu importe où se situaient les parents, lorsqu'on abordait le regard envers l'enfant, le discours de ceux-ci était uniquement centré sur les besoins physiques de l'enfant ainsi que sur les complications liées à la prématurité, et très peu sur les contacts affectifs. La transition vers la maison était donc une période mouvementée en ce qui concerne les états mentaux, puisque les parents semblaient chercher un sens à leur expérience, mais n'arrivaient pas à prendre un recul de celle-ci. À ce moment, leurs états mentaux semblaient rapidement devenir envahissants et, s'ils ne parvenaient pas à mettre des mots et faire du sens de leur propre expérience, il devenait difficile de s'imaginer l'autre, en l'occurrence l'enfant.

J'ai ressenti... un sentiment pas d'incompétence, mais le fait que tu ne sais pas quoi faire avec ton bébé pis tu réalises que dans le fond là, c'est ça, les 4 dernières semaines c'est pas toi qui t'en occupais de ton bébé, c'tait les infirmières pis les pédiatres pis tout le monde qui était là. Pis que là soudainement c'est toi. Hum, beaucoup de frustration, parce que, pis tsé ça c'est genre le retour à la maison, mais c'est tellement de changements et de rendez-vous, pourquoi est-ce que ça m'arrive à moi ? (pleurs). Qu'est-ce que j'ai fait ? Hum, donc de la frustration, un sentiment de culpabilité aussi. Est-ce que c'est ma faute son retard de développement et sa prématurité ? (M19)

Malgré tout, nous avons observé une évolution dans l'investissement émotionnel et dans la capacité à prendre du recul entre les participants dont l'enfant était âgé de 3 à 6 mois et les parents dont l'enfant était âgé de 7 à 13 mois. Il semblerait que comme

l'enfant donnait accès à des signaux qui permettaient aux parents de s'imaginer ses états mentaux, il était donc facilitant pour eux de mieux déceler les besoins de ce dernier, dont ses besoins affectifs. À ce moment, nous avons pu observer qu'encore une fois, l'essor de la réciprocité entre le parent et l'enfant avait une place majeure dans la capacité à mentaliser les états mentaux de l'enfant.

Réciprocité parent-enfant : concept clé pour la mentalisation parentale

Le concept de réciprocité semblait, en effet, prendre une place importante pour ces parents. L'enfant, en interagissant avec son parent, semblait offrir une rétrospective qui aide au parent à confirmer ou infirmer l'adéquation de son intervention. Tant que l'enfant n'était pas assez mature pour répondre à l'interaction parentale, la boucle interactionnelle n'était pas possible, et donc, les parents semblaient chercher des points de repère dans la relation avec l'enfant. Dans le contexte de la parentalité prématurée, il était important de prendre conscience que l'enfant se développait à son propre rythme, et que cela ne concordait pas toujours avec l'information reçue ; ce qui alimentait les inquiétudes des parents.

Bin je pense que mieux que moi je me suis sentie (rire), mieux que ça été ! Pis la graduellement plus qu'elle commençait à faire des sourires... involontaires sûrement ! Elle devait se sentir... mieux ! (rire) qu'est-ce que tu en penses ? (parle au bébé et bébé réagit en riant). Maintenant ça me fait rire, depuis un mois ou deux que là elle commence vraiment à plus jaser pis elle cherche plus notre regard (inaudible bébé fait des gazouillis) ! Maintenant elle se tourne pour nous regarder ! Là je vois vraiment plus qu'elle me cherche des yeux, et plus on a ce genre d'interaction plus je me sens bien à être sa maman. (M10)

Nous avons pris conscience que la mentalisation des états mentaux de l'enfant était difficile tant que les parents étaient privés du matériel nécessaire pour soutenir cette mentalisation, tel que des signaux de l'enfant. Lorsque nous ajoutons la réciprocité avec l'enfant dans l'équation, il devenait flagrant que cela facilitait la capacité des parents à prendre du recul face à leur propre expérience et face à leur influence dans le développement de la relation parent-enfant. De plus, nous avons observé que les parents qui mentalisaient davantage semblaient être aussi dans la recherche de différentes solutions pour tenter de comprendre les besoins de l'enfant. Ils présentaient une curiosité qui les amenait à s'informer des besoins de l'enfant, en plus d'être plus en mesure de se remettre en question dans leur propre adaptabilité dans la parentalité. Malgré tout, la capacité de mentalisation semblait elle-même être influencée par de nombreux facteurs, dont les stigmates extérieurs et le bien-être psychologique des parents. Pour certains parents, la perception traumatique de la période hospitalière et les répercussions de la prématurité sur l'enfant et leur parentalité semblaient créer une distance dans leur engagement émotionnel, tout particulièrement lors des premiers moments affectifs au retour à la maison. Nous pouvons supposer que si le parent n'était pas disponible émotionnellement, ne serait-ce que pour prendre le temps de vivre la transition parentale prématurée, il lui était difficile d'être à l'écoute de son enfant et de ses besoins.

Je pense que pour lui c'est très, déstabilisant ici. C'est un changement d'environnement et il n'était pas habitué à tout ça ! C'est niaisieux, mais à l'hôpital y'étais habitué d'être dans, dans un tout petit berceau, pis tsé comme tout emmaillotté pis tout ça. Pis là t'arrives ici pis t'as beau l'emmailloter, mais comme, y'est dans un espace comme infini dans son grand lit [...] À l'hôpital on les habitue en les mettant inclinés pour aider la digestion pis les reflux pis tout ça, mais là t'arrives ici pis dans toutes les livres de nouvelles mamans y faut qui soit comme à plat sur le dos, pis genre faut jamais l'incliner. Faque là aussi t'es un peu désemparé de comme, je le fais, je le fais pas, je le fais, je le fais pas (rire). Pis y'a personne pour répondre à ta question. On a décidé de le faire (rires), mais justement, avec le panier à linge, on mettait un coussin en dessous ça été instantané, il s'est calmé. C'était une belle victoire. (M19)

La mentalisation parentale était pertinente dans la perception des parents de ce que représentait un défi pour le développement de la relation parent-enfant, notamment dans la capacité à distinguer leur vécu émotionnel de celui de l'enfant. Pour quelques parents qui identifiaient le retour à la maison comme étant un moment éprouvant, il n'était même pas envisageable de penser que l'enfant ait des besoins affectifs lors de son arrivée à la maison. Leur implication se résumait à répondre aux besoins physiologiques de l'enfant. Malgré tout, la capacité de mentalisation parentale demandait d'être en mesure de reconnaître les difficultés de l'enfant; ce qui pouvait exacerber une fragilité psychologique, sachant que ces parents étaient déjà grandement déstabilisés de la période hospitalière et du retour à la maison. Finalement, pour les parents dont l'enfant était plus âgé il était intéressant d'observer cette réciprocité entre les parents et l'enfant, puisque lorsque les parents devaient émotifs durant les entretiens, les enfants se rapprochaient d'eux. Les observations dans les familles ont donc été un ajout intéressant à cette étude doctorale.

Nos observations en milieux familiaux

En effet, si les parents se mettaient à pleurer, l'enfant devenait plus agité ; ce qui amenait les parents à se recentrer sur le besoin de l'enfant et à se calmer, pour calmer en retour l'enfant. Pour les enfants âgés de 11 mois et plus, ces derniers tentaient d'aller se coller sur les parents ou amener un jouet ; ce qui avait pour effet de faire rire les parents. Cela nous a fait prendre conscience que le concept de biofeedback social était intéressant pour comprendre le développement de la relation parent-enfant prématuré. Une particularité de ce projet était que dans le contexte de cette étude, la boucle interactionnelle pouvait débiter par des réactions des parents durant l'entretien qui faisait en sorte que l'enfant s'ajustait aux parents en allant vers eux. On peut donc penser que l'enfant était conscient de la détresse que les parents pouvaient ressentir. Dans un cas seulement, l'enfant a tenté de consoler la mère, et cette dernière l'a repoussé ; ce qui a eu comme effet que l'enfant s'est désorganisé et le père a tenté de calmer la crise dans une autre pièce. En aucun cas, la mère n'a tenté de calmer l'enfant, et nous avons continué l'entretien à la demande de celle-ci, avec l'enfant demandant la mère durant tout le temps de l'entretien. Dans le contexte de l'étude, cela était un cas d'exception. Cette mère démontrait une distance importante envers l'enfant. Elle associait cette distance à une accumulation de facteurs aggravants, dont un accouchement difficile, une période hospitalière de deux mois et un enfant ayant des besoins particuliers.

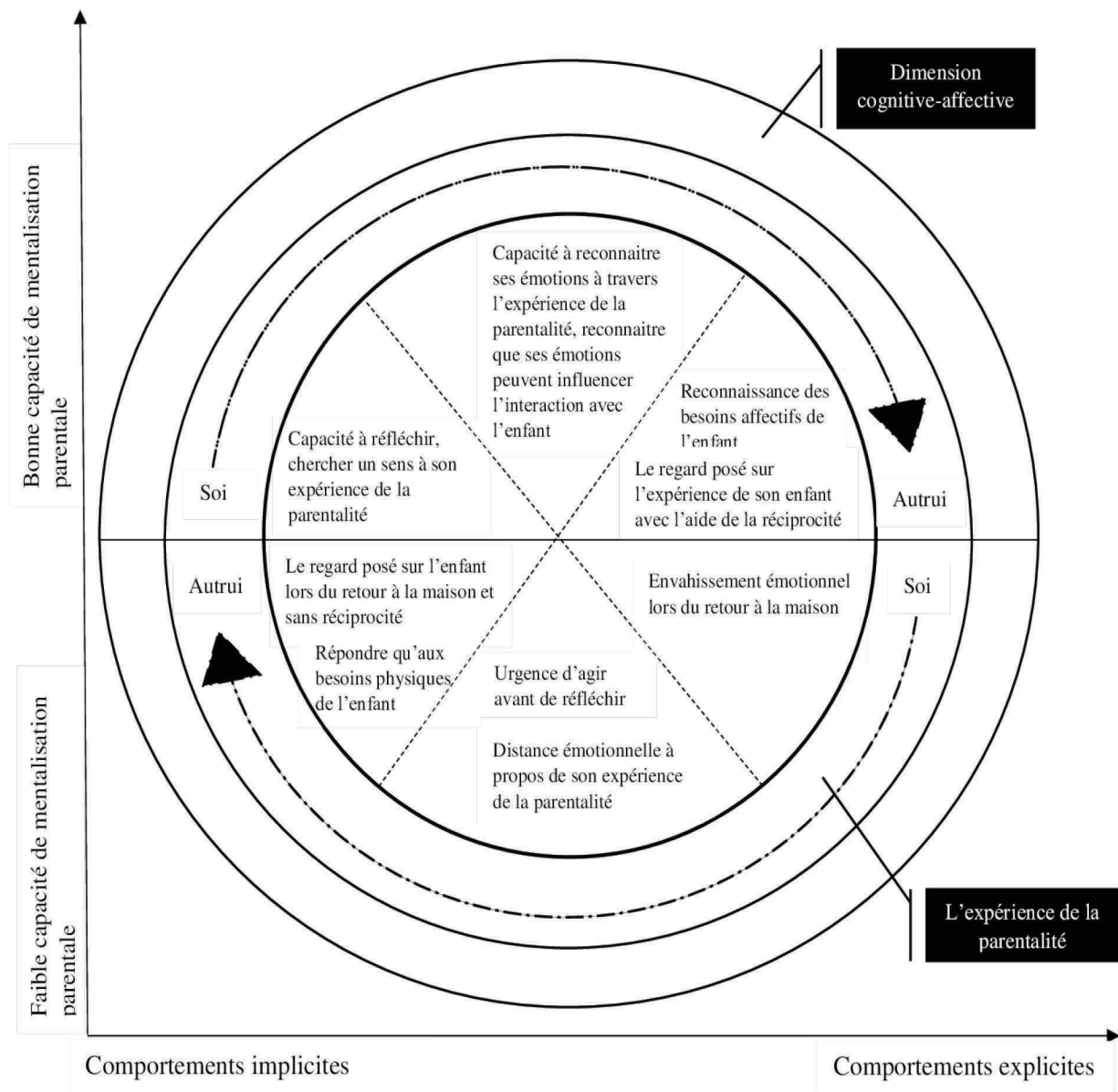
Cela demandait une grande capacité d'adaptation pour ces parents qui se retrouvaient catapultés plus rapidement que prévu dans la parentalité, avec un enfant ayant des besoins

particuliers. Cependant, quelles sont les répercussions pour l'enfant ? Dans les familles où les parents n'étaient pas disposés à reconnaître les besoins affectifs de leur enfant, ou encore lorsque les parents se sentaient envahis émotionnellement, nous pensons que l'enfant pouvait se trouver dans une position de grande vulnérabilité. Il n'était pas en mesure de comprendre ni conjuguer avec le bagage émotionnel de ses parents. Il devient donc primordial que ces parents soient accompagnés et soutenus dans leur réalité personnelle et familiale pour qu'ensuite, ceux-ci soient disposés pour accueillir les émotions de leur enfant et être en mesure d'être alertes aux signaux envoyés par ce dernier.

En s'inspirant du Modèle intégré à multiniveau de mentalisation [traduction libre] de Fonagy et Luyten (2009), une version simplifiée et inspirée des discours des participants a été créée (voir Figure 4). On peut y voir la dimension cognitive-affective à l'arrière du modèle, et la dimension soi-autrui qui évolue dans le temps. Les flèches représentent cette notion. L'axe des y représente la facilité ou la difficulté à mentaliser, alors que l'axe des x fait référence à la notion de réciprocité qui a été associée aux comportements implicites et explicites de la théorie initiale. Dans ce cas-ci, cela fait référence au manque de réaction de l'enfant lors des interactions sociales avec le parent. Au centre, l'expérience parentale est représentée selon les résultats abordés précédemment.

Figure 4

Modèle abrégé des résultats inspiré de la théorie à multiniveau de mentalisation pour l'expérience de la parentalité en contexte de prématurité



Synthèse des résultats

Cette dernière section synthétisera les principaux résultats de cette étude doctorale selon les stigmates, la dimension affective, la dimension communicationnelle ainsi que la mentalisation parentale, en prévision de la discussion qui suivra ce chapitre.

Les premiers résultats abordés dans cette thèse sont les stigmates. Ces sujets étaient décrits comme étant des blessures ou des difficultés rencontrées au quotidien lors du retour à la maison avec l'enfant et se prolongeaient dans le temps. Ces stigmates sont l'empreinte émotionnelle en milieu hospitalier, l'incertitude quant au développement de l'enfant, la pression sociale du parent compétent et la distance émotionnelle du retour à la maison. Les stigmates abordés dans cette étude sont des défis plus personnels à l'expérience de la parentalité et ne ciblaient pas directement le développement de la relation parent-enfant. Ils semblaient pourtant impacter à la fois les dimensions affective et communicationnelle lors du retour à la maison. Ces sujets, bien que non ciblés lors de l'entretien semi-dirigé, étaient marquants pour un grand nombre de participants, et ce, autant pour les mères que pour les pères à l'étude.

Pour la dimension affective lors du retour à la maison, quatre défis influençant le développement de la relation parent-enfant prématuré ont été abordés par les parents. Ceux-ci sont l'apparence fragile de l'enfant, la culpabilité maternelle, l'impossibilité d'allaiter ainsi que l'épuisement physique et mental. Ces défis ciblaient davantage les premiers mois de vie de l'enfant lors du retour à la maison. Comme l'enfant avait une

apparence frêle et peu d'interactions avec le parent, les échanges avec l'enfant visaient davantage à répondre à ses besoins physiologiques. Cependant, plus l'enfant se développait et plus ses signaux étaient plus compréhensibles pour les parents, plus que le discours de ces derniers tendait à devenir plus investi émotionnellement dans la relation avec l'enfant. De ce fait, lorsque les aspects positifs de la dimension affective étaient abordés, le discours des parents se retrouvait rapidement amalgamé à la dimension communicationnelle. Les premiers moments affectifs semblaient donc des précurseurs du développement communicationnel parent-enfant à mesure que l'enfant se développait et interagissait avec les parents.

Pour la dimension communicationnelle au retour à la maison, la dimension la plus abordée spontanément par les parents, trois défis influençant le développement de la relation parent-enfant ont été abordés. Ceux-ci sont le manque de réciprocité de l'enfant, l'apparence fragile de l'enfant ainsi que la difficulté à comprendre l'enfant. Tout comme les défis de la dimension affective, les défis de cette seconde dimension visaient encore le début de la période du retour à la maison. Un concept important ressorti dans cette dimension est la réciprocité venant de l'enfant. En effet, il semblerait que pour les parents rencontrés, les interactions réciproques avec l'enfant faisaient en sorte que les parents percevaient plus positivement leur expérience de la parentalité et se sentaient plus investis auprès de l'enfant. Il est ressorti de cette étude qu'une évolution communicationnelle est observable, plus l'enfant se développe et arrive à se faire comprendre dans les interactions sociales avec le parent. Pour ces parents, des moments clés étaient nommés, ce que nous

avons appelé les déclics parentaux. Ces déclics correspondaient à des moments précis qui amener le parent à se sentir valorisé dans son rôle de parent et tentait, à partir de ces moments précis de s'investir émotionnellement dans la relation avec leur enfant, et ne pas se limiter qu'à répondre aux besoins physiologiques de l'enfant. Finalement, il a été observé que plus l'enfant était en mesure de répondre aux parents d'une façon que ces derniers comprenaient, plus il était facilitant pour les parents de s'ajuster par la suite selon la réponse de l'enfant. Le concept de mentalisation parentale nous semblait donc d'autant plus pertinent pour mieux comprendre l'expérience parentale en contexte de prématurité.

Pour le second objectif de cette étude doctorale, deux dimensions du concept de mentalisation parentale sont ressorties lors des entretiens avec les parents. Celles-ci sont la dimension cognitive-affective ainsi que la dimension soi-autrui. Il a été possible de remarquer que les parents semblaient se trouver dans une urgence d'agir dès la naissance de l'enfant, et cet état d'urgence se poursuivait lors du retour à la maison. Tant que les parents n'étaient pas en mesure de prendre du recul de leur expérience et que leur enfant ne faisait pas preuve de réciprocité dans les interactions, il était très difficile de mettre des mots sur leurs états mentaux. Il était d'autant plus difficile de mettre des mots sur l'expérience de leur enfant. Pour certains parents, il n'était pas possible de penser que l'enfant puisse avoir des besoins affectifs lors de son retour à la maison. La réciprocité en provenance de l'enfant semblait donc un concept clé pour faciliter le déploiement de la mentalisation parentale dans les interactions sociales entre les parents et l'enfant.

Discussion

Cette section permettra de discuter des résultats présentés précédemment ainsi que de créer des ponts avec les études scientifiques s'intéressant à la parentalité en contexte de prématurité. Dans un premier temps, nous explorerons les concordances et discordances entre les résultats ressortis lors de l'analyse thématique et les études portant sur notre sujet d'étude. Par la suite, nous mettrons en lumière les particularités de cette thèse qui sont encore très peu étudiées dans les écrits scientifiques, dont l'observation de la parentalité en contexte de prématurité avec une inspiration ethnographique, la place importante qu'a prise la réciprocité parent-enfant dans les interactions sociales et dans l'investissement parental auprès de l'enfant, les déclics parentaux dans l'investissement émotionnel des parents ainsi que le concept de mentalisation parentale et son évolution dans le temps. Nous poursuivrons avec les retombées cliniques de cette étude doctorale et terminerons avec les limites de cette étude.

Cohérences et incohérences avec les écrits scientifiques

Le premier objectif de cette étude était de mieux comprendre le vécu des parents en décrivant les principaux défis rencontrés avec leur enfant au retour à la maison, sous les dimensions affective et communicationnelle. En lien avec cet objectif, plusieurs des résultats présentés étaient en concordance avec les études scientifiques qui s'intéressaient à la parentalité en contexte de prématurité.

La culpabilité maternelle était un thème récurrent, notamment en ce qui concerne l'état de santé de l'enfant, ainsi que le besoin d'investissement et de surinvestissement dans le développement physique et émotionnel de l'enfant (Druon, 2012 ; Garel et al., 2004 ; Martel, 2013 ; Nix et al., 2009 ; Ravier & Di Vettimo, 2017 ; Ravier et al., 2018). De notre côté, les parents ont rapporté ce concept comme étant un défi lié à la dimension affective de la relation parent-enfant prématuré en plus des pères qui étaient impuissants face au ressenti de leur conjointe.

Les résultats étaient aussi cohérents avec les écrits portant sur les deuils de la parentalité prématurée, notamment le deuil de l'accouchement désiré, le deuil de l'enfant fantasmé ainsi que le deuil de l'allaitement (Baum et al., 2012 ; Beck & Watson, 2008 ; Chautems, 2018 ; Danet & Descamps, 1992 ; Ego et al., 2003 ; Giroux & Tessier, 2005 ; Martel, 2013 ; Zanardo et al., 2011). Dans le cas de la présente étude, l'allaitement était perçu comme un défi supplémentaire dans l'expérience affective mère-enfant lorsque l'allaitement n'était pas possible. Cependant, une particularité que ce projet a apportée était le regard des pères sur l'expérience de l'allaitement et le sentiment d'impuissance conjugué au stress associé au retour à la maison avec un enfant fragile et prématuré. Ce sentiment d'impuissance a été rapporté par d'autres chercheurs, notamment dans un rapport de recherche portant sur l'allaitement et l'expérience des pères au Québec (de Montigny et al., 2007). Bien que ce rapport ait abordé l'expérience des pères lors d'une naissance à terme, les propos rapportés spécifiquement pour l'allaitement infructueux étaient très semblables à ce que les participants de notre étude ont mentionné.

Les entretiens de longue durée de notre étude ont permis une exploration des thèmes présents dans les écrits scientifiques, spécifiquement la période du retour à la maison, la fenêtre de temps ciblée de cette étude. Nous avons des thèmes en concordance avec les écrits scientifiques, dont l'apparence de l'enfant et la difficulté à comprendre l'enfant. De nombreux auteurs ont exploré la période de l'accouchement de même que la période hospitalière et ont rapporté que les signaux de l'enfant étaient différents. De ce fait, il était difficile pour les parents de bien répondre à leur enfant (Filippa et al., 2018 ; Weiss et al., 2004). Les enfants étaient aussi souvent décrits comme étant plus difficilement consolables, plus irritables et plus difficiles d'approche au retour à la maison, des caractéristiques qui étaient présentes chez les enfants de nos parents à l'étude (Garel et al., 2004 ; Laganière et al., 2003 ; Nix et al., 2009). Pour la présente étude, l'apparence physique était un enjeu, puisque les enfants étaient décrits comme étant frêles, d'apparence fragile et malade. Plus l'enfant se développait et prenait du poids, plus les parents se sentaient à l'aise d'interagir avec lui et de lui donner de l'affection. Plus l'enfant avait une apparence d'*enfant en santé*, plus l'enfant se rapprochait des attentes parentales d'une normalité familiale. De ce fait, ce défi s'est retrouvé à la fois pour les dimensions affective et communicationnelle, tout en ayant un certain regard longitudinal comme les parents se retrouvaient à différents stades développementaux de l'enfant.

Le dernier deuil portant sur l'accouchement a été mentionné autant par les mères que par les pères dans notre étude. Toutefois, l'impression traumatique de l'accouchement était un vocabulaire utilisé par les pères, alors que les mères décrivaient l'accouchement

comme étant une déception et un deuil. Des auteurs ont mentionné que les pères étaient autant à risque de vivre des troubles de santé mentale après avoir été témoins d'un accouchement éprouvant que les mères (Candelori et al., 2015 ; Hinton et al., 2014 ; Zerach & Magal, 2017), alors que d'autres auteurs mentionnaient que les pères semblaient se remettre plus rapidement que les mères de cette expérience (Sloan et al., 2008) ; ce qui serait contradictoire à nos résultats. Malgré tout, nous avons remarqué que plusieurs articles mentionnaient la complexité dans le développement du rôle paternel dans un contexte de prématurité, puisqu'il semblerait que les pères verbaliseraient moins bien leurs émotions et auraient tendance à éviter d'en parler pour se concentrer sur la gestion du foyer familial (Candelori et al., 2015 ; Druon, 2012 ; Hinton et al., 2014 ; Normand et al., 2009 ; Sloan et al., 2008 ; Zerach & Magal, 2017) ; ce que nous avons aussi observé. De ce fait, nos résultats permettraient de décrire les particularités des discours propres aux mères et aux pères qui rencontreraient des difficultés similaires, mais aussi qui tendraient à découvrir l'enfant et la parentalité différemment. Il est tout de même pertinent de mentionner que les pères à l'étude avaient moins tendance à aller consulter que les mères.

Le thème le plus souvent abordé dans le cadre de cette étude doctorale portait sur la dimension communicationnelle parent-enfant prématuré. De nombreuses études ont exploré l'établissement de la relation parent-enfant et la communication, spécifiquement pour des enfants nés à terme. Ceux-ci rapportent que les interactions sociales entre le parent et l'enfant seraient des facteurs importants dans l'établissement de la relation, dans le développement communicationnel de l'enfant, dont l'apprentissage du langage et dans

l'exploration et la compréhension de l'environnement, dans le développement cognitif et affectif de l'enfant, en plus de se répercuter dans la qualité de l'attachement parent-enfant (Papousek & Papousek, 1992 ; Resnick et al., 1988 ; Saliba et al., 2020 ; Soukup-Ascençao et al., 2016 ; Viaux-Savelon, 2016). Nous pouvons comprendre que la relation parent-enfant prématuré ne fait pas exception à ces éléments, mais vient avec un rythme différent en raison de la courbe développementale des enfants prématurés.

Des auteurs ont mis de l'avant que la détresse psychologique des parents se répercutait négativement sur les interactions sociales avec l'enfant dans les premières années de vie de ce dernier ; ce qui peut amener des impacts négatifs sur le plan développemental chez l'enfant (Ahlqvist-Björkroth et al., 2022 ; Kantrowitz-Gordon, 2014 ; Kim et al., 2013 ; Lobermeier et al., 2022 ; Parfitt et al., 2013 ; Puura et al., 2019). À ce sujet, nous savons que la parentalité en contexte de prématurité fragiliserait la santé mentale des parents, tout particulièrement lorsque ceux-ci doivent passer plusieurs mois en milieu hospitalier avant d'être en mesure de retourner à la maison avec l'enfant (Garel et al., 2004 ; Mughal et al., 2017 ; Spinelli et al., 2013 ; Tallandini et al., 2015). Pourtant, une seule étude à notre connaissance a comparé l'interaction parent-enfant à terme avec l'interaction parent-enfant prématuré au retour à la maison, tout en prenant compte de la santé mentale des parents. Leurs résultats démontreraient des différences significatives en ce qui concerne le développement de l'enfant, l'attachement de l'enfant et la qualité des interactions (Taubman-Ben-Ari & Spielman, 2014). De plus, ces auteurs ont suggéré de mieux accompagner et mieux informer les parents d'un enfant prématuré, tout particulièrement

dans la transition à la maison, puisque ces parents présentent des risques notables sur le plan de la santé mentale (Xie et al., 2019). Finalement, il a été rapporté que les interactions sociales positives entre un parent et un enfant avaient un effet protecteur pour la santé mentale (Xie et al., 2019).

Nos résultats ont suggéré la même chose, en plus de venir décrire les défis que les parents pouvaient rencontrer au retour à la maison dans les dimensions affective et communicationnelle. D'autres auteurs ont tout de même évalué des programmes d'accompagnement pour les familles dont l'enfant était prématuré et tous ont la même conclusion : une intervention visant le développement d'interactions positives entre les parents et l'enfant entraînerait des répercussions positives pour la qualité de la relation parent-enfant ainsi que pour le développement de l'enfant (Nayak et al., 2019 ; Resnick et al., 1988).

Singularités de l'étude doctorale

Bien que notre étude vienne renchérir et préciser des données scientifiques observées par d'autres chercheurs, elle est aussi venue approfondir des connaissances encore très peu abordées dans les écrits scientifiques portant sur cette expérience de la parentalité.

Parentalité en contexte de prématurité et inspiration ethnographique

La première de ces singularités concernait le regard que l'on portait sur l'expérience de la parentalité en contexte de prématurité avec une inspiration ethnographique. Nous

avons pris conscience que le regard que ces parents portaient sur la prématurité de leur enfant était presque tabou. Nous pouvons penser que la rupture entre l'enfant réel et désiré serait un deuil qui s'échelonnerait sur plusieurs mois, voire plus. Plusieurs des parents ont mentionné le sentiment d'impuissance de la naissance de l'enfant jusqu'à la première année de vie, notamment en ce qui concernait les soins médicaux, mais aussi concernant l'appropriation de son rôle de parent (Baum et al., 2012 ; Perrusi, 2018 ; Ravier & Pedinielli, 2015). Les parents pourraient avoir de la difficulté à s'adapter à travers l'univers médical qui accompagnerait l'enfant au retour à la maison. De plus, les points de repère des nouveaux parents ne correspondaient pas avec leur réalité de la parentalité. Pour les parents d'un enfant prématuré, il pourrait être difficile de s'y retrouver entre les commentaires extérieurs des proches, les recommandations médicales et les lectures portant sur le développement optimal des enfants (Daude et al., 2015). Pourtant, notre étude a mis en lumière la place importante de l'enfant dans l'investissement des parents et dans la relation avec l'enfant. Les stigmates présentés dans nos résultats n'étaient qu'un rapide résumé de la pression mise sur ces parents et des attentes sociétales qui semblaient être intériorisées par la majorité des parents que nous avons rencontrés. Nous croyons que nous avons des questions à nous poser, en tant que société, en ce qui concerne l'accompagnement des parents lors de la transition vers la maison avec un enfant fragilisé, le manque de soutien psychologique des familles, le manque de connaissances sur la prématurité ainsi que sur la priorisation de résultats dans le développement de l'enfant au détriment du rythme développemental propre à chaque enfant.

Réciprocité

La seconde singularité de cette étude doctorale portait sur le concept de réciprocité de l'enfant prématuré dans l'investissement des parents à travers les interactions sociales parent-enfant. À cet effet, plusieurs études ont abordé la parentalité sous l'angle du parent comme investigateur du développement relationnel parent-enfant (Gergely & Watson, 1996 ; Magyary, 1984 ; Papousek & Papousek, 1992 ; Parfitt et al., 2013 ; Slade, 2005 ; Svanberg et al., 2013). Le concept de réciprocité en contexte de prématurité n'avait toutefois pas été étudié à notre connaissance. De ce fait, notre étude a mis en lumière le fait que le parent était un être social et que sans réponses décelées de l'enfant, il serait plus difficile de s'investir émotionnellement dans la relation avec l'enfant et de mentaliser son expérience. La réciprocité dans l'interaction sociale serait donc un déterminant majeur pour que les parents apprivoisent leur rôle et tente d'aller plus loin qu'un investissement automatique associé aux soins physiques de l'enfant. Elle viendrait aussi préciser qu'en contexte de prématurité, il serait important de prendre en compte le rythme développemental de l'enfant, même si ce dernier n'est pas nécessairement en concordance avec le rythme des parents qui découvrent la parentalité. Nous avons mis de l'avant qu'un équilibre semblerait s'établir graduellement entre les parents et l'enfant dans la première année de vie de ce dernier. Malgré tout, chacun joue un rôle majeur dans ces interactions. La parentalité en contexte de prématurité se veut une expérience à trois vitesses, à savoir la vitesse avec laquelle l'enfant se développera, la vitesse avec laquelle le parent apprendra son rôle et s'investira émotionnellement auprès de l'enfant et finalement, la vitesse

attendue de l'expérience parent-enfant lors de la première année de vie sur le plan sociétal. À ce sujet, les parents semblaient souvent avoir des attentes sociales irréalistes.

Si l'on se fie au modèle de Bell (2008) abordé au début de cette thèse, cet investissement des parents pourrait être associé à la composante « Engagement », décrite comme étant l'investissement personnel dans la relation avec l'enfant pour s'assurer de nouvelles responsabilités envers l'enfant. Les cinq composantes de ce modèle seraient interreliées par le concept de sensibilité maternelle, ou sensibilité parentale, en y incluant les pères. Cependant, la sensibilité parentale fait appel à la compréhension et à l'interprétation des comportements de l'enfant. En contexte de prématurité, ce concept ne semble pas optimal sachant que l'enfant prématuré communique différemment, et cela devient difficile pour les parents de bien le comprendre. Il est intéressant de remarquer que le concept de mentalisation parentale, pour sa part, viendrait apporter des précisions sur l'évolution de la relation parent-enfant en mettant en évidence la complexité de l'expérience des parents dans un contexte précis, où les premiers moments vécus avec l'enfant seraient teintés de sentiments contradictoires. La mentalisation parentale viendrait apporter un regard différent sur ces sentiments contradictoires. Notre étude a permis un regard privilégié sur les états mentaux de ces parents.

Mentalisation parentale

La troisième singularité de notre étude est le concept de mentalisation parentale en contexte de parentalité prématuré et donc, notre second objectif de recherche qui était de

mieux comprendre le rôle de la mentalisation parentale au sein de la parentalité en contexte de prématurité lors du retour à la maison. Ce concept est largement abordé en contexte de parentalité, dont la transition vers la parentalité lorsque des parents ont vécu des événements de vie difficiles (Bączkowski & Cierpiałkowska, 2015; Bernier et al., 2012, 2017 ; Berthelot et al., 2019, 2021 ; Borelli et al., 2015 ; Ensink et al., 2015 ; Fonagy et al., 1991 ; Lacharité & Lafantaisie, 2016 ; Luyten et al., 2009, 2017; Schiborr et al., 2013; Slade, 2007; Slade et al., 2005 ; Smaling et al., 2015 ; Stover & Coates, 2016 ; Zeegers et al., 2017). Cependant, un nombre restreint de chercheurs se sont intéressés à ce concept, spécifiquement pour la parentalité prématurée, et lors de la période du retour à la maison (Heron-Delaney et al., 2016 ; Martel, 2013 ; Ruiz et al., 2020 ; Schaefer & Donelli, 2016 ; Yatziv, Gueron-Sela et al., 2018 ; Yatziv, Kessler et al., 2018). À notre connaissance, notre étude est la première à aborder l'état d'urgence dans laquelle les parents se retrouveraient au retour à maison et la difficulté à mentaliser les comportements de l'enfant dû, entre autres, au traumatisme lié à la période hospitalière. Toutefois, le fait que la période hospitalière est un traumatisme chez ces parents serait fréquemment abordé, notamment en ce qui concerne les répercussions négatives sur la santé mentale des parents, dont des symptômes dépressifs, anxieux et des épisodes de stress post-traumatique (Axelin et al., 2022 ; Garel et al., 2004 ; Goutaudier et al., 2011 ; Månsson et al., 2019 ; Mughal et al., 2017 ; Nix et al., 2009 ; Tallandini et al., 2015 ; Væver et al., 2020).

Dans le contexte de notre étude, nous avons remarqué que ce concept semblait dynamique dans le temps. Il variait en fonction du vécu de ces parents et semblait être en

mesure de s'équilibrer à mesure que les parents apprenaient à comprendre et à interagir avec l'enfant, et que ce dernier était en mesure de répondre à son parent. La réciprocité permettait donc aux parents de mieux s'ajuster dans les interactions sociales, en réponse à l'enfant. Ces premiers moments empreints de réciprocité étaient, pour ces parents, des déclencheurs importants pour leur investissement émotionnel dans la relation avec l'enfant.

De ce fait, lors des premiers mois de vie de l'enfant, lorsque ce dernier était très peu réactif, les parents n'étaient pas en mesure de confirmer ou infirmer l'adéquation de leurs réponses aux besoins de l'enfant. Cela semblait se répercuter sur l'investissement émotionnel de ces parents et le sentiment de compétence dans leur rôle parental (Yatziv, Kessler et al., 2018). De plus, semblait que l'accumulation de situations stressantes en contexte de prématurité vienne interférer sur la qualité de la mentalisation parentale (Yatziv, Gueron-Sela et al., 2018).

Plus récemment, il a été constaté que les périodes de proximité mère-enfant lors de l'hospitalisation de ce dernier se répercutaient positivement sur le développement cognitif et social de l'enfant, notamment par la synchronie sociale, un mécanisme par lequel le cerveau humain est accordé au monde social (Yaniv et al., 2021). À long terme et de façon constante, l'interaction sociale parent-enfant dès son jeune âge aiderait ces enfants, par la synchronicité, à se réguler et s'adapter à l'autre lors d'interactions (Yaniv et al., 2021). Cette théorie serait semblable à ce que d'autres auteurs ont appelé la théorie du biofeedback social, tout particulièrement lorsque le concept de *mirroring parental* est

abordé (Gergely & Watson, 1996 ; Slade, 2005). Selon cette théorie, l'intérêt que le parent porterait à l'état mental du bébé serait ce qui permettrait de favoriser l'émergence de la mentalisation. C'est parce que le bébé serait mentalisé par son parent qu'il apprendrait à mentaliser lui-même et pourrait apprendre à lier ses états émotionnels avec les comportements qu'il exprimerait (Debbané et al., 2021). Cependant, pour que les parents soient en mesure de « miroiter » à l'enfant ce qu'ils perçoivent de ses états, il faut avant tout que les parents entrevoient du matériel à refléter ; ce qui n'est pas toujours simple avec les enfants prématurés dans les premiers mois de vie, lorsque ces derniers sont peu réactifs ou que leurs réactions sont difficiles à décoder.

Nous avons constaté que les parents de notre étude qui présentaient un discours mentalisant étaient des parents qui avaient de meilleures capacités à se remettre en question et à s'ajuster lors de nouvelles situations, allaient davantage chercher de l'aide psychologique lorsqu'ils le jugeaient nécessaire et allaient s'informer par eux-mêmes à des professionnels malgré ce sentiment d'impuissance. Ils tentaient de s'adapter aux besoins de l'enfant et arrivaient à mieux communiquer avec ce dernier lors de nos observations. Nous pouvons penser que la mentalisation parentale serait un facteur modérateur et très important dans l'établissement de la relation parent-enfant en contexte de prématurité, et que cela se refléterait dans ce que nous pourrions appeler la capacité de résilience de ces parents (Berthelot et al., 2019 ; Borelli et al., 2015 ; Howieson & Priddis, 2011 ; Valle et al., 2016 ; Wade, 2018). À notre connaissance, aucune étude n'a mentionné la capacité de résilience et le concept de mentalisation parentale pour la période du retour

à la maison chez les parents dont l'enfant serait né prématurément et aurait vécu une période d'hospitalisation.

Nos recommandations à la lumière de ces résultats

Dans cette section, nous présenterons nos recommandations sous trois axes, à savoir nos recommandations pour la recherche clinique, pour la pratique professionnelle, ainsi que sur le plan social.

Pour la recherche clinique

Nos résultats ont des implications importantes pour la recherche clinique. En effet, les interventions et les programmes de prévention cherchant à promouvoir la relation parent-enfant visent souvent l'amélioration de la sensibilité parentale et de la mentalisation parentale (plus souvent sous le terme de fonctionnement réflexif; p. ex., Camoirano, 2017 ; Letourneau et al., 2015 ; Yatziv, Kessler et al., 2018), ou encore, visent l'acquisition de nouvelles connaissances spécifiques à la prématurité. Les résultats de la présente étude soulignent l'importance de prendre conscience des facteurs de risque des parents comme les contextes stressants qui peuvent nuire au développement de la relation parent-enfant lors du retour à la maison avec l'enfant. Ces facteurs de risque peuvent mener les parents vers un état de détresse psychologique. Lors d'une naissance prématurée, les parents sont aux prises avec des niveaux élevés de préoccupations et sont souvent guidés par leurs propres peurs et pensées. À ce moment, les besoins de l'enfant peuvent être mis en second plan, tout particulièrement en ce qui concerne les besoins affectifs de

ce dernier. Aider les parents d'un enfant prématuré à réduire leurs inquiétudes, leurs peurs et leurs pensées négatives peut améliorer leur capacité à devenir plus attentifs et plus sensibles à leur enfant. De même, accompagner et aider les parents à décoder les comportements de leur enfant en milieu hospitalier serait très aidant. Si le parent est en mesure de comprendre les comportements subtils du bébé prématuré, cela l'aide à le voir comme étant un être réactif et actif dans les interactions parent-enfant prématuré au retour à la maison. À ce sujet, plusieurs chercheurs ont commencé à recenser les interventions innovatrices dans le domaine de la parentalité en contexte de prématurité. Parmi celles-ci, nous retrouvons des interventions d'accompagnement visant l'amélioration des interactions sociales parent-enfant, des programmes d'éducation parentale sur la stimulation tactile, des programmes de soutien psychoéducatif parental, des techniques de relaxation, de l'art-thérapie et de la musicothérapie (Martínez-Shaw & Sánchez-Sandoval, 2022 ; Ochandorena-Acha et al., 2022).

Les parents et les enfants qui retourneront à la maison après un congé hospitalier peuvent être à risque sur le plan physique et psychologique lorsqu'ils prennent conscience de la pression et du stress que la période hospitalière a engendré. Ils peuvent aussi être fragilisés par le fait de devenir les principaux donneurs de soins de leur enfant. Cette recherche met en lumière la difficulté à mentaliser après la naissance de l'enfant dû à cet état d'urgence qui mobilise les parents à se concentrer sur un aspect de la relation avec l'enfant, à savoir de s'assurer que l'enfant se développe bien. Il serait important que les programmes d'intervention et les futures études visent le stress parental lié au

développement de l'enfant prématuré et l'adaptation des parents une fois qu'ils sont de retour à la maison. Cette idée de participer à l'adaptation du milieu familial est tout aussi pertinente pour les intervenants qui travaillent avec les parents à risque et qui effectuent des évaluations et des interventions à domicile.

Des études futures devraient explorer plus en profondeur le concept de mentalisation parentale, et ce, à différentes étapes du développement de l'enfant. Ce concept dynamique dans le temps peut être influencé par de nombreux facteurs externes, dont des stressors au sein du foyer familial ou encore un accouchement traumatisant suivi d'une période d'hospitalisation pour la mère et l'enfant. Le contexte familial dans lequel les parents accueillent leur enfant est particulièrement important si l'on veut bien comprendre l'expérience parentale en contexte de prématurité. Des recherches futures devraient donc inclure des données supplémentaires sur le contexte de l'accouchement prématuré et les enjeux externes pouvant influencer l'établissement de la relation parent-enfant.

Lors de nos entretiens avec les participants, nous avons pris conscience de la place importante que prend la période hospitalière, même si aucune de nos questions n'abordait ce sujet et que nos objectifs de thèse visaient le retour à la maison après la période d'hospitalisation. De ce fait, nous croyons qu'il serait pertinent d'inclure dans l'expérience des parents en contexte de prématurité la réalité hospitalière dès l'accouchement de l'enfant. Une étude longitudinale permettrait un portrait plus dynamique de l'évolution de ces parents tout en suivant le développement de l'enfant.

Enfin, il serait bénéfique que ces derniers aient accès à des interventions où leurs propres états mentaux seraient entendus, contenus, reflétés et intégrés, comme de l'accompagnement psychologique, psychoéducatif ou psychosocial. Cela pourrait permettre aux parents d'être plus attentifs à leurs émotions et plus disponibles pour répondre aux besoins affectifs en plus des besoins physiologiques de l'enfant. En somme, il nous semble essentiel de soutenir les parents dans la compréhension de leurs états mentaux, ainsi que d'accompagner les parents dans la compréhension des signaux de l'enfant prématuré. Cela pourrait grandement influencer positivement le développement de la relation parent-enfant, tout particulièrement après une période hospitalière éprouvante pour tous les membres de la famille.

Pour la pratique professionnelle

Cette étude est pertinente pour un grand nombre de professionnels de la santé et des services sociaux, tout particulièrement lorsqu'il est question d'accompagnement psychosocial lors d'une naissance prématurée. Les données ressorties de cette étude permettent de mettre en évidence les défis auxquels les parents peuvent être confrontés pour les dimensions affective et communicationnelle. Nous pouvons penser qu'il serait important de rassurer ces parents sur les délais de réponse de l'enfant, que l'enfant prématuré, malgré des comportements propres à lui, est actif à sa façon. Ces parents doivent poursuivre leurs efforts de communication affective avec l'enfant et modifier leur lunette probablement influencée par le regard qu'ils poseraient pour un enfant né à terme. Cette étude met en évidence qu'il y a encore un manque d'accompagnement

psychologique pour ces nouveaux parents après une période hospitalière et que pour un grand nombre d'entre eux, il est encore un défi de trouver des ressources adaptées à leurs besoins. Il est primordial que les intervenants soient conscients que l'enfant n'est pas le seul être prématuré dans ces familles, puisque les parents sont aussi projetés dans une nouvelle réalité déroutante qu'est la parentalité prématurée. Il serait donc pertinent de développer des programmes qui seraient mis en place dès la naissance pour accompagner les parents dans la compréhension du langage de leur enfant, ou encore des capsules dédiées aux parents sur l'interprétation des comportements de l'enfant prématuré qui seraient facilement accessibles de la maison.

Quelques recherches se sont intéressées à l'expérience des pères dans le contexte d'une naissance prématurée, et cela augmente depuis la dernière décennie (de Montigny et al., 2007; Hugill et al., 2013; Koliouli et al., 2017; Lindberg et al., 2007, 2008; Ruiz et al., 2020; Sloan et al., 2008; Zerach & Magal, 2017). Une autre recommandation qui découle de notre étude porte justement sur la nécessité d'accompagner les pères. Cet aspect est tout aussi important, et ce, dès la naissance de l'enfant, comme l'accouchement a été un thème récurrent chez les pères de cette étude. Cette étude fournit des informations sur la réalité émotionnelle des pères et sur la recherche constante d'un équilibre fragile entre ce qu'ils ressentent, ce qu'ils croient devoir ressentir, sur ce que la société attend d'eux ainsi que leurs préoccupations pour la dyade mère-enfant. Ce regard privilégié de leur expérience paternelle est un outil précieux pour les intervenants qui accompagnent les familles. Les professionnels doivent prendre en compte la pression sociale mise sur les

pères concernant le rôle de pilier de la famille, tout particulièrement lorsque ce dernier doit composer avec une conjointe fragilisée, un enfant ayant des besoins particuliers et la conciliation travail-famille, sans pour autant minimiser sa place et son importance auprès de l'enfant. Il faut aussi garder en tête que les pères reconnaissent le besoin d'accompagnement, mais il était plus difficile pour eux de se mobiliser et aller chercher l'accompagnement par eux-mêmes.

Il serait pertinent que l'expérience des parents en contexte de prématurité soit abordée dans la formation des intervenants lorsqu'il est question des cours sur le développement de l'enfant et l'intervention auprès des familles. Ce thème n'a pas été abordé dans aucun cours de nos formations dans les domaines de la psychologie et du travail social en dix ans d'études. De ce fait, il n'est pas surprenant pour nous d'entendre les parents nommer qu'ils ont parfois l'impression d'être mieux informés que l'intervenant qui tente de les accompagner. Il faut éviter de comparer l'expérience des parents en contexte de prématurité avec l'expérience d'un enfant né à terme et diriger son discours sur une approche beaucoup plus sensible aux traumatismes que les parents peuvent vivre à court, moyen et long terme, en plus de s'informer des ressources possibles comme Préma-Québec. Ces parents n'avaient eux-mêmes jamais été confrontés à la prématurité. De ce fait, il serait important d'outiller les intervenants pour qu'à leur tour, ils soient en mesure d'accompagner adéquatement ces parents dans leur expérience de la parentalité. Par exemple, de l'accompagnement psychosocial conjugué au suivi CLSC par une infirmière

périnatale lors du retour à la maison pourrait permettre de normaliser le vécu de ces parents et de les soutenir dans leur nouvelle réalité parentale.

Sur le plan social

Notre étude suscite des réflexions sociales sur le regard que l'on pose sur la parentalité au Québec, sur l'importance de soutenir les familles avec un nouvel enfant prématuré ou ayant des besoins particuliers, à propos des femmes accouchant prématurément, à leur conjoint ou conjointe et sans oublier les parents à risque d'un accouchement prématuré. Nous avons tenté de mieux comprendre la parentalité en contexte de prématurité comme étant un phénomène social. Nous avons pris conscience que la prématurité est encore banalisée dans les discours sociaux et qu'une pression sociale est mise sur les parents. Cependant, celle-ci est plus insidieuse, puisqu'elle se répercute sur l'enfant, comme le développement de ce dernier devient rapidement un critère de réussite ou d'échec pour ces parents, alors que le développement unique à l'enfant est mis de côté. Beaucoup de parents se sont retrouvés en situation de confrontation avec leurs proches pour expliquer et justifier leurs demandes, notamment d'éviter de toucher l'enfant lorsqu'ils présentent des symptômes de rhume ou encore avec des inconnus dans des endroits publics. De ce fait, on comprend que le regard que l'on pose sur ces parents est un défi supplémentaire, en plus du regard qu'eux-mêmes vont poser sur leur propre expérience, alors qu'ils devraient être soutenus, accompagnés et conseillés adéquatement et respectueusement. Il serait donc pertinent de sensibiliser la population québécoise à la prématurité et au risque d'un enfant prématuré.

Finalement, il nous semble aussi pertinent de s'interroger sur l'harmonisation des services de santé et de services sociaux pour les parents en contexte de prématurité, puisque ces derniers doivent passer par un ou plusieurs établissements de santé, dans le but de mieux les accompagner et atténuer les souffrances de ce passage obligé. Nous pouvons penser que les parents qui vivent avec un enfant malade ou ayant des besoins particuliers sont susceptibles de vivre des défis semblables aux défis abordés dans cette étude doctorale. Il serait donc essentiel, pour nous, que cela se reflète dans les politiques gouvernementales et dans les programmes offerts aux familles en contexte de vulnérabilité. Il serait nécessaire d'intégrer des critères de vulnérabilité, telle la prématurité, dans les services offerts aux familles québécoises.

Limites de l'étude

Bien que nos résultats permettent une meilleure compréhension de l'expérience des parents en contexte de prématurité et mettent en lumière l'influence de la mentalisation parentale au sein des familles, notre étude comporte aussi plusieurs limites qui doivent être prises en compte. Le petit nombre de participants faisant partie des différentes catégories permettant d'illustrer l'évolution des étapes communicationnelles de l'engagement des parents dans la relation parent-enfant prématuré, au retour à la maison et sur une année, ne permet pas de confirmer cette trajectoire. Il serait donc pertinent d'explorer le vécu d'un plus grand nombre de parents avec des enfants d'âges variés comme notre étude visait les parents dont l'enfant était né entre la 28^e et la 36^e semaine de grossesse, dans le but de raffiner notre compréhension et de décrire cette évolution de

façon plus précise et détaillée. De cette façon, nous pourrions percevoir une distribution plus homogène pour chaque tranche d'âge, et ce, dès le retour à la maison avec l'enfant. Aussi, il serait pertinent d'explorer la réalité de ces parents avec des participants faisant partie de la communication LGBTQ+ et d'ethnicités variées, pour mieux comprendre ce phénomène social et se rapprocher d'une réalité sociale plus concrète et précise.

Notre étude met en évidence qu'un grand nombre de participants mentionnent avoir vécu de la détresse psychologique durant la période hospitalière et au retour à la maison. Malgré tout, cette étude ne nous permet pas de présenter un profil psychologique des participants à l'étude. Bien que cela ne fasse pas partie de nos objectifs, il aurait pu être intéressant d'appuyer nos résultats avec des données cliniques sur la santé mentale de ces parents et les antécédents de ces derniers. Par exemple, nous aurions pu faire une étude mixte, avec une série de questionnaires concernant des symptômes psychologiques et les antécédents de ces derniers ou encore d'inclure les dossiers médicaux des participants dans nos analyses. Cela aurait permis de nuancer nos propos sur le vécu de ces parents et de rediriger les participants vers des ressources appropriées. Il est tout de même important de mentionner qu'une liste des ressources a été transmise aux participants lors de l'entretien.

En choisissant une approche qualitative, nous ne pouvions pas mesurer la mentalisation parentale chez les participants à l'étude. Bien que les objectifs de cette étude doctorale fussent d'explorer et de mieux comprendre ce concept, il aurait pu être

intéressant d'utiliser des outils standardisés pour venir appuyer nos résultats et préciser nos observations. Des études futures devraient explorer plus en profondeur le concept de mentalisation parentale, et ce, à différentes étapes du développement de l'enfant. Ce concept dynamique dans le temps peut être influencé par de nombreux facteurs externes, dont des stressors au sein du foyer familial ou encore un accouchement traumatisant suivi d'une période d'hospitalisation pour la mère et l'enfant. Le contexte familial dans lequel les parents accueillent leur enfant est particulièrement important si l'on veut bien comprendre l'expérience parentale en contexte de prématurité. Des recherches futures devraient donc inclure des données supplémentaires sur le contexte de l'accouchement prématuré et les enjeux externes pouvant influencer l'établissement de la relation parent-enfant.

Lors de nos entretiens avec les participants, nous avons pris conscience de la place importante que prend la période hospitalière, même si aucune de nos questions n'abordait ce sujet et que nos objectifs de thèse visaient le retour à la maison après la période d'hospitalisation. De ce fait, nous croyons qu'il serait pertinent d'inclure dans l'expérience des parents en contexte de prématurité la réalité hospitalière dès l'accouchement de l'enfant. Une étude longitudinale permettrait un portrait plus dynamique de l'évolution de ces parents tout en suivant le développement de l'enfant.

Il aurait été pertinent de s'inspirer davantage du cadre conceptuel écosystémique de la parentalité. Dans le but de respecter nos objectifs, cette étude vise les systèmes

dyadiques mère-enfant et père-enfant. Toutefois, nous n'avons pas inclus l'interaction familiale triadique (mère-père-enfant) ni les différents systèmes, dont le réseau de soutien de ces familles et l'expérience conjugale de ces parents. D'autres études sont nécessaires pour explorer davantage la contribution de ces systèmes sur l'expérience de la parentalité en contexte de prématurité en tenant compte des facteurs environnementaux de ces familles en plus du regard sociétal sur l'expérience de la parentalité.

Enfin, un grand nombre de personnes n'ont pas pu participer à la recherche malgré leur intérêt, puisque ces derniers ne répondaient pas aux critères d'admission. Ces critères portaient majoritairement sur l'âge gestationnel de l'enfant au moment de la naissance. Il serait pertinent d'explorer le vécu des parents en contexte de prématurité même lorsque l'enfant est considéré comme un très grand prématuré. Cette limite nous fait prendre conscience que notre recrutement était possiblement trop circonscrit, bien que cela a permis d'observer des similitudes dans le discours des parents dont l'enfant est né à un âge semblable. L'intérêt massif des parents pour la recherche au moment du recrutement nous fait prendre conscience du grand besoin des parents à s'exprimer sur leur vécu et du grand manque de ressources pour ces derniers. Des recherches futures pourront sans aucun doute trouver des parents désireux de participer à l'avancement des connaissances concernant la prématurité et ainsi mieux adapter les ressources et services en fonction des besoins de ces parents et selon l'âge de l'enfant, qu'il soit un très grand prématuré, ou un prématuré léger.

Conclusion

Pour conclure, cette recherche doctorale a permis à des parents québécois de s'ouvrir sur leur expérience de la parentalité en contexte de prématurité, sous la dimension affective et communicationnelle après un congé hospitalier, en plus d'explorer le concept de mentalisation parentale. L'analyse thématique à partir du discours de ces parents et inspirée d'une approche ethnographique a permis de mettre en lumière des défis au-delà des dimensions à l'étude. Des sujets comme les appréhensions pour le futur, la difficulté à s'engager émotionnellement auprès de l'enfant et les échos de la période hospitalière sur la période du retour à la maison avec l'enfant sont des thèmes ajoutés aux résultats et qui n'étaient pas visés par les objectifs de l'étude. De plus, cette étude a permis un regard différent, innovateur et dynamique du concept de mentalisation parentale chez une population distincte, les parents d'un enfant prématuré né entre la 28^e et la 36^e semaine de grossesse.

Les résultats de cette étude ont permis une meilleure compréhension de l'évolution communicationnelle entre un parent et son enfant, tout en mettant en lumière la place majeure que prend la réciprocité de l'enfant dans les interactions sociales lors de l'établissement de la relation parent-enfant. Cette étude a permis l'exploration du concept de déclics parentaux dans les étapes communicationnelles et leur influence dans l'investissement émotionnel de ces parents dans la relation avec leur enfant.

Elle a permis de nuancer et préciser des concepts présents dans les écrits scientifiques en prématurité dont la culpabilité maternelle, la pression du parent compétent et les inquiétudes quant au développement de l'enfant.

Le choix d'explorer l'expérience de ces parents avec un regard d'inspiration ethnographique sous l'angle du phénomène social a permis une plus grande liberté dans les sujets abordés avec les participants et a permis d'analyser les discours des participants en y intégrant des observations sur le terrain, à savoir des interactions sociales parent-enfant. Ces informations se sont révélées très pertinentes pour mieux comprendre le discours des participants lorsque ces derniers avaient du mal à verbaliser leurs émotions.

Cette étude doctorale tente de démontrer l'importance du concept de mentalisation parentale comme un concept possiblement médiateur dans l'engagement émotionnel des parents dans la relation avec leur enfant durant la première année de vie, mais aussi l'impact de la réciprocité dans l'expérience des parents en contexte de prématurité. Malgré tout, nous avons pris conscience de l'état d'urgence dans laquelle les parents se retrouvent dès la naissance de l'enfant et de ses impacts sur la disponibilité des parents à répondre adéquatement aux besoins affectifs et physiologiques de l'enfant. Cet état d'urgence se répercutait sur la capacité à mentaliser son vécu ainsi que celui de l'enfant. À la lumière de ces résultats, la réciprocité venant de l'enfant dans les interactions sociales semble être un moment décisif pour les parents, notamment pour l'engagement émotionnel envers l'enfant, dans le plaisir de communiquer avec ce dernier, mais aussi dans la capacité à mentaliser les besoins de l'enfant, comme ce dernier offre une rétroaction à ses parents.

Cette thèse a des retombées intéressantes pour la recherche clinique en prématurité et pour la pratique professionnelle en santé et services sociaux. Parmi celles-ci, nous notons la pertinence d'intervenir auprès des familles dès la naissance de l'enfant, d'accompagner et d'outiller les parents pour la période du retour à la maison, et tout particulièrement de les accompagner dans la compréhension du langage de leur bébé. Il nous apparaît primordial d'informer les parents des particularités développementales des enfants prématurés et du fait qu'ils communiquent différemment des enfants nés à terme. Comme ce sont des savoirs qui ne sont pas transmis aux parents, cela vient nuire à la compréhension des signaux de l'enfant prématuré par le parent. La prématurité est un sujet silencieux dans la formation des intervenants sociaux, et nous croyons qu'une meilleure compréhension de ce phénomène permettrait un accompagnement beaucoup plus adapté à la réalité de ces familles.

Pour terminer, cette étude doctorale est la première à conjuguer la dimension affective et communicationnelle avec le concept de mentalisation parentale sous un angle qualitatif inspiré de l'ethnographie. Elle permet une meilleure compréhension de cette réalité familiale au Québec qui est hors du commun et permet de donner un sens à l'expression : la parentalité prématurée. Nous croyons que cette recherche n'est qu'une esquisse à de futures recherches sur l'amélioration des services de santé et services sociaux dans le domaine de la prématurité au Québec, en plus de proposer de nouvelles pistes d'interventions prometteuses.

Références

- Abergel, M., & Blicharski, T. (2013). Naissance prématurée et lien mère-enfant : attachement de l'enfant, état de stress post-traumatique maternel. *Devenir*, 25(1), 49-64. <https://doi.org/10.3917/dev.131.0049>
- Adama, E. A., Bayes, S., & Sundin, D. (2016). Parents' experiences of caring for preterm infants after discharge from Neonatal Intensive Care Unit: A meta-synthesis of the literature. *Journal of Neonatal Nursing*, 22(1), 27-51. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.07.006>
- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant-Mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937.
- Aival-Naveh, E., Rothschild-Yakar, L., & Kurman, J. (2019). Keeping culture in mind: A systematic review and initial conceptualization of mentalizing from a cross-cultural perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(4), 25. <https://doi.org/10.1037/h0101757>
- Al Maghaireh, D. A. F., Abdullah, K. L., Chan, C. M., Piaw, C. Y., & Al Kawafha, M. M. (2016). Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2745-2756. <https://doi.org/10.1111/jocn.13259>
- Als, H. (1989). Self-regulation and motor development in preterm infants. Dans J. Lockman & N. Hazen (Éds), *Action in social context* (pp. 65-97). Springer.
- Athanasopoulou, E., & Fox, J. R. E. (2014). Effects of kangaroo mother care on maternal mood and interaction patterns between parents and their preterm, low birth weight infants: A systematic review. *Infant Mental Health Journal*, 35(3), 245-262. <https://doi.org/10.1002/imhj.21444>
- Atkinson, P., & Hammersley, M. (1994). Ethnography and participant observation. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds), *Handbook of qualitative research* (pp. 248-260). Sage Publications.
- Axelin, A., Feeley, N., Campbell-Yeo, M., Silnes Tandberg, B., Szczapa, T., Wielenga, J., Weis, J., Pavicic Bosnjak, A., Jonsdottir, R. B., George, K., Blomqvist, Y. T., Bohlin, K. et Lehtonen, L. (2022). Symptoms of depression in parents after discharge from NICU associated with family-centred care. *Journal of Advanced Nursing*, 78(6), 1676-1687. <https://doi.org/10.1111/jan.15128>

- Aydon, L., Hauck, Y., Murdoch, J., Siu, D., & Sharp, M. (2018). Transition from hospital to home: Parents' perception of their preparation and readiness for discharge with their preterm infant. *Journal of Clinical Nursing, 27*(1-2), 269-277. <https://doi.org/10.1111/jocn.13883>
- Bączkowski, B. M., & Cierpiałkowska, L. (2015). Mentalization within close relationships: The role of specific attachment style. *Polish Psychological Bulletin, 46*(2), 285-299. <https://doi.org/10.1515/ppb-2015-0035>
- Badoud, D., Speranza, M., & Debbané, M. (2016). Vers un modèle du développement des dimensions de la mentalisation à l'adolescence. *Revue québécoise de psychologie, 37*(3), 49-68. <https://doi.org/10.7202/1040160ar>
- Bateman, A. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. OUP Oxford.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry, 33*(6), 595-613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2000). *Qualitative researching with text, image and sound: A practical handbook for social research*. Sage Publications.
- Baum, N., Weidberg, Z., Osher, Y., & Kohelet, D. (2012). No longer pregnant, not yet a mother: Giving birth prematurely to a very-low-birth-weight baby. *Qualitative Health Research, 22*(5), 595-606. <https://doi.org/10.1177/1049732311422899>
- Beck, C. T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: A meta-analysis. *Nursing Research, 44*(5), 298-305. <https://doi.org/10.1097/00006199-199509000-00007>
- Beck, C. T., & Harrison, L. (2017). Posttraumatic stress in mothers related to giving birth prematurely: A mixed research synthesis. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 23*(4), 241-257. <https://doi.org/10.1177/1078390317700979>
- Beck, C. T., & Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: A tale of two pathways. *Nursing Research, 57*(4), 228-236. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.000313494.87282.90>
- Bell, L. (2008). L'établissement de la relation parents-enfant. Un modèle d'évaluation et d'intervention ayant pour cible la sensibilité parentale. *L'infirmière clinicienne, 5* (2), 39-44.

- Bernier, A., Carlson, S. M., Deschênes, M., & Matte-Gagné, C. (2012). Social factors in the development of early executive functioning: A closer look at the caregiving environment. *Developmental Science*, *15*(1), 12-24. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2011.01093.x>
- Bernier, A., McMahon, C. A., & Perrier, R. (2017). Maternal mind-mindedness and children's school readiness: A longitudinal study of developmental processes. *Developmental Psychology*, *53*(2), 210-221. <https://doi.org/10.1037/dev0000225>
- Berthelot, N., Drouin-Maziade, C., Garon-Bissonnette, J., Lemieux, R., Sériès, T., & Lacharité, C. (2021). Evaluation of the Acceptability of a Prenatal Program for Women with Histories of Childhood Trauma: STEP (Supporting the Transition to and Engagement in Parenthood). *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.772706>
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Lacharité, C., & Muzik, M. (2019). The protective role of mentalizing: Reflective functioning as a mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents. *Child Abuse & Neglect*, *95*(1), 104065. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104065>
- Borelli, J. L., Compare, A., Snavely, J. E., & Decio, V. (2015). Reflective functioning moderates the association between perceptions of parental neglect and attachment in adolescence. *Psychoanalytic Psychology*, *32*(1), 23-35. <https://doi.org/10.1037/a0037858>
- Boyle, J. S. (1994). Styles of ethnography. Dans J. M. Morse (Éd.), *Critical issues in qualitative research methods*, (pp. 159-185). Sage Publications.
- Brike, S. et Melnikov, S. (2022). Factors affecting how parents cope with their preterm infant's pain: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.16385>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1996). Le modèle Processus-Personne-Contexte-Temps dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implications. Dans R. Tessier & G. M. Tarabulsy (Éds), *Le Modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant* (pp. 9-59). Presses de l'Université du Québec.
- Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological model of human development. Dans T. Husen & T. N. Postlethwaithe (Éds), *International encyclopedia of education* (2^e éd., Vol. 3, pp. 6963-6970). Elsevier.

- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human being human*. Sage Publications.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, *101*(4), 568-586. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.4.568>
- Camoirano, A. (2017). Mentalizing makes parenting work: A review about parental reflective functioning and clinical interventions to improve it. *Frontiers in Psychology*, *8*(14). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00014>
- Candelori, C., Trumello, C., Babore, A., Keren, M., & Romanelli, R. (2015). The experience of premature birth for fathers: The application of the Clinical Interview for Parents of High-Risk Infants (CLIP) to an Italian sample. *Frontiers in Psychology*, *6*, 1444. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01444>
- Charmillot, M., & Dayer, C. (2007). Démarche compréhensive et méthodes qualitatives : clarifications épistémologiques. *Recherches qualitatives*, *3*(1), 126-139.
- Chautems, C. (2018). Quand l'allaitement « fait » la mère. Construction du corps maternel et enjeux identitaires autour des pratiques d'allaitement au sein. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (16). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2926>
- Cho, Y., Hirose, T., Tomita, N., Shirakawa, S., Murase, K., Komoto, K., Nagayoshi, M., Okamitsu, M., & Omori, T. (2013). Infant mental health intervention for preterm infants in Japan: Promotions of maternal mental health, mother-infant interactions, and social support by providing continuous home visits until the corrected infant age of 12 months. *Infant Mental Health Journal*, *34*(1), 47-59. <https://doi.org/10.1002/imhj.21352>
- Clark, C. A. C., Woodward, L. J., Horwood, L. J., & Moor, S. (2008). Development of emotional and behavioral regulation in children born extremely preterm and very preterm: Biological and social influences. *Child Development*, *79*(5), 1444-1462. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01198.x>
- Corbière, M., & Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Les Presses de l'Université du Québec.
- Danet, A., & Descamps, M. (1992). *Facteurs à l'origine de l'arrêt de l'allaitement maternel. Dans la période allant de la sortie de la maternité jusqu'aux trois mois de l'enfant* (Mémoire de maîtrise inédit). Aix Marseille Université, France.

- Daude, H., Bousquet-Jacq, N., Von Kanel, K., Boulay, N., Faye, M., Coquery, M., Tronel, S., & Beltran, M. (2015). Repérage et prise en charge multidisciplinaire des troubles du développement cognitif et relationnel de l'enfant né prématurément. *Contraste*, *41*(1), 151-180. <https://doi.org/10.3917/cont.041.0151>
- Deater-Deckard, K. (2005). Parenting stress and children's development: Introduction to the special issue. *Infant and Child Development*, *14*(1), 111-115. <https://doi.org/10.1002/icd.383>
- Debbané, M., Prada, P., Perroud, N., & Speranza, M. (2021). *Cours « Mentaliser : de la théorie à l'intervention clinique », semaine 2. Les ingrédients d'une interaction bébé-pourvoyeur de soins : le biofeedback*. Département de psychologie, Université de Genève, Suisse.
- Demirci, J. R., Happ, M. B., Bogen, D. L., Albrecht, S. A., & Cohen, S. M. (2015). Weighing worth against uncertain work: The interplay of exhaustion, ambiguity, hope and disappointment in mothers breastfeeding late preterm infants. *Maternal & Child Nutrition*, *11*(1), 59-72. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2012.00463.x>
- deMontigny, F., Devault, A., Miron, J. M., Lacharité, C., Goudreau, J., Brin, M., & Groulx, A.-P.. (2007). *L'expérience des pères de l'Outaouais de l'allaitement maternel et de la relation père-enfant*. Université du Québec en Outaouais. https://www.rvpaternite.org/wp-content/uploads/2019/09/pali_2007.pdf
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The Sage handbook of qualitative research* (4^e éd.). Sage Publications.
- Devine, R. T., & Hughes, C. (2018). Family correlates of false belief understanding in early childhood: A meta-analysis. *Child Development*, *89*(3), 971-987. <https://doi.org/10.1111/cdev.12682>
- de Wolff, M. S., & van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, *68*(4), 571-591. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1997.tb04218.x>
- Diffin, J., Shields, M. D., Cruise, S., & Johnston, L. (2013). Parents' experiences of caring for their infant following surgery in the neonatal period: A literature review. *Journal of Neonatal Nursing*, *19*(5), 271-289. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2012.10.002>
- Dong, D., Ru, X., Huang, X., Sang, T., Li, S., Wang, Y., & Feng, Q. (2022). A prospective cohort study on lactation status and breastfeeding challenges in mothers giving birth to preterm infants. *International Breastfeeding Journal*, *17*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00447-4>

- Druon, C. (2012). Quel lien entre le bébé prématuré et ses parents en médecine néonatale ? *Revue française de psychosomatique*, 2012/1(41), 135-147. <https://doi.org/10.3917/rfps.041.0135>
- Ego, A., Dubos, J., Djavadzadeh-Amini, M., Depinoy, M., Louyot, J., & Codaccioni, X. (2003). Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. *Archives de pédiatrie*, 10(1), 11-18. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(03\)00215-X](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(03)00215-X)
- Endendijk, J. J., Bos, P. A., Smit, A. K. et van Baar, A. L. (2020). Pictures of preterm infants elicit increased affective responses and reduced reward-motivation or perspective taking in the maternal brain. *Behavioural Brain Research*, 390. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2020.112677>
- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the child reflective functioning scale. *British Journal of Developmental Psychology*, 33, 203-217. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12074>
- Ericson, J., & Palmér, L. (2020). Cessation of breastfeeding in mothers of preterm infants- A mixed method study. *PloS One*, 15(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233181>
- Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; Physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 329-354. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01701.x>
- Filippa, M., Monaci, M. G., & Grandjean, D. (2018). Emotion attribution in nonverbal vocal communication directed to preterm infants. *Journal of Nonverbal Behavior*, 43(1), 91-104. <https://doi.org/10.1007/s10919-018-0288-1>
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2014). Teaching to learn from experience: Epistemic mistrust at the heart of BPD and its psychosocial treatment. *Manuscrit en préparation*.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.

- Gallagher, F. (2004). *Expérience associée à la présence de signes ou de malaises précurseurs d'un travail prématuré vue sous un angle ethnographique* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, QC. ProQuest Dissertations & Theses Global. Ann Arbor.
- Gamba Szijarto, S., Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Müller Nix, C. (2009). État de stress post-traumatique chez les mères et chez les pères d'enfants prématurés : similitudes et différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57 (5), 385-391. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.04.001>
- Garel, M., Bahuaud, M., & Blondel, B. (2004, Nov). Conséquences pour la famille d'une naissance très prématurée deux mois après le retour à la maison. Résultats de l'enquête qualitative d'EPIPAGE. *Archives de pédiatrie*, 11(11), 1299-1307. [https://doi.org/10.1016/s0929-693x\(04\)00379-3](https://doi.org/10.1016/s0929-693x(04)00379-3)
- Garfinkel, H. (2001). *Le programme de l'ethnométhodologie*. <http://www.ultramuros.ca/documents/Garfinkel-Theo-de-la-communication.pdf>
- Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring:: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77(1), 1181-1212.
- Girabent-Farrés, M., Jimenez-González, A., Romero-Galisteo, R. P., Amor-Barbosa, M., & Bagur-Calafat, C. (2021). Effects of early intervention on parenting stress after preterm birth: A meta-analysis. *Child: Care, Health and Development*, 47(3), 400-410. <https://doi.org/10.1111/cch.12853>
- Giroux, M. T., & Tessier, R. (2005). *L'extrême prématurité : les enjeux parentaux, éthiques et légaux* (Vol. 10). Les Presses de l'Université du Québec.
- Goldstein, R. F., & Malcolm, W. F. (2019). Care of the neonatal intensive care unit graduate after discharge. *Pediatric Clinics of North America*, 66(2), 489-508. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.12.014>
- Gori, A., Arcioni, A., Topino, E., Craparo, G., & Lauro Grotto, R. (2021). Development of a New Measure for Assessing Mentalizing: The Multidimensional Mentalizing Questionnaire (MMQ). *Journal of Personalized Medicine*, 11(4), 305. <https://doi.org/10.3390/jpm11040305>

- Goutaudier, N., Lopez, A., Séjourné, N., Denis, A., & Chabrol, H. (2011). Premature birth: Subjective and psychological experiences in the first weeks following childbirth, a mixed-methods study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 364-373. <https://doi.org/10.1080/02646838.2011.623227>
- Gouvernement du Canada. (2018). *Énoncé de politique de trois conseils — Éthique de la recherche avec des êtres humains — EPTC 2*. <https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2018-fr-interactive-final.pdf>
- Grienenberger, J., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, 7(3), 299-311. <https://doi.org/10.1080/14616730500245963>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Sage Publications.
- Guillemette, F. (2006). L'approche de la Grounded Theory ; pour innover?. *Recherches qualitatives*, 26(1), 32-50. <https://doi.org/10.7202/1085397ar>
- Habersaat, S., Pierrehumbert, B., Forcada-Guex, M., Nessi, J., Ansermet, F., Müller-Nix, C., & Borghini, A. (2014). Early stress exposure and later cortisol regulation: Impact of early intervention on mother-infant relationship in preterm infants. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 457-464. <https://doi.org/10.1037/a0033878>
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in practice*. Routledge.
- Hefez, S. (2004). *Quand la famille s'emmêle*. Hachette Littératures.
- Heringhaus, A., Blom, M. D., & Wigert, H. (2013). Becoming a parent to a child with birth asphyxia-From a traumatic delivery to living with the experience at home. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20539>
- Heron-Delaney, M., Kenardy, J. A., Brown, E. A., Jardine, C., Bogossian, F., Neuman, L., de Dassel, T., & Pritchard, M. (2016, 09//). Early maternal reflective functioning and infant emotional regulation in a preterm infant sample at 6 months corrected age. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(8), 906-914. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv169>

- Heyl, B. S. (2001). Ethnographic interviewing. Dans P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland, & L. Lofland (Éds), *Handbook of ethnography* (pp. 369-383). Sage Publications.
- Highet, N., Stevenson, A. L., Purtell, C., & Coo, S. (2014). Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety. *Women Birth*, 27(3), 179-184. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.05.003>
- Hinton, L., Locock, L., & Knight, M. (2014). Partner experiences of “near-miss” events in pregnancy and childbirth in the UK: A qualitative study. *PloS One*, 9(4), e91735. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091735>
- Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., Braeken, J., Eliëns, M. P. J., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Bakel, H. J. A. (2015). Effectiveness of hospital-based video interaction guidance on parental interactive behavior, bonding, and stress after preterm birth: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 416-429. <https://doi.org/10.1037/a0038401>
- Howieson, J., & Priddis, L. (2011). Building resilience for separating parents through mentalizing and constructive lawyering techniques. *Psychiatry, Psychology and Law*, 18(2), 202-211. <https://doi.org/10.1080/13218711003739532>
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*. Éditions du Renouveau pédagogique : De Boeck.
- Hughes, C., Aldercotte, A., & Foley, S. (2017). Maternal mind-mindedness provides a buffer for pre-adolescents at risk for disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(2), 225-235. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0165-5>
- Hugill, K., Letherby, G., Reid, T., & Lavender, T. (2013). Experiences of fathers shortly after the birth of their preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(6), 655-663. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12256>
- Institut de la statistique du Québec. (2022). *Données sur les naissances à l'échelle du Québec*. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/naissances-le-quebec>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2016). *Plan triennal d'activités 2016-2019*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/PTA_2016_2016-07-18.pdf

- Ionio, C., Lista, G., Mascheroni, E., Olivari, M. G., Confalonieri, E., Mastrangelo, M., Brazzoduro, V., Balestriero, M. A., Banfi, A., Bonanomi, A., Bova, S., Castoldi, F., Colombo, C., Introvini, P., & Scelsa, B. (2017). Premature birth: Complexities and difficulties in building the mother-child relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(5), 509-523. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1383977>
- Jacques, M. C. (2003). La vie psychique de l'enfant prématuré : ce que les observations peuvent apporter pour tenter de la comprendre. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51 (1), 23-27.
- Jodelet, D. (2003). Aperçus sur les méthodologies qualitatives. Dans S. Moscovici & F. Buchini (Éds), *Les méthodes des sciences humaines* (pp. 139-162). Les Presses universitaires de France.
- Kair, L. R., Flaherman, V. J., Newby, K. A., & Colaizy, T. T. (2015). The experience of breastfeeding the late preterm infant: A qualitative study. *Breastfeeding Medicine*, 10(2), 102-106. <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0121>
- Kantrowitz-Gordon, I. (2014). *Distress after preterm birth: A discourse analysis of parents' accounts and photographs (2014-99160-398)* (Thèse de doctorat inédite). Washington State University, États-Unis.
- Kelley, M. L., Vannostrand, T. L., Shiflett, C. L., & Chan, J. S. L. (1996). Maternal perceptions of and sensitivity toward very-low birth weight infants with and without postnatal head molding. *Infant Mental Health Journal*, 17(4), 358-374. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199624\)17:4<358::AID-IMHJ7>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199624)17:4<358::AID-IMHJ7>3.0.CO;2-I)
- Kim, P., Mayes, L., Feldman, R., Leckman, J. F., & Swain, J. E. (2013). Early postpartum parental preoccupation and positive parenting thoughts: Relationship with parent-infant interaction. *Infant Mental Health Journal*, 34(2), 104-116. <https://doi.org/10.1002/imhj.21359>
- Kirk, E., Pine, K., Wheatley, L., Howlett, N., Schulz, J., & Fletcher, B. (2015). A longitudinal investigation of the relationship between maternal mind-mindedness and theory of mind. *British Journal of Developmental Psychology*, 33(4), 434-445. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12104>
- Koliouli, F., Zaouche Gaudron, C., Casper, C., Berdot-Talmier, L., & Raynaud, J.-P. (2017). Soutien social et expérience paternelle des pères de nouveau-nés prématurés. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, (26). <https://doi.org/10.7202/1041063AR>
- Guiart, J., Dupaigne, B., & Hutter, M. (2009). *Etudier sa propre culture : expériences de terrain et méthodes*. Harmattan.

- Lacharité, C., Calille, S., Pierce, T., & Baker, M. (2016). *La perspective des parents sur leur expérience avec de jeunes enfants. Une recherche qualitative reposant sur des groupes de discussion dans le cadre de l'Initiative Perspectives parents*. https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC1910/F_734632437_LesCahiersDuCEIDEF_vol_4.pdf
- Lacharité, C., & Lafantaisie, V. (2016). Le rôle de la fonction réflexive dans l'intervention auprès de parents en contexte de négligence envers l'enfant. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 159-180.
- Lacharité, C., & Milot, T. (2021). *Vulnérabilités et familles*. https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC1910/O0003692570_LesCahiersDuCEIDEF_vol_8.pdf
- Lacharité, C., Pierce, T., Calille, S., Baker, M., & Pronovost, M. (2015). *Penser la parentalité au Québec : un modèle théorique et un cadre conceptuel pour l'initiative « perspectives parents »*. https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC1910/F_658705936_LesCahiersDuCEIDEF_no3.pdf
- Laganière, J., Tessier, R., & Nadeau, L. (2003). Attachement dans le cas de prématurité : un lien médiatisé par les perceptions maternelles. *Enfance*, 55(2), 101-117. <https://doi.org/10.3917/enf.552.0101>
- Landry, S. H. (2008). *Le rôle des parents dans l'apprentissage des jeunes enfants*. <https://www.enfant-encyclopedie.com/habiletes-parentales/selon-experts/le-role-des-parents-dans-lapprentissage-des-jeunes-enfants>
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Éds), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-389). Gaétan Morin éditeur.
- Laplantine, F., & Singly, F. D. (2005). *La description ethnographique*. Armand Colin.
- Larousse. (2018). *Définition du mot « stigmaté »*. Larousse, édition 2019).
- Lavoie, A. (2017). *L'expérience des parents ayant un enfant atteint d'un problème de santé ou de développement*. Institut de la statistique du Québec (Numéro 20). https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01670FR_experience_parents_enfants2017H00F00.pdf
- LeCompte, M. D., & Schensul, J. J. (1999). *Designing and conducting ethnographic research* (Vol. 1). Rowman Altamira.

- Lefebvre, F. (1983). L'attachement des parents à leur nouveau-né suite à une naissance prématurée et à une séparation en période néonatale. *Santé mentale au Québec*, 8(2), 90-99.
- Letourneau, N., Tryphonopoulos, P., Giesbrecht, G., Dennis, C. L., Bhogal, S., & Watson, B. (2015). Narrative and meta-analytic review of interventions aiming to improve maternal-child attachment security. *Infant Mental Health Journal*, 36(4), 366-387. <https://doi.org/10.1002/imhj.21525>
- Lindberg, B., Axelsson, K., & Öhrling, K. (2007). The birth of premature infants: Experiences from the fathers' perspective. *Journal of Neonatal Nursing*, 13(4), 142-149. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2007.05.004>
- Lindberg, B., Axelsson, K., & Öhrling, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely: Experiences from Swedish fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 79-85. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00563.x>
- Lindberg, B., Axelsson, K., & Öhrling, K. (2009). Taking care of their baby at home but with nursing staff as support: The use of videoconferencing in providing neonatal support to parents of preterm infants. *Journal of Neonatal Nursing*, 15(2), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2009.01.004>
- Lobermeier, M., Hicks, A., Staples, A. D., Huth-Bocks, A. C., Warschausky, S., Taylor, H. G., Lukomski, A., Brooks, J. et Lajiness-O'Neill, R. (2022). Longitudinal changes in term and preterm infant night wakings: The role of caregiver anxious-depression. *Infant mental health journal*. <https://doi.org/10.1002/imhj.22024>
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 366-379. <https://doi.org/10.1037/per0000117>
- Luyten, P., Fonagy, P., Mayes, L., & van Houdenhove, B. (2009). Mentalization as a multidimensional concept. *Manuscrit soumis pour publication*.
- Luyten, P., Nijssens, L., Fonagy, P., & Mayes, L. C. (2017). Parental reflective functioning: Theory, research, and clinical applications. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 70(1), 174-199. <https://doi.org/10.1080/00797308.2016.1277901>
- Magyary, D. (1984). Early social interactions: Preterm infant-parent dyads. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 7(4-5), 233-254. <https://doi.org/10.3109/01460868409006345>

- Månsson, C., Sivberg, B., Selander, B., & Lundqvist, P. (2019). The impact of an individualised neonatal parent support programme on parental stress: A quasi-experimental study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 677-687. <https://doi.org/10.1111/scs.12663>
- Markin, R. D. (2018). "Ghosts" in the womb: A mentalizing approach to understanding and treating prenatal attachment disturbances during pregnancies after loss. *Psychotherapy*, 55(3), 275-288. <https://doi.org/10.1037/pst0000186>
- Martel, M.-J. (2013). *L'établissement de la relation parents-enfant prématuré à l'unité néonatale* [Thèse de doctorat inédite]. Université de Sherbrooke, QC. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Martínez-Shaw, M. L., & Sánchez-Sandoval, Y. (2022). Effective stress intervention programs for parents of premature children: A systematic review. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 1(1). <https://doi.org/10.1002/smi.3194>
- McKeown, L., Burke, K., Cobham, V. E., Kimball, H., Foxcroft, K. et Callaway, L. (2022). The prevalence of PTSD of mothers and fathers of high-risk infants admitted to NICU: A systematic review. *Clinical child and family psychology review*. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00421-4>
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(1), 637-648. <https://doi.org/10.1017/S0021963001007302>
- Meins, E. (2013). Sensitive attunement to infants' internal states: Operationalizing the construct of mind-mindedness. *Attachment & Human Development*, 15(5-6), 524-544. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.830388>
- Meins, E., Fernyhough, C., de Rosnay, M., Arnott, B., Leekam, S. R., & Turner, M. (2013). Mind-mindedness as a multidimensional construct: Appropriate and non-attuned mind-related comments independently predict infant-mother attachment in a socially diverse sample. *Infancy*, 17(1), 393-415. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7078.2011.00087.x>
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E., & Tuckey, M. (2003). Pathways to understanding mind: Construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development*, 74(4), 1194-1211. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00601>

- Melbourne, A., Kendall, G. S., Cardoso, M. J., Gunny, R., Robertson, N. J., Marlow, N., & Ourselin, S. (2014, Apr 1). Preterm birth affects the developmental synergy between cortical folding and cortical connectivity observed on multimodal MRI. *Neuroimage*, *89*(1), 23-34. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.11.048>
- Mirhosseini, S.-A. (2007). A companion to qualitative research; Understanding Qualitative research and ethnomethodology. *Discourse & Society*, *18*(2), 233-236. <https://doi.org/10.1177/095792650701800210>
- Mörelus, E., Kling, K., Haraldsson, E., & Alehagen, S. (2020). You can't flight, you need to fight: A qualitative study of mothers' experiences of feeding extremely preterm infants. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(13/14), 2420-2428. <https://doi.org/10.1111/jocn.15254>
- Morse, J. M. (1991). Qualitative nursing research: A free for all. *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue* (pp. 14-22). Sage Publications.
- Mucchielli, A. (2007). Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. *Recherches qualitatives*, *3*(1), 1-27.
- Mughal, M. K., Ginn, C. S., Magill-Evans, J., & Benzies, K. M. (2017). Parenting stress and development of late preterm infants at 4 months corrected age. *Research in Nursing & Health*, *40*(5), 414-423. <https://doi.org/10.1002/nur.21809>
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, *26*(1), 110-138. <https://doi.org/10.7202/1085400ar>
- Nayak, B. S., Lewis, L. E., Margaret, B., Bhat, Y. R., D'Almeida, J., & Phagdol, T. (2019). Randomized controlled trial on effectiveness of mHealth (mobile/smartphone) based Preterm Home Care Program on developmental outcomes of preterms: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, *75*(2), 452-460. <https://doi.org/10.1111/jan.13879>
- Nicolaou, M., Rosewell, R., Marlow, N., & Glazebrook, C. (2009). Mothers' experiences of interacting with their premature infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *27*(2), 182-194. <https://doi.org/10.1080/02646830801922796>
- Nix, C. M., Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., & Ansermet, F. (2009). Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant : éléments cliniques et données de recherche. *La psychiatrie de l'enfant*, *52* (2), 423-450. <https://doi.org/10.3917/psy.522.0423>

- Normand, A., Laforest, M., & de Montigny, F. (2009). La perception de l'identité paternelle en période postnatale selon le type de suivi prénatal. *Enfances, Familles, Générations*, (11), 44-63. <https://doi.org/10.7202/044121ar>
- Ochandorena-Acha, M., Noell-Boix, R., Yildirim, M., Cazorla-Sánchez, M., Iriondo-Sanz, M., Troyano-Martos, M. J., & Casas-Baroy, J. C. (2022). Experiences and coping strategies of preterm infants' parents and parental competences after early physiotherapy intervention: qualitative study [Rapport]. *Physiotherapy Theory & Practice*, 38(9), 1174-1187. <https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1818339>
- O'Donovan, A., & Nixon, E. (2019). "Weathering the storm:" Mothers' and fathers' experiences of parenting a preterm infant. *Infant Mental Health Journal*, 40(4), 573-587. <https://doi.org/10.1002/imhj.21788>
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2023). *Qu'est-ce qu'un enfant prématuré ?*. https://www.who.int/features/qa/preterm_babies/fr/
- Ortiz, A. M. (2003). The ethnographic interview. Dans F. K. Stage & K. Manning (Éds), *Research in the college context: Approaches and methods* (pp. 35-48). Routledge.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5^e éd). Armand Colin.
- Papousek, H., & Papousek, M. (1992). Beyond emotional bonding: The role of preverbal communication in mental growth and health. *Infant Mental Health Journal*, 13(1), 43-53. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199221\)13:1<43::AID-IMHJ2280130108>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199221)13:1<43::AID-IMHJ2280130108>3.0.CO;2-R)
- Parfitt, Y., Pike, A., & Ayers, S. (2013). The impact of parents' mental health on parent-baby interaction: A prospective study. *Infant Behavior & Development*, 36(4), 599-608. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.06.003>
- Pavoine, S., Azémar, F., Rajon, A. M., & Raynaud, J. P. (2004). Parents d'enfant prématuré : quel devenir sur la première année de vie ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52 (6), 398-404. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.06.002>
- Pedespan, L. (2004). Attachement et prématurité. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 32(9), 716-720. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2004.06.016>
- Pelchat, D., Lefebvre, H., & Levert, M. (2005). L'expérience des pères et mères ayant un enfant atteint d'un problème de santé : état actuel des connaissances. *Enfances, Familles, Générations*, (3). <https://doi.org/10.7202/012536ar>

- Perrusi, M. (2018). De la grossesse à haut risque au risque de prématurité du bébé : quel travail préalable lors d'une possible rencontre anticipée. Dans H. Bentata, C. Ferron, & M. C. Laznik (Éds), *Le bébé dans tous ses états* (pp. 218-218). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.benta.2018.01.0213>.
- Poehlmann, J., & Fiese, B. H. (2001a). The interaction of maternal and infant vulnerabilities on developing attachment relationships. *Development and Psychopathology*, *13*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1017/S0954579401001018>
- Poehlmann, J., & Fiese, B. H. (2001b). Parent-infant interaction as a mediator of the relation between neonatal risk status and 12-month cognitive development. *Infant Behavior and Development*, *24*(2), 171-188. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(01\)00073-X](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(01)00073-X)
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Loiselle, C. G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Éditions du Renouveau pédagogique.
- Puura, K., Leppänen, J., Salmelin, R., Mäntymaa, M., Luoma, I., Latva, R., Peltola, M., Lehtimäki, T., & Tamminen, T. (2019). Maternal and infant characteristics connected to shared pleasure in dyadic interaction. *Infant Mental Health Journal*, *40*(4), 459-478. <https://doi.org/10.1002/imhj.21786>
- Ravier, A., & Pedinielli, J.-L. (2015). Prématurité et parentalité. *Enfances Psy*, *2015/1*(65), 145-157. <https://doi.org/10.3917/ep.065.0145>
- Ravier, A., & Di Vettimo, D. S. (2017). Approche psychopathologique de l'enfant né prématuré : la culpabilité maternelle pour panser/penser le lien à son enfant. *Cliniques méditerranéennes*, *2017/2*(96), 245-256. <https://doi.org/10.3917/cm.096.0245>
- Ravier, A., Vanier, C., & Di Vettimo, D. S. (2018). Naissance prématurée et culpabilité maternelle : quel devenir possible pour l'enfant ? *Dialogue*, *222* (4), 121-132. <https://doi.org/10.3917/dia.222.0121>
- Resnick, M. B., Armstrong, S., & Carter, R. L. (1988). Developmental intervention program for high-risk premature infants: Effects on development and parent-infant interactions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, *9*(2), 73-78. <https://doi.org/10.1097/00004703-198804000-00004>
- Roubinov, D., Musci, R. J., Hipwell, A. E., Wu, G., Santos, H., Felder, J. N., Faleschini, S., Conradt, E., McEvoy, C. T., Lester, B. M., Buss, C., Elliott, A. J., Cordero, J. F., Stroustrup, A. et Bush, N. R. (2022). Trajectories of depressive symptoms among mothers of preterm and full-term infants in a national sample. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01245-5>

- Ruiz, N., Witting, A., Ahnert, L., & Piskernik, B. (2020). Reflective functioning in fathers with young children born preterm and at term. *Attachment & Human Development*, 22(1), 32-45. <https://doi.org/10.1080/14616734.2019.1589059>
- Saliba, S., Gratier, M., Filippa, M., Devouche, E., & Esseily, R. (2020). Fathers' and mothers' infant directed speech influences preterm infant behavioral state in the nicu. *Journal of Nonverbal Behavior*, 44(1), 437-451. <https://doi.org/10.1007/s10919-020-00335-1>
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide. *Recherches qualitatives*, 5(1), 99-111. <https://doi.org/10.7202/1042940ar>
- Schaefer, M. P., & Donelli, T. M. S. (2016). Maternal mentalizing capacity and prematurity: Effects of an intervention in NICU. *Psicologia em Estudo*, 21(4), 617-627. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i4.31775>
- Schiborr, J., Lotzin, A., Romer, G., Schulte-Markwort, M., & Ramsauer, B. (2013). Child-focused maternal mentalization: A systematic review of measurement tools from birth to three. *Measurement*, 46(8), 2492-2509. <https://doi.org/10.1016/J.MEASUREMENT.2013.05.007>
- Shah, P. E., Robbins, N., Coelho, R. B., & Poehlmann, J. (2013). The paradox of prematurity: The behavioral vulnerability of late preterm infants and the cognitive susceptibility of very preterm infants at 36 months post-term. *Infant Behavior and Development*, 36(1), 50-62. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2012.11.003>
- Shahheidari, M., & Homer, C. (2012). Impact of the design of neonatal intensive care units on neonates, staff, and families: A systematic literature review. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(3), 260-266. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e318261ca1d>
- Sharman, R. L. (2007). Style matters: Ethnography as method and genre. *Anthropology and Humanism*, 32(2), 117-129. <https://doi.org/10.1525/ahu.2007.32.2.117>
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17(3), 737-754. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x>
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269-281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Slade, A. (2007). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 640-657. <https://doi.org/10.1080/07351690701310698>

- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development, 7*(3), 283-298. <https://doi.org/10.1080/14616730500245880>
- Sloan, K., Rowe, J., & Jones, L. (2008). Stress and coping in fathers following the birth of a preterm infant. *Journal of Neonatal Nursing, 14*(4), 108-115. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2007.12.009>
- Smaling, H. J., Huijbregts, S. C., Suurland, J., van der Heijden, K. B., van Goozen, S. H., & Swaab, H. (2015). Prenatal reflective functioning in primiparous women with a high-risk profile. *Infant Mental Health Journal, 36*(3), 251-261. <https://doi.org/10.1002/imhj.21506>
- Soukup-Ascençao, T., D'Souza, D., D'Souza, H., & Karmiloff-Smith, A. (2016). Parent-child interaction as a dynamic contributor to learning and cognitive development in typical and atypical development. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development, 39*(4), 694-726. <https://doi.org/10.1080/02103702.2016.1221054>
- Spinelli, M., Poehlmann, J., & Bolt, D. (2013, Dec). Predictors of parenting stress trajectories in premature infant-mother dyads. *Journal of Family Psychology, 27*(6), 873-883. <https://doi.org/10.1037/a0034652>
- Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview*. Holt, Rinehart Winston. <http://katalog.ub.uni-heidelberg.de/titel/45008081>
- Spradley, J. P. (2016). *The ethnographic interview*. Waveland Press.
- Stengel, T. J. (1982). Infant behavior, maternal psychological reaction, and mother-infant interactional issues associated with the crises of prematurity: A selected review of the literature. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics, 2*(2-3), 3-24. https://doi.org/10.1300/J006v02n02_02
- Stover, C. S., & Coates, E. E. (2016, May). The relationship of reflective functioning to parent child interactions in a sample of fathers with concurrent intimate partner violence perpetration and substance abuse problems. *Journal of Family Violence, 31*(4), 433-442. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9775-x>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research techniques*. Citeseer.

- Svanberg, P. O., Barlow, J., & Tigbe, W. (2013). The Parent-Infant Interaction Observation Scale: Reliability and validity of a screening tool. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(1), 5-14. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.751586>
- Tallandini, M. A., Morsan, V., Gronchi, G., & Macagno, F. (2015, Jul). Systematic and meta-analytic review: Triggering agents of parental perception of child's vulnerability in instances of preterm birth *Journal of Pediatric Psychology*, 40(6), 545-553. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv010>
- Taubman-Ben-Ari, O., & Spielman, V. (2014). Personal growth following the first child's birth: A comparison of parents of pre- and full-term babies. *Social Work Research*, 38(2), 91-106. <https://doi.org/10.1093/swr/svu011>
- Udry-Jorgensen, L., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Quality of attachment, perinatal risk, and mother-infant interaction in a high-risk premature sample. *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 305-318. <https://doi.org/10.1002/imhj.20298>
- Urfer, F.-M., Achim, J., Terradas, M. M., Bisailon, C., Dubois-Comtois, K., & Lebel, A. (2015). Fonction réflexive de parents d'enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie : une étude exploratoire. *Devenir*, 28(3), 149-178. <https://doi.org/10.3917/dev.153.0149>
- Væver, M. S., Pedersen, I. E., Smith-Nielsen, J., & Tharner, A. (2020, 07//). Maternal postpartum depression is a risk factor for infant emotional variability at 4 months. *Infant Mental Health Journal*, 41(4), 477-494. <https://doi.org/10.1002/imhj.21846>
- Valle, A., Massaro, D., Castelli, I., Intra, F. S., Lombardi, E., Bracaglia, E., & Marchetti, A. (2016). Promoting mentalizing in pupils by acting on teachers: Preliminary Italian evidence of the "Thought in Mind" Project. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01213>
- van Manen, M. (2012, Feb). Carrying: Parental experience of the hospital transfer of their baby. *Qualitative Health Research*, 22(2), 199-211. <https://doi.org/10.1177/1049732311420447>
- Viaux-Savelon, S. (2016). Establishing parent-infant interactions. Dans A. L. Sutter-Dallay, N. M. C. Glangeaud-Freudenthal, A. Guedeney, & A. Riecher-Rössler (Éds), *Joint care of parents and infants in perinatal psychiatry* (pp. 25-43). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-21557-0_3

- Wade, M. (2018). *A developmental cascade model of neurocognitive functioning: Risk, resilience, and implications for children's mental health (2018-26097-013)* (Thèse de doctorat inédite). Université of Toronto, ON.
- Warren, S. L., Gunnar, M. R., Kagan, J., Anders, T. F., Simmens, S. J., Roness, M., Wease, S., Aron, E., Dahl, R. E., & Sroufe, L. A. (2003). Maternal panic disorder: Infant temperament, neurophysiology, and parenting behaviors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(7), 814-825. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046872.56865.02>
- Weiss, S. J., Wilson, P., & Morrison, D. (2004). Maternal tactile stimulation and the neurodevelopment of low birth weight infants. *Infancy*, *5*(1), 85-107. https://doi.org/10.1207/s15327078in0501_4
- Wreesmann, W.-J. W., Lorie, E. S., van Veenendaal, N. R., van Kempen, A. A. M. W., Ket, J. C. F., & Labrie, N. H. M. (2020). The functions of adequate communication in the neonatal care unit: A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Patient Education and Counseling*, *104*(7), 1505-1517. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.029>
- Xie, J., Zhu, L., Zhu, T., Jian, Y., Ding, Y., Zhou, M., & Feng, X. (2019). Parental engagement and early interactions with preterm infants reduce risk of late postpartum depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *207*(5), 360-364. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000971>
- Yaniv, A. U., Salomon, R., Waidergoren, S., Shimon-Raz, O., Djalovski, A., & Feldman, R. (2021). Synchronous caregiving from birth to adulthood tunes humans' social brain. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *118*(14), e2012900118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2012900118>
- Yatziv, T., Gueron-Sela, N., Meiri, G., Marks, K., & Atzaba-Poria, N. (2018). Maternal mentalization and behavior under stressful contexts: The moderating roles of prematurity and household chaos. *Infancy*, *23*(4), 591-615. <https://doi.org/10.1111/infa.12233>
- Yatziv, T., Kessler, Y., & Atzaba-Poria, N. (2018). What's going on in my baby's mind? Mothers' executive functions contribute to individual differences in maternal mentalization during mother-infant interactions. *PloS One*, *13*(11), e0207869. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207869>
- Zanardo, V., Gambina, I., Begley, C., Litta, P., Cosmi, E., Giustardi, A., & Trevisanuto, D. (2011). Psychological distress and early lactation performance in mothers of late preterm infants. *Early Human Development*, *87*(4), 321-323. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.01.035>

- Zeegers, M. A., Colonesi, C., Stams, G.-J. J., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychological Bulletin*, *143*(12), 1245-1272. <https://doi.org/10.1037/bul0000114>
- Zerach, G., & Magal, O. (2017). Exposure to stress during childbirth, dyadic adjustment, partner's resilience, and psychological distress among first-time fathers. *Psychology of Men & Masculinity*, *18*(2), 123-133. <https://doi.org/10.1037/men0000048>

Appendice A

Fiche informative de la recherche pour les participants potentiels

Projet de recherche sur la parentalité en contexte de prématurité

Quel est l'objectif de ce projet de recherche?

L'objectif principal de ce projet de recherche consiste à **mieux comprendre l'expérience des parents en contexte de prématurité sous la dimension affective et communicationnelle lors du retour à la maison avec leur enfant**. L'arrivée d'un enfant né avant terme est souvent associée à de vives émotions fortes pour les parents, et ce même plusieurs mois après la naissance. Pourtant, nous en savons bien peu sur l'établissement de la relation parent-enfant une fois que les parents ont quitté l'hôpital avec leur enfant. Ce projet vise ainsi à décrire les principaux défis de la parentalité au retour à la maison après une naissance prématurée.

Quels sont les inconvénients et les bénéfices de cette recherche?

Cette étude comporte peu de risques ou d'inconvénients. Les questions qui vous seront posées concernent des éléments de votre histoire personnelle avec votre enfant et le fait d'y répondre pourrait susciter des questionnements ou des réactions émotionnelles. Si cela survenait, l'étudiantechercheuse prendra le temps d'échanger avec vous et pourra vous orienter vers les ressources appropriées telles que le Centre Ressources Naissance, Maternaide, la Maison des Familles Chemindu Roi, la Maison des Familles du Rivage et la Maison de la famille de Trois-Rivières Inc.

Afin de vous dédommager pour le temps requis par la participation à la recherche, une compensation financière de 15\$ est prévu ainsi qu'un livre portant sur le développement neuromoteur des enfants de 0 à 15 mois intitulé *Regarde-moi* des Éditions du CHU Sainte-Justine. La participation à cette recherche est complètement confidentielle et un numéro de participant vous sera attribué.

Comment participer?

Si vous acceptez d'être recontacté(e) afin que nous vous expliquions la recherche plus en détail, veuillez compléter la fiche d'identification qui se trouve à la page suivante.

Fiche d'identification / Consentement à être recontacté(e)

Vous êtes : **une femme** **un homme**
Accepteriez-vous d'être recontacté(e) pour la recherche* **OUI** **NON**

* Le fait d'accepter d'être recontacté(e) ne vous oblige strictement à rien. Vous pourrez décider de votre participation après avoir eu les informations.

Si vous acceptez d'être recontacté(e) pour la recherche, veuillez compléter la section ci-dessous :

VOTRE NOM :

**NUMÉRO DE
TÉLÉPHONE :**

_____ **OUI** **NON**

COURRIEL:

Écrire en caractères d'imprimerie

Appendice B

Fiche informative pour les participants potentiels sur les réseaux sociaux

RECRUTEMENT POUR UN PROJET DE RECHERCHE:
**ÉTUDE EXPLORATOIRE SUR LA PARENTALITÉ EN CONTEXTE DE
PRÉMATURITÉ SOUS LA DIMENSION AFFECTIVE ET COMMUNICATIONNELLE
AU RETOUR À LA MAISON**

Nous sollicitons des pères et des mères d'un enfant prématuré né entre la 28 semaines et la 37 semaines de grossesse.

But de cette recherche:

- Décrire l'expérience de la parentalité en contexte de prématurité et comprendre les défis rencontrés lors du retour à la maison
- Permettre aux professionnels de la santé de mieux comprendre la réalité de ces parents et ainsi, ils seront mieux outillés pour offrir des services appropriés et personnalisés à ces familles

Nature de la participation:

- Participer à une entrevue individuelle d'une durée de 45 à 90 minutes à propos de votre expérience de parent
- Répondre à un court questionnaire sociodémographique
- Vous recevez une compensation financière de 15\$ ainsi qu'un livre de votre choix sur le développement neuromoteur de l'enfant ou l'accompagnement en contexte de prématurité

Pour toute information, veuillez communiquer avec Vanessa Bergeron, Doctorante en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières à l'adresse suivante: vanessa.bergeron@uqtr.ca ou par téléphone au: 819 376-5011 poste 3429 (sans frais: 1 800 365-0922 poste 3429)

Ce projet de recherche a été accepté par le comité éthique du CIUSSS MCQ ainsi que par le comité éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Appendice C
Canevas d'entretien

Canevas d'entretien

La perception face à l'enfant (THÈME 1)

1. Je voudrais commencer en vous demandant de me parler de votre enfant.

Sous-questions potentielles

- Qu'est-ce que vous appréciez le plus chez votre enfant?
- Qu'est-ce que vous trouvez plus difficile avec votre enfant?
- Comment s'est passé le congé de l'unité néonatale?

Les expériences affectives d'être parent (THÈME 2)

2. J'aimerais que vous me racontiez un moment marquant où vous avez ressenti des émotions fortes dans le cadre de la relation avec votre enfant depuis votre retour à la maison.

Sous-questions potentielles

- Comment vous êtes-vous senti lors de cet événement?
- Comment votre enfant a-t-il réagi? Pourquoi pensez-vous qu'il a réagi ainsi?
- Pouvez-vous me raconter une situation dans laquelle vous avez constaté que votre enfant était particulièrement heureux avec vous depuis son retour à la maison?

3. Quel genre de sentiments avez-vous ressentis face à votre enfant depuis son retour à la maison?

Sous-questions potentielles

- Quel genre de situation vous fait sentir comme cela?
- Comment pensez-vous que votre enfant se sent lors de ces moments?
- Avez-vous observé des changements dans la relation avec votre enfant depuis son retour à la maison?

4. Qu'est-ce qui vous cause le plus difficulté dans la relation avec votre enfant?

Sous-questions potentielles

- Comment vous sentez-vous lors de ces moments?
- Comment pensez-vous que votre enfant se sent lors de ces moments?

La communication entre le parent et son enfant (THÈME 3)

5. J'aimerais que vous me racontiez comment se passent les interactions sociales entre vous et votre enfant depuis votre retour à la maison.

Sous-questions potentielles

- Avez-vous l'impression que votre enfant communique avec vous?
- Comment interagissez-vous avec votre enfant?
- Comment pensez-vous que votre enfant se sent lors de vos interactions?
- Est-ce qu'il y a des comportements de votre enfant que vous ne comprenez?

1. J'aimerais que vous me racontiez un moment précis où vous avez senti que vous communiquiez avec enfant.

Sous-questions potentielles

- Comment vous êtes-vous senti lors de cet événement?
- Comment pensez-vous que votre enfant s'est senti à ce moment?

2. Comment vous sentez-vous lors que vous interagissez avec votre enfant depuis son retour à la maison?

Sous-questions potentielles

- Comment pensez-vous que votre enfant se sent?

Un regard sur la prématurité (THÈME 4)

3. Selon vous, quelles sont les répercussions de la prématurité sur votre rôle de parent depuis votre retour à la maison de votre enfant?

Sous questions potentielles

- Comment pensez-vous que votre enfant se sent depuis son retour à la maison?
- Selon vous, quels sont les plus grands défis que vous rencontrez avec votre enfant lors de vos échanges affectifs depuis son retour à la maison?

4. De quelle façon la prématurité de votre enfant a-t-il influencé la façon dont vous interagissez socialement avec lui depuis son retour à la maison?

Sous-questions potentielles

- Selon vous, quels sont les plus grands défis que vous rencontrez avec votre enfant lorsque vous communiquez avec lui depuis son retour à la maison?

Conclusion

5. Selon vous, que désirez-vous que l'on retienne de cette entrevue aujourd'hui?
6. Finalement, aimeriez-vous ajouter quelque chose sur votre expérience affective ou communicationnelle avec votre enfant depuis son retour à la maison?

Merci beaucoup pour cet entretien!

Appendice D

Questionnaire de données personnelles et sociodémographiques – Version mère

Numéro de participant : _____

QUESTIONNAIRE DE DONNEES PERSONNELLES ET SOCIODEMOGRAPHIQUES –
VERSION MERE

1. Quel est votre âge ? _____ ans

2. Quel est votre état civil ?
 - Célibataire
 - En couple

3. À quel(s) groupe(s) ethnique(s) considérez-vous appartenir ?
 - Caucasien/blanc
 - Afro-Américain/Noir
 - Hispanique/latino
 - Premières Nations, Métis
 - Moyen-Orient/Arabe
 - Asiatique
 - Autres _____

4. Veuillez cocher la/les case(s) qui correspond (ent) à votre situation scolaire :
J'ai complété...
 - le primaire
 - le secondaire (DES)
 - un cours professionnel (DEP)
 - le Cégep (DEC, technique)
 - un baccalauréat
 - une maîtrise
 - un doctorat
 - un post doctorat

5. Quel est votre statut d'emploi actuellement ?
 - J'ai un emploi à temps plein
 - J'ai un emploi à temps partiel
 - Je suis en arrêt préventif
 - Je suis à la recherche d'un emploi
 - Je suis à la maison
 - Je suis aux études

S'il y a lieu, veuillez spécifier le nombre d'heures travaillées par semaine : _____

6. Quel est votre revenu familial annuel (avant impôts et déductions) ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 15 000 \$ | <input type="checkbox"/> De 65 000 à 74 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> De 15 000 à 24 999 \$ | <input type="checkbox"/> De 75 000 à 84 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> De 25 000 à 34 999 \$ | <input type="checkbox"/> De 85 000 à 95 000 \$ |
| <input type="checkbox"/> De 35 000 à 44 999 \$ | <input type="checkbox"/> 95 000 \$ et plus |
| <input type="checkbox"/> De 45 000 à 54 999 \$ | <input type="checkbox"/> Non applicable |
| <input type="checkbox"/> De 55 000 à 64 999 \$ | |

7. Est-ce votre premier enfant ?

- Oui (allez à la section suivante)
- Non, **Rang dans la famille** : _____

8. Veuillez indiquer l'âge de vos enfants et le nombre de semaines de grossesse à l'accouchement pour chacun de vos enfants.

Enfants	Âge	Nombre de semaines de grossesse à l'accouchement
Enfant 1		
Enfant 2		
Enfant 3		
Enfant 4		
Enfant 5		
Enfant 6		
Enfant 7		

Renseignements concernant votre grossesse et la naissance de votre enfant

- Étant donné qu'une grossesse dure habituellement 40 semaines, à combien de semaines de grossesse avez-vous accouché ? _____ semaines
- Quelle était la date prévue d'accouchement ? _____ / _____ / _____ (J/M/A)
- Avez-vous été en arrêt de travail au cours de votre grossesse ?
 - Oui, depuis la _____^e semaine de grossesse
 - Non

4. Durant votre grossesse, avez-vous présenté une complication médicale autre que la naissance prématurée de votre enfant ?

- Oui (**veuillez spécifier quelle était votre complication médicale**)

Spécifiez : _____

- Non

5. Après l'arrivée de votre enfant, avez-vous été transférée à un autre centre hospitalier ?

- Oui (**veuillez spécifier quel(s) centre(s) hospitalier(s) et quelle est la date**)

Spécifiez : _____

- Non

6. À quelle date avez-vous eu votre congé de l'hôpital avec votre enfant ?

7. Votre enfant avait-il des besoins particuliers lors de son arrivée à la maison (rendez-vous avec des spécialistes ou équipements spécialisés par exemple) ?

Merci pour votre précieuse collaboration et pour ce partage !

Appendice E

Questionnaire de données personnelles et sociodémographiques – Version père/mère
(pour le parent ne portant pas l'enfant)

Numéro de participant : _____

QUESTIONNAIRE DE DONNEES PERSONNELLES ET SOCIODEMOGRAPHIQUES
– VERSION PERE/MERE (POUR LE PARENT NE PORTANT PAS L'ENFANT)

1. Quel est votre genre ?
 - Féminin
 - Masculin
 - Non-binaire

2. Quel est votre âge ? _____ ans

3. Quel est votre état civil ?
 - Célibataire
 - En couple

4. À quel(s) groupe(s) ethnique(s) considérez-vous appartenir ?
 - Caucasien/blanc
 - Afro-Américain/Noir
 - Hispanique/latino
 - Premières Nations, Métis
 - Moyen-Orient/Arabe
 - Asiatique
 - Autres _____

5. Veuillez cocher la/les case(s) qui correspond (ent) à votre situation scolaire :
J'ai complété...
 - le primaire
 - le secondaire (DES)
 - un cours professionnel (DEP)
 - le Cégep (DEC, technique)
 - un baccalauréat
 - une maîtrise
 - un doctorat
 - un post doctorat

6. Quel est votre statut d'emploi actuellement ?
 - J'ai un emploi à temps plein
 - J'ai un emploi à temps partiel
 - Je suis en arrêt préventif
 - Je suis à la recherche d'un emploi
 - Je suis à la maison
 - Je suis aux études

S'il y a lieu, veuillez spécifier le nombre d'heures travaillées par semaine : _____

7. Quel est votre revenu familial annuel (avant impôts et déductions) ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 15 000 \$ | <input type="checkbox"/> De 65 000 à 74 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> De 15 000 à 24 999 \$ | <input type="checkbox"/> De 75 000 à 84 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> De 25 000 à 34 999 \$ | <input type="checkbox"/> De 85 000 à 95 000 \$ |
| <input type="checkbox"/> De 35 000 à 44 999 \$ | <input type="checkbox"/> 95 000 \$ et plus |
| <input type="checkbox"/> De 45 000 à 54 999 \$ | <input type="checkbox"/> Non applicable |
| <input type="checkbox"/> De 55 000 à 64 999 \$ | |

8. Est-ce votre premier enfant ?

- Oui (allez à la section suivante)
- Non, **Rang dans la famille** : _____

9. Veuillez indiquer l'âge de vos enfants et le nombre de semaines de grossesse à l'accouchement pour chacun de vos enfants.

Enfants	Âge	Nombre de semaines de grossesse à l'accouchement
Enfant 1		
Enfant 2		
Enfant 3		
Enfant 4		
Enfant 5		
Enfant 6		
Enfant 7		

Renseignements concernant la grossesse de la mère de votre enfant et la naissance de ce dernier

- Étant donné qu'une grossesse dure habituellement 40 semaines, à combien de semaines de grossesse la mère de votre enfant a-t-elle accouché ? _____ semaines
- Quelle était la date prévue d'accouchement ? _____ / _____ / _____ (J/ M/A)
- Après l'arrivée de votre enfant, avez-vous été transféré à un autre centre hospitalier ?
 - Oui (**veuillez spécifier quel(s) centre(s) hospitalier(s) et quelle est la date**)

Spécifiez : _____

Non

4. À quelle date avez-vous eu votre congé de l'hôpital avec votre enfant ? _____

5. Votre enfant avait-il des besoins particuliers lors de son arrivée à la maison (rendez-vous avec des spécialistes ou équipements spécialisés par exemple) ?

Merci pour votre précieuse collaboration et pour ce partage !

Appendice F
Canevas du journal de bord de la chercheuse

Numéro de participant-e : _____

Date : _____

Journal de bord

1. Déroulement de la rencontre

2. Bons coups

3. Analyse des difficultés rencontrées

4. Observations dans le milieu

- *Comportements/réactions de l'enfant*
- *Comportements/réactions du parent*
- *Premières impressions de l'étudiante*

5. Éléments à prendre en compte lors de l'analyse

6. Thèmes abordés lors de l'entretien

7. Commentaires

Appendice G
Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude : Étude exploratoire sur la parentalité en contexte de prématurité sous la dimension affective et la dimension communicationnelle lors du retour à la maison

Chercheuse responsable : Vanessa Bergeron, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, (819) 376-5011 poste 3429.

Directeurs de recherche : Marie-Josée Martel, Ph. D. et Nicolas Berthelot, Ph. D., professeurs à l'Université du Québec à Trois-Rivières, (819) 376-5011 poste 3457 et 3487.

Objectif de l'étude : Devenir parent est l'une des transitions les plus importantes que plusieurs personnes auront l'occasion de connaître au cours de leur vie. Le but de la présente étude est de mieux comprendre l'expérience de la parentalité en contexte de prématurité et les défis que rencontrent les parents au retour à la résidence familiale.

Déroulement de l'étude : La présente étude consiste à participer à une entrevue en personne portant sur votre relation avec votre enfant et sur votre expérience de la parentalité. Cette entrevue peut être réalisée à votre domicile familial ou dans un des locaux prévus à cet effet à l'UQTR.

Inconvénients et risques : Parmi les risques ou inconvénients de l'étude, notons d'abord le temps de l'entrevue. Un temps entre 45 minutes et 1 h 30 doit être envisagé pour la passation. Aussi, parmi les inconvénients potentiels, notons que cette entrevue porte sur des aspects de votre histoire personnelle et que le fait d'y répondre pourrait susciter des questionnements ou des réactions émotionnelles. Si cela survenait, n'hésitez pas à en discuter avec l'étudiante chercheuse (les coordonnées sont jointes au présent formulaire) qui prendra le temps d'échanger avec vous et pourra vous orienter vers les ressources appropriées telles que le Centre Ressources Naissance, Maternaide, la Maison des Familles Chemin du Roi, la Maison des Familles du Rivage et la Maison de la famille de Trois-Rivières Inc.

Avantages et bénéfices : Votre participation à la recherche vous permettra de partager votre expérience de la parentalité. Votre participation suscitera également des réflexions qui pourraient vous amener à cheminer dans votre nouveau rôle de parent. Il est toutefois possible que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude.

Compensation : Afin de vous dédommager pour le temps accordé à la recherche, nous vous remettons une compensation financière de 15 \$ une fois l'entrevue complétée ainsi qu'un livre sur le développement neuromoteur des enfants de 0 à 15 mois, intitulé Regarde-moi des Éditions du CHU Sainte-Justine.

Confidentialité : Vos réponses au questionnaire sociodémographique ainsi qu'à l'entrevue sont strictement confidentielles. Le questionnaire sociodémographique que vous remplirez et vos réponses aux entrevues seront identifiés par un numéro de code. Les documents liés à l'étude seront conservés dans un classeur sous clé, et ce, pendant 5 ans après la fin de la recherche et seront détruits par la suite.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants du commanditaire. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par la chercheuse responsable de ce projet de recherche. Les autres membres de l'équipe de recherche n'auront aucun moyen de vous identifier.

Droits des participants : Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons ni en subir de préjudice. Si le fait de répondre à l'entrevue devenait trop difficile, vous pouvez en tout temps interrompre votre participation ou refuser de répondre à certaines questions. En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez la chercheuse responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Informations supplémentaires : Pour plus d'information sur cette recherche, vous pouvez contacter Vanessa Bergeron au (819) 376-5011, poste 3429.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services CIUSSS MCQ au numéro suivant : 1 888 693-3606.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche : Le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS MCQ et le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières ont approuvé ce projet de recherche. En plus d'en assurer le suivi, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le Bureau intégré de l'éthique du CIUSSS MCQ au (819) 372-3133 poste 32303 ou avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'UQTR au (819) 372-5011 poste 2129.

Engagement de la personne qui a obtenu le consentement

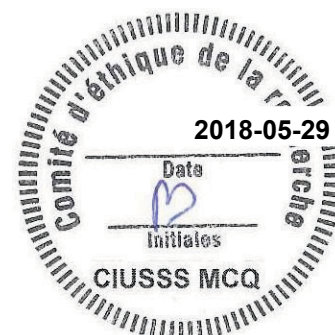
Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom du chercheur Signature Date (lettres moulées)

Consentement

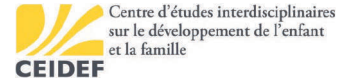
La nature et le déroulement de l'étude du projet de recherche m'ont été expliqués. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et un exemplaire m'a été remis. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. Après réflexion, j'accepte de participer à ce projet de recherche.

Nom du participant Signature Date (lettres moulées)



Appendice H

Fiche pour la compensation financière des participants



Compensation pour la participation au projet de recherche sur l'expérience de laparentalité en contexte de prématurité lors du retour à la maison

Activités pour lesquelles est remise une compensation financière :

Questionnaire sociodémographique et entrevue de recherche (15\$)

Je confirme avoir reçu la somme totale de _____ ainsi qu'un livre sur le développement neuromoteur des enfants de 0 à 15 mois intitulé Regarde-moi des Éditions du CHU Sainte-Justine pour ma participation au projet de recherche.

Date : _____
(jour - mois en lettres - année)

Signature du participant: _____

Nom du participant : _____

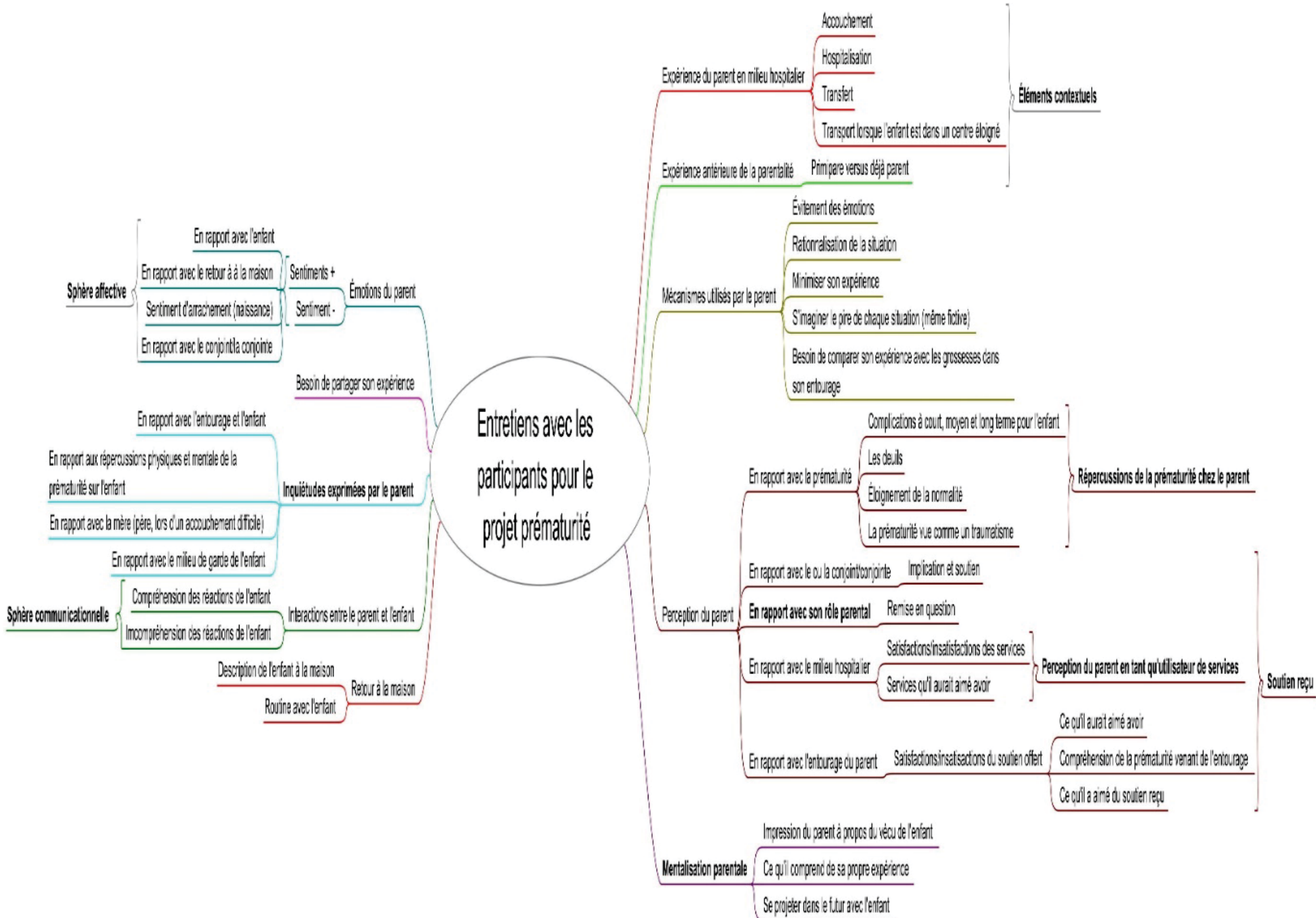
Signature de la chercheuse principale : _____

Nom de la chercheuse principale : _____

Appendice I

Carte conceptuelle des thèmes ressortis lors de l'analyse préliminaire de premier niveau

Entretiens avec les participants pour le projet prématurité



Appendice J

Tableau résumant la schématisation initiale de classification

Principaux thèmes ressortis

	Thèmes	Nb de référents	Nb de participants
Défis liés à la communication	Difficulté à comprendre l'enfant (mères)	15	8
	Apparence de l'enfant (fragilité de l'enfant; mères)	6	6
	Réactivité lente de l'enfant (mères)	13	10
	Apparence de l'enfant (fragilité de l'enfant ; pères)	8	5
Défis liés aux contacts affectifs	Réactivité lente de l'enfant (pères)	11	10
	Apparence de l'enfant (fragilité de l'enfant ; mères)	14	8
	Apparence de l'enfant (fragilité de l'enfant ; pères)	10	12
	Épuisement (mères)	8	5
	Culpabilité entourant la naissance (mères)	9	9
	L'allaitement (mères)	6	6
	Comparaison avec d'autres familles (mères)	9	8
Défis communs sans distinction des pères et des mères	Emprunt émotionnel du CH (réalité hospitalière)	36	25
	Ressentir une distance émotionnelle au retour à la maison	24	25
	La recherche d'une normalité familiale	26	24
	Inquiétude quant au développement de l'enfant	10	10
Notions de temps	Le développement de la relation parent-enfant se fait graduellement, au rythme que la réactivité de l'enfant et l'investissement émotionnel du parent (on remarque un délai dans le développement de la relation, surtout en lien avec le développement de l'enfant et la capacité de l'enfant à faire un retour communicationnel)	27	27
Mentalisation parentale	L'expérience de la parentalité (plusieurs sous-thèmes ici)	112	27

Appendice K
Certificat d'approbation éthique du CIUSSS MCQ

Certificat d'approbation éthique

Description du projet de recherche :

Titre du projet :	Étude exploratoire sur la parentalité en contexte de prématurité sous la dimension affective et la dimension communicationnelle lors du retour à la maison
Numéro du projet :	CÉR-2017-025
Chercheur :	Vanessa Bergeron

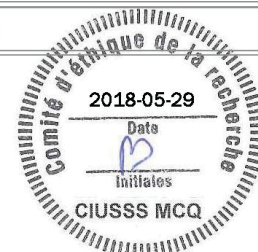
Documents approuvés par le CÉR à utiliser pour la présente étude :	Date de la version
Protocole de recherche	2018-04-12
Formulaire d'information et de consentement	2018-04-12
Compensation pour la participation au projet de recherche sur l'expérience de la parentalité en contexte de prématurité lors du retour à la maison	2018-04-12
Canevas d'entrevue	2018-04-12
Fiche d'identification / Consentement à être recontacté(e)	2018-04-12
Questionnaire sociodémographique, version mère	2018-04-12
Questionnaire sociodémographique, version père/mère	2018-04-12

Approbation éthique :

Étude initiale du projet par notre CÉR :	2018-04-12
Certificat actuel :	
Raison d'émission :	Acceptation initiale
Date d'étude par notre CÉR :	2018-05-25
Période de validité :	Du 2018-05-29 au 2019-05-29



Bernard Deshaies
Président
Comité d'éthique de la recherche médical



À noter que le présent document est acheminé de manière électronique seulement et agit à titre de version officielle.

Appendice L
Lettre d'autorisation pour la réalisation du projet au CIUSSS MCQ

PAR COURRIEL

Trois-Rivières, le 27 juin 2018

Madame Vanessa Bergeron
Étudiante en psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières
3351 Boulevard des Forges
Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7
Courriel : vanessa.bergeron@uqtr.ca

Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :

Étude exploratoire sur la parentalité en contexte de prématurité sous la dimension affective et la dimension communicationnelle lors du retour à la maison
Numéro attribué par le CÉR évaluateur : **CÉR-2017-025**
Numéro d'établissement attribué par le Service de la recherche :
591-Parentalité_prématurité

Madame Bergeron,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre sous les auspices du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ).

Cette autorisation vous permet de réaliser la recherche dans les lieux suivants :

Lieux où se tiendront les cliniques de vaccination Synagis de l'ensemble des réseaux locaux de services (RLS), pour tout le territoire Mauricie/Centre-du-Québec.

Pour vous donner cette autorisation, notre établissement reconnaît l'examen éthique qui a été effectué par le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS MCQ

- qui agit comme CÉR évaluateur pour ce projet, conformément au Cadre de référence des établissements publics, du RSSS pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement (le Cadre de référence);
- qui a confirmé dans sa lettre du 2018-05-29 le résultat positif de l'examen scientifique et de l'examen éthique du projet;
- qui a approuvé la version réseau du formulaire de consentement utilisé pour cette recherche.

Si le CER évaluateur juge que les changements apportés à la version réseau du formulaire de consentement affectent l'acceptabilité éthique du projet, il suspendra son approbation éthique pour l'établissement (art. 11.6.).

Cette autorisation vous est donnée à condition que vous vous engagiez à :

- respecter les dispositions du Cadre de référence se rapportant à votre recherche;
- respecter le cadre réglementaire de notre établissement sur les activités de recherche, notamment pour l'identification des participants à la recherche;
- utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CÉR évaluateur, les seuls changements apportés, si c'est le cas, étant d'ordre administratif et identifiés de façon à ce que le CÉR évaluateur puisse en prendre connaissance;
- respecter les exigences fixées par le CÉR évaluateur pour le suivi éthique continu de la recherche.

L'autorisation qui vous est donnée ici de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement devra être renouvelée à la date indiquée par le CÉR évaluateur afin que l'approbation éthique de la recherche demeure en vigueur sans autre procédure de notre part.

La personne à joindre pour toute question relative à cette autorisation ou à son renouvellement ou au sujet de changements d'ordre administratif qui auraient été apportés à la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CÉR évaluateur est madame Priscilla Ménard, agente de planification, de planification et de recherche de la Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation (DEURI) au 819-376-3984 #12332 ou par courriel priscilla_menard_crditedmcqiu@ssss.gouv.qc.ca

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CÉR évaluateur en sera alors informé.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Je vous invite à entrer en communication avec l'équipe de la recherche par le biais du guichet unique, si besoin est, à l'adresse suivante : guichet.recherche@ssss.gouv.qc.ca Vous pouvez aussi solliciter l'appui de notre CER en vous adressant à : ciusssmcq_bureau_integre_de_lethique@ssss.gouv.qc.ca pour obtenir les conseils et le soutien voulus.

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué au projet de recherche par le CER évaluateur CÉR-2017-025 ainsi que le numéro attribué à votre demande par notre établissement #591.

Veuillez agréer, Mme Bergeron mes salutations distinguées.



Roger Guimond

Directeur administratif de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation
CIUSSS MCQ

- c. c. : M. Bernard Deshaies, président du CÉR; CIUSSS MCQ;
Mme Nathalie Hamel, chef de la recherche psychosociale et de l'UÉTMI, CIUSSS MCQ;
Mme Louise Luneau, adjointe à la directrice du programme Jeunesse-Famille, CIUSSS MCQ;
Mme Priscilla Ménard, agente de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS MCQ;
Mme Nathalie Perreault, directrice adjointe périnatalité du programme Jeunesse-Famille, CIUSSS MCQ;

Appendice M
Certificat éthique de l'UQTR



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : **Étude exploratoire sur la parentalité en contexte de prématurité sous la dimension affective et la dimension communicationnelle au retour à la maison**

Chercheur(s) : Vanessa Bergeron
Département de psychologie

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-18-248-07.09

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 30 août 2018 au 30 août 2019

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité