

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
DELPHINE BARBE COULON

CO-CONSTRUIRE DES PRATIQUES ÉCOSYSTÉMIQUES PRÉVENTIVES
SOUTENANT LE POUVOIR D'AGIR DES PARENTS
DANS LE CONTEXTE DES PLEURS

SEPTEMBRE 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cette thèse a été dirigée par :

Carl Lacharité, Ph.D., directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de la thèse :

Carl Lacharité, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Marie- José Martel, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Jean-Marie Miron, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Mara Santos da Silva, Ph.D.

Université fédérale de Rio Grande, Brésil

Thèse soutenue le 10/07/2018

Sommaire

Les professionnels sont concernés par la problématique de santé publique « pleurs des nourrissons », un des motifs de consultation, fréquent la première année de l'enfant. La transition à la naissance présente certains défis pour la nouvelle famille même si une certaine idéalisation sociétale persiste (Meleis, 2010, Meleis, Sawyer, Im, Schumacher, & Messias, 2000). Les pleurs des nourrissons sont cités comme un des trois premiers incidents critiques ou stressants pour les familles occasionnant une anxiété (de Montigny & Lacharité, 2002; Dunning & Giallo, 2012; Kurth et al., 2010). Ils représentent un facteur de risque de l'épuisement parental et un élément déclencheur du syndrome du bébé secoué (Barr et al., 2009; Radesky et al., 2013). Les intervenants en santé se sentent démunis et insuffisamment formés sur la prévention et le soutien en contexte de pleurs (Coulon & Baillod, 2012, 2013). Les interventions précoces des professionnels de santé peuvent permettre de prévenir l'épuisement, la négligence et le traumatisme crânien infligé par secouement (Altman et al., 2011; Shaw Levitt, Wong, & Kaczorowski, 2006). Quelques écrits abordent la nécessité d'une formation professionnelle appropriée sur le syndrome du bébé secoué, ses caractéristiques et ses conséquences pour maximiser l'impact de programmes préventifs pour les parents (Foley et al., 2013). Plusieurs programmes s'adressent aux infirmières en maternité. Les pratiques d'aide soutenant les parents dans le contexte particulier des pleurs sont peu étudiées en Europe. Les pratiques périnatales préventives restent souvent axées sur les déficits. La pertinence d'une approche en soins centrés sur la famille renforçant le sentiment d'efficacité parentale émerge de la littérature. Le soutien professionnel peut renforcer les facteurs de protection et permettre l'adaptation.

La satisfaction du soutien social, la qualité de la relation conjugale et la dimension affective des besoins de soutien peuvent moduler l'anxiété parentale (Capponi, Bacro, & Boudoukha, 2013). La thèse a pour objectifs de développer, évaluer le processus et l'implantation d'une formation réflexive participative auprès de professionnels de santé. Le programme de formation réflexive consiste avec des professionnels au contact de parents d'un enfant âgé entre 0 et 1 an, à questionner la pratique à partir des expériences de chacun des acteurs, points de départ de la problématique en vue d'un accompagnement préventif adapté aux familles confrontées aux pleurs de leur enfant. Le cadre théorique repose sur le modèle de pratique réflexive et sur le modèle écosystémique de pratique participative renforçant les forces des familles. L'utilisation d'une méthode mixte permet de décrire le processus du développement du programme et d'évaluer l'impact sur les croyances et sur la pratique des professionnels au niveau des compétences et des connaissances. L'analyse des résultats démontre l'impact de la formation réflexive participative au niveau de l'implication et de la créativité des professionnels dans l'approche des pleurs avec les familles pour prévenir le SBS et une évolution vers des pratiques systémiques participatives avec un développement de compétences relationnelles, participatives et réflexives. La recherche offre des perspectives pour promouvoir la santé de l'enfant et de la famille autour des pleurs des nourrissons en se centrant sur les forces et les facteurs de protection. Elle concourt à l'amélioration de la qualité des soins et bénéficie tant aux familles qu'aux professionnels.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	xi
Liste des figures	xii
Remerciements	xiii
Introduction	1
Chapitre 1 Contexte et problématique.....	4
Le contexte.....	5
L'expérience des parents en lien avec les pleurs de leur enfant	8
Les défis de la transition à la naissance	10
Le stress parental.....	14
La fatigue	17
L'expérience de l'enfant	20
Les pleurs représentent un signal pour exprimer des besoins physiologiques...	21
Les pleurs représentent un signal pour faciliter le lien d'attachement.....	23
Les pleurs reposent sur une approche neurobiologique	24
Les pleurs, une problématique de santé publique	26
Les droits de l'enfant	27
Le syndrome du bébé secoué, une forme de maltraitance infantile	28
Les recommandations européennes pour soutenir les besoins des enfants.....	33
Les pratiques autour des pleurs et du syndrome du bébé secoué.....	35
Le contenu des programmes	37

Effet sur les professionnels et faisabilité des interventions	43
Les approches théoriques utilisées pour la pratique	44
Synthèse	47
Chapitre 2 Contexte théorique	49
La pratique réflexive	50
Les fondements de la pratique réflexive	50
Pratique réflexive autour de l'action professionnelle	52
Pratique réflexive et recherche participative collaborative.....	56
Les croyances et l'expérience	58
Les exigences de la pratique réflexive	61
L'approche écosystémique de pratique participative.....	63
Le modèle écosystémique	63
Les facteurs protecteurs personnels, familiaux et environnementaux	70
Le sentiment de compétence ou efficacité personnelle.....	75
L'alliance parentale.....	77
L'environnement.....	81
Le concept du développement du pouvoir d'agir	83
Les compétences parentales.....	84
L'habilitation	86
Les pratiques visant le renforcement du pouvoir d'agir des familles	87
Le soutien centré sur le développement de l'enfant	92
Le soutien de valorisation	97

Synthèse du chapitre	99
Questions et hypothèses de recherche.....	99
Objectifs	100
Chapitre 3 Le modèle logique	102
Le modèle logique ou théorie du programme	103
La théorie du programme	104
La définition du modèle logique	105
L'objectif du modèle logique.....	106
La structure du modèle logique axée sur la théorie du programme	107
Le besoin au sein de la communauté	107
Objectif du programme	108
Le bien-fondé	109
Les composantes du programme.....	110
Les activités	110
Les résultats ou effets à court, moyen et long terme (1 à 3 ans).....	113
Hypothèses	114
Synthèse	115
Chapitre 4 Méthode.....	117
Le choix des méthodes mixtes	118
Participants.....	122
Critères de sélection.....	123
Recrutement	125

Bénéfices.....	125
Consentement et confidentialité.....	126
Information sur la recherche	126
Participation volontaire et droits.....	126
Éthique	126
Confidentialité.....	127
Les variables et les hypothèses étudiées	127
La collecte des données.....	128
Les instruments de collecte des données.....	130
L'Échelle (questionnaire) d'inventaire sur les orientations des pratiques d'aide envers les familles et les parents	131
Un questionnaire comprenant un volet sociodémographique	132
Un entretien semi-directif individuel	133
Le traitement et l'analyse des données	134
Synthèse	136
Chapitre 5 Résultats	137
Des pratiques d'aide qui évoluent.....	138
La combinaison des données qualitatives et quantitatives.....	144
Développement des compétences autour du pouvoir d'agir des familles.....	145
Des compétences relationnelles	145
Adopter une attitude d'ouverture positive	149
Créer du lien.....	149

Inviter à la rencontre les deux parents	150
Des compétences participatives	150
Collaborer avec les familles.....	151
Renforcer le pouvoir d’agir des parents dans divers contextes difficiles	152
Susciter la narration et normaliser le ressenti	154
Un entretien participatif semi-structuré	156
Explorer le réseau environnemental.....	158
Des compétences réflexives	1658
Quels défis et préoccupations parentales ?	158
Prévenir en soutenant les besoins et en abordant spontanément les pleurs	162
Donner du sens.....	164
Les éléments facilitateurs et les freins pour accompagner les familles	165
La formation alliant théorie et réflexivité, un atout	166
La pratique participative, un élément facilitant	170
Les freins.....	172
Synthèse des résultats	175
Chapitre 6 Discussion	177
Des pratiques professionnelles participatives soutenant les besoins des parents ...	179
Des pratiques préventives	184
Le sentiment de compétence professionnel	188
Retombées.....	194
Conclusion	196

Limites et perspectives.....	199
Références.....	202
Appendice A Programmes sur les pleurs et le SBS	237
Appendice B Consentement et éthique	238
Appendice C Instruments de mesure.....	249
Appendice D Représentation des concepts clés selon le cadre de référence	249

Liste des tableaux

Tableau

1	Recension des programmes autour de la formation des professionnels.....	39
2	Représentation synthétique de la problématique selon Laswell.....	47
3	Les douze principes de soutien et d'aide efficace dans la relation parent-professionnel	90
4	Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	124
5	Comparaison des perceptions des pratiques d'aide et des connaissances sur le SBS.....	139

Liste des figures

Figure

1	Synthèse des précédents travaux contribuant à l'évolution de la problématique...	9
2	Cercle vicieux et effets collatéraux entre pleurs du bébé et fatigue de la mère, adapté de Kurth et al. (2010) par Baillod et Coulon (2012).....	19
3	Les facteurs de risque liés à la négligence (Lacharité, 2014, d'après Lacharité, Éthier, & Nolin, 2006) reproduit avec autorisation.....	29
4	Modèle écosystémique de la Parentalité de Lacharité, Pierce, Calille, Baker, & Pronovost (2015), reproduit avec autorisation	70
5	Génogramme	71
6	Les ressources à disposition dans le réseau social	83
7	Modèle de la sensibilité parentale dans le contexte des pleurs (adapté de Bell, 2002).....	94
8	Modèle logique du programme Parenforce	116
9	Devis de recherche par les méthodes mixtes :séquentiel explicatif	139
10	Modèle d'alliance entre aidants et aidé de Brickman et al. (1982)	139
11	La pratique préventive des professionnels autour des pleurs	177
12	Recommandations pour la pratique de soutien des parents autour des pleurs ...	194

Remerciements

Un tel projet demande le soutien de personnes proches pour s'adapter au changement, étudier et réussir à finaliser le travail d'analyse et de synthèse. Je tiens tout d'abord à remercier Francine de Montigny avec laquelle j'ai eu la chance de collaborer sur une recherche avec les pères. Elle m'a encouragée à me lancer dans cette passionnante aventure, contribuant ainsi à élargir mon champ de vision outre-Atlantique.

Au travers de ce voyage, j'ai pu expérimenter concrètement des approches centrées sur les forces et les ressources autour des soins, mais également dans le monde de l'éducation lors de la scolarité québécoise de mes filles, Justine, Marine et Clothilde. Je les remercie ici ainsi que mon conjoint Stéphane pour avoir su m'apporter un équilibre nécessaire à la conciliation travail-doctorat-famille me permettant d'aller jusqu'au bout de mon projet.

J'aimerais remercier sincèrement Carl Lacharité, mon directeur, véritable puits de science, pour son accompagnement toujours bienveillant et constructif et sa belle humilité malgré ses compétences innombrables. J'ai pu, au travers des rencontres et des séminaires, donner sens au « pouvoir d'agir ». Cela m'a permis de dépasser les divers obstacles, de renforcer mon propre sentiment de compétence plutôt que de me centrer sur les freins. Les différents éclairages pluridisciplinaires m'ont apporté une réelle ouverture et ont permis un développement tant personnel que professionnel en lien avec des perspectives nouvelles qui se concrétisent. La métaphore du doctorat « passeport » est réelle.

Il existe un départ et une arrivée à l'image d'une traversée du « Vendée Globe ». D'autres horizons se profilent à tribord pour continuer le voyage. Je remercie, à ce propos, les docteurs Herbouiller et Hardy pour leur ouverture et leur collaboration pour le lancement en Vendée justement du programme réflexif soutenant les habiletés parentales.

Mes remerciements s'adressent aux membres du jury, notamment à Mara Santos da Silva et à Jean-Marie Miron et surtout à Marie-José Martel qui présidera le jury de la thèse. Elle a suivi le travail depuis la source dans le comité doctoral et ses remarques pertinentes ont permis de faire évoluer la thèse.

Je remercie mon amie d'enfance Geneviève pour son œil scientifique écologique, Madame Hamelin ainsi que Stéphane pour la relecture et mise en forme de ce manuscrit. La référence à la mer me permet d'associer mes parents, férus de voile, et de les remercier pour leur amour et leur soutien dans mon parcours de vie. Merci à Emma pour sa participation et aux personnes de la Haute Ecole de Santé de Genève qui ont su saisir l'intérêt du projet de recherche et qui m'ont soutenue. Les « poulettes », votre soutien, très précieux, m'a aidée à poursuivre ce périple. Je ne saurai trop remercier les familles et les professionnels qui ont permis de donner du sens à cette recherche et de co-construire ce programme lié aux pratiques professionnelles pour rester au plus près des besoins de chacun.

La connaissance ne se transmet pas verbalement, elle se construit.
Piaget

Introduction

Les professionnels de la santé sont amenés à rencontrer des familles dans la période périnatale. La naissance d'un enfant représente un événement extraordinaire dans la vie d'un homme et d'une femme, souvent idéalisé dans la société occidentale. La transition à la naissance est une période de vulnérabilité, empreinte d'émotions pour les parents, de changements peu prévisibles et parfois d'une augmentation du stress dû aux pleurs des nourrissons (Dugnat, 2002; Will & Bianchi-Demicheli, 2006). Les consultations pour pleurs des nourrissons questionnent les professionnels sur les stratégies à adopter avec les parents. En effet, les professionnels rencontrent très souvent des familles et s'interrogent sur la manière d'aller à leur rencontre. Ils se sentent parfois démunis pour remplir leur rôle d'accompagnement et de prévention. Les pleurs sont un facteur déclenchant du syndrome du bébé secoué. La vulnérabilité parentale est associée au facteur « manque de soutien social » (Dennis, Janssen, & Singer, 2004; Glazier, Elgar, Goel, & Holzapfel, 2004; Liabsuetrakul, Vittayanont, & Pitanupong, 2007; Priel & Besser, 2002).

Comment offrir un soutien adapté aux besoins des parents et des enfants? L'approche informative traditionnelle, centrée sur les risques et souvent utilisée en prévention leur correspond-elle ? Comment accompagner les familles confrontées aux défis de la naissance? Quelle place ont les parents et les professionnels pour construire des pratiques périnatales à partir des besoins des familles?

Cette étude a pour but de développer, d'implanter et d'évaluer une formation réflexive sur le soutien des habiletés parentales dans des situations de stress parental comme lors des pleurs des nourrissons, en collaboration avec des professionnels de santé.

La thèse est divisée en six chapitres. Le premier chapitre s'appuie sur une étude exploratoire auprès des familles, point de départ de la problématique. La phase préliminaire au développement d'un programme repose sur l'analyse des besoins des usagers. Une première recension des écrits a permis d'explorer l'expérience des parents en lien avec les pleurs des nourrissons et l'expérience de l'enfant au travers des pleurs. Une seconde recherche s'intéresse aux pratiques professionnelles préventives existantes autour des pleurs des nourrissons. Le deuxième chapitre présente le cadre théorique utilisé pour la conception du programme. Deux modèles théoriques sont parcourus : le modèle de pratique réflexive et le modèle écosystémique de pratique participative renforçant le pouvoir d'agir. Les influences plurielles des contextes personnels, familiaux et sociaux et du support social sur le stress parental sont déclinées au travers de ce modèle. Des indicateurs de pratique d'aide sont présentés. Le troisième chapitre présente le modèle logique du programme axé sur la théorie du programme et les fondements théoriques de l'intervention. La méthode utilisée pour la recherche collaborative est décrite dans le quatrième chapitre. Le cinquième chapitre présente les résultats de l'étude. Le dernier chapitre permet la discussion des données en proposant des perspectives et la conclusion finalise le travail.

Chapitre 1

Contexte et problématique

Ce chapitre présente la construction de la problématique concernant l'accompagnement des pleurs. Elle est liée à un phénomène social et un besoin de connaissances scientifiques. Se promener pour visiter le parcours à effectuer pour problématiser avec rigueur est une étape de la recherche pour faire sens. Essentielle, elle représente les fondations du travail de recherche. La réflexion se fait sur l'intérêt professionnel d'accompagner les familles et sur les besoins des destinataires du projet, l'enfant et sa famille. L'explicitation de la posture et du positionnement du chercheur en regard du phénomène problématisé et de l'objet de recherche est un défi au niveau clinique et éthique. Ce dernier est étudié par rapport à la pratique professionnelle de l'auteur en lien avec la santé familiale. L'expérience de la famille et celle des professionnels autour des pratiques autour des pleurs sont explorées à l'aide de recensions des écrits.

Le contexte

L'intérêt pour le thème des familles confrontées aux défis et enjeux de la transition à la naissance est issu de quinze ans de pratique clinique en consultations d'allaitement auprès de mères fatiguées et parfois désemparées par les pleurs du bébé. Le rôle de formateur renforce la démarche réflexive autour de la bien-traitance des familles. Dès 2002, ce concept est développé en formation « soins infirmiers » parallèlement à la prévention de la maltraitance, répertoriée et encouragée par la Commission d'évaluation externe des politiques publiques de Genève dans les programmes de formation en santé.

En 2009, à Lyon, en France, la participation à une audition publique francophone sur le syndrome du bébé secoué (SBS), rassemblant des professionnels de santé et des juristes, accentue la réflexivité sur cette problématique. La sensibilisation à opérer sur la prévention dans une institution préparant des futurs professionnels de santé est questionnée ainsi que l'approche à adopter en lien avec la systémique pratiquée et enseignée. Une étude quantitative exploratoire descriptive est alors réalisée auprès de la population estudiantine (N = 180) pour définir les besoins et évaluer la pertinence de la thématique (Coulon & Baillod, 2012). Les résultats révèlent, chez des étudiants de dernière année « Bachelor soins infirmiers », une très nette absence de sensibilisation à la problématique des pleurs et du SBS pour 86 % des étudiants et un besoin de connaissances et de pistes de stratégies pour rencontrer les familles. Une plateforme d'apprentissage en ligne est créée avec les étudiants autour d'une vidéo d'entretien de famille entre une mère épuisée et inquiète sur l'alimentation et les pleurs de son enfant et une infirmière. Une première recension des écrits permet d'extraire divers articles sur les pleurs et le SBS et de les insérer sur Cyberlearn Pleurs (Coulon & Baillod, 2012; Wright & Leahay, 2014).

Des entretiens menés auprès de mères, en consultations d'allaitement, pour recueillir leur expérience sur les événements marquants périnataux mettent en évidence le même manque de sensibilisation autour des pleurs pour les parents. Les mères se sentent démunies et anxieuses face aux pleurs de l'enfant. Celles qui ont reçu une information la perçoivent comme une ressource pour élaborer des stratégies (Coulon & Baillod, 2012).

Le manque d'information et de sensibilisation, autorapporté par les parents, autour du SBS, questionne. Pourquoi les parents ne sont-ils pas sensibilisés par les professionnels? Le problème, pertinent pour les parents, concerne les professionnels confrontés à un nombre important de consultations pour pleurs (Coulon & Baillod, 2012). En effet, en 2013, des infirmières puéricultrices françaises s'inscrivent en masse à un atelier réflexif proposé sur cette thématique en amont de l'étude. Elles expriment se sentir démunies et insuffisamment outillées pour effectuer la prévention autour des pleurs des nourrissons et du SBS. Les professionnelles rencontrées identifient le manque de formation et un certain tabou entourant le SBS comme une barrière pour leur intervention. Elles se questionnent sur comment aborder cette thématique sans stigmatiser. Ces données ont permis d'affiner la problématique.

La problématisation comporte des dimensions sociales et peut avoir une complicité avec une forme de discours dominant ou moins dominant de représentation de ce qu'est une mère, un père, un enfant, de leurs compétences. Les parents représentent-ils un facilitateur du développement de l'enfant ou un facteur de risque? L'objet de recherche est appréhendé du point de vue des familles et des professionnels. Pourquoi s'intéresser à l'accompagnement des familles? Le bien-être de l'enfant est au cœur des soins. Comment peut-on contribuer à son bien-être? Le sens de la recherche doit se retrouver pour le chercheur, les praticiens et la société. Quels sont les besoins des familles? Quel type d'accompagnement préventif effectuer autour des pleurs?

Les familles sont les bénéficiaires de l'accompagnement. Il s'agit ici de faire l'état des expériences et besoins pour les trois membres de la famille, le père, la mère et l'enfant avant d'explorer les pratiques préventives des professionnels. En effet, le développement scientifique permet aux individus de rester auteurs dans la pratique. Les connaissances vont être utiles à l'enfant et sa famille et aux professionnels pour exprimer leurs différents savoirs.

L'expérience des parents en lien avec les pleurs de leur enfant

Écouter les récits des parents permet de mieux comprendre leur expérience et leurs besoins en lien avec la naissance d'un enfant. Ces narrations de parents proviennent de données empiriques issues des précédents travaux effectués (voir Figure 1) autour de la période périnatale et d'une précédente recension des écrits (Coulon, 2015; Coulon & Baillod, 2012; Coulon & Congiu-Mertel, 2016).

Les défis de la naissance et de la parentalité sont d'abord présentés en lien avec le devenir parent gratifiant et parfois épuisant (Holden, 2010). Le stress parental est ensuite défini en abordant les sources de stress parental. Les caractéristiques personnelles du parent ou de l'enfant directement, la relation conjugale et les conditions socioéconomiques peuvent avoir une influence.

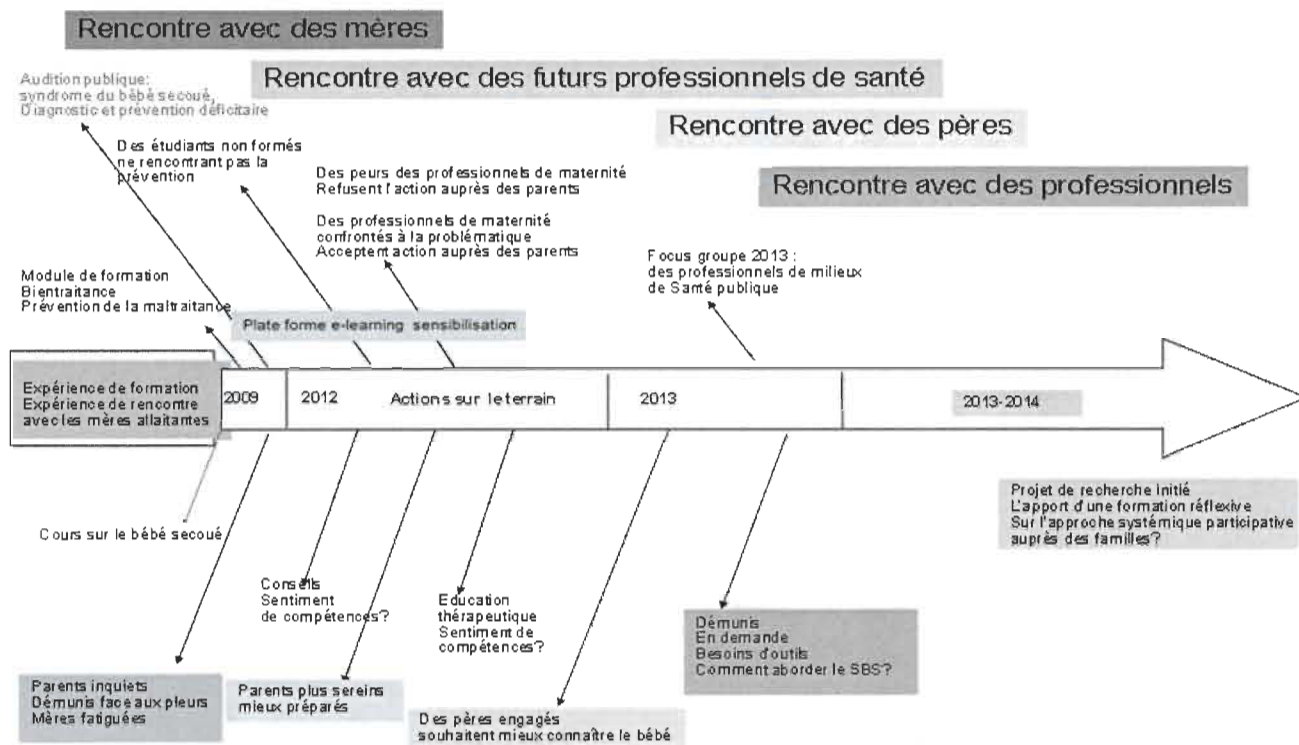


Figure 1. Synthèse des précédents travaux contribuant à l'évolution de la problématique.

Les défis de la transition à la naissance

La naissance d'un enfant représente un évènement extraordinaire dans la vie d'un homme et d'une femme, souvent idéalisée dans la société occidentale. Le développement parental relève d'un processus.

Stern (1998) décrit trois étapes dans le processus du développement de l'identité maternelle. La première étape est une phase « préparatoire » qui débute pendant la grossesse à mesure que le corps fabrique le fœtus et que l'esprit se prépare à accueillir sa nouvelle identité de mère. Elle intègre l'expérience de l'accouchement. La deuxième étape est la phase de « la naissance » d'une mère, allant de la naissance du bébé qui joue un rôle important dans la progression de la femme vers l'éveil de son identité psychologique de mère, aux mois qui suivent la naissance.

Il y a trois enfants qui arrivent ensemble au moment de la naissance. L'enfant imaginaire, de ses rêves et de ses fantasmes, et le fœtus invisible mais réel, dont les rythmes particuliers et la personnalité se sont faits de plus en plus évidents au fil des mois, se confondent avec le véritable nouveau-né que l'on peut voir, entendre et enfin tenir tout contre soi. (Brazelton & Cramer, 1991, p. 44)

Au moment de la naissance, certaines familles baignent dans des narrations qui idéalisent la naissance de l'enfant et de la famille. Les narrations de l'entourage familial, social et médical peuvent renforcer le décalage entre le ressenti réel et les représentations de cette nouvelle expérience. Les premiers jours, la mère et le père vont chercher chez l'enfant des signes de ressemblances morphologiques puis comportementales pour inscrire le nouveau-né dans leur filiation permettant ainsi « d'accueillir l'enfant et de lui donner sa place dans l'histoire de la famille » (Cyrułnik, 2001, p. 59).

Le défi d'accueillir l'enfant réel, lui donner sa place et abandonner l'enfant imaginaire survient alors. Cela est d'autant plus difficile que « toutes les mères espèrent que leur bébé assouvira certains de leurs besoins, de leurs ambitions, et de leurs désirs et, inversement, qu'il réparera leurs échecs et leurs déceptions. » (Stern & Bruschweiler-Stern, 1998, p. 76). Il faut d'abord assurer la survie de son bébé. Cette responsabilité fondamentale fait naître beaucoup de peurs et de questions. La mère est ensuite confrontée au défi de construire un lien intime avec son bébé. La mère « se sent appelée à donner des soins à un bébé qui a faim, doit être nettoyé, crie, et fait connaître ses besoins » (Lebovici & Stoleru, 1983, p. 143). Un sentiment d'ambivalence ou de haine précoce de la mère pour son bébé, après des angoisses de grossesse pour l'intégrité physique du fœtus, peut naître (Winnicott, 1969). La troisième étape de Stern concerne le besoin des mères d'être réconfortées, écoutées, encouragées et soutenues par des femmes qui ont de l'expérience.

La naissance modifie la structure et l'organisation dans les relations conjugales et parentales en lien avec l'ajustement des rôles de chacun pour répondre aux besoins de l'enfant (Minuchin, 1974). Cette transition familiale est une période de vulnérabilité pour les parents, empreinte d'émotions voire de stress et de changements parfois imprévisibles (Dugnat, 2002; Schulz, Cowan, & Cowan, 2006; Shapiro, Gottman, & Carrere, 2000; Will & Bianchi-Demicheli, 2006). L'étape du cycle de vie familiale avec un enfant avant 2 ans, est la période de la vie la plus exigeante en temps parental et investissement (Lamb, Teti, Bornstein, & Nash, 2002; Mc Goldrick, Preto & Carter, 2015).

La vulnérabilité parentale est associée au facteur « manque de soutien social » (Dennis et al., 2004; Glazier et al., 2004; Liabsuetrakul et al., 2007; Priel & Besser, 2002). La vulnérabilité est un concept qui se développe et se distingue de l'individu (Brodiez-Dolino, 2015; Martin, 2013). Elle se conçoit dans un cadre relationnel entre un individu et une famille avec leurs caractéristiques respectives, qui fait partie d'un contexte. L'aspect potentiel de la vulnérabilité offre la possibilité de la contrer pour diminuer le risque : « La vulnérabilité est en ce sens intimement liée à l'idée de capacité d'action » (ONED, 2014, p. 129). Elle peut refléter la perte de repères dans un monde fait de bouleversements et de changements et interroge les solidarités (Kaes, 2013, Soulet, 2013, 2014). La vulnérabilité périnatale peut se définir comme une situation de transition dans laquelle différents facteurs de stress peuvent compromettre ou fragiliser la santé des femmes, des hommes et des familles qui expérimentent la naissance d'un enfant (Lessick, Woodring, Naber, & Halstead, 1992; Rogers, 1997). Elle est en partie liée au contexte environnemental. Les pleurs du bébé représentent un contexte propice à cette vulnérabilité. A six semaines de vie, ils sont parmi les trois événements critiques ou stressants les plus mentionnés par les familles (de Montigny & Lacharité, 2002; Kurth et al., 2010; Razurel et al., 2010). De Montigny les définit comme des « moments significatifs pour les parents dans la période postnatale susceptible d'influer sur leur adaptation parentale » (de Montigny & Lacharité, 2002, p. 64). Ces pleurs, qui laissent parfois les familles démunies, que les parents n'arrivent pas à calmer, deviennent très vite une source de préoccupation importante. Ils peuvent générer de l'anxiété et de forts sentiments d'impuissance, de stress et d'incompétence, accompagnés parfois de colère

face aux pleurs perçus comme excessifs. Les familles utilisent des mots forts comme « l'horreur » pour évoquer un phénomène dont elles n'avaient que peu entendu parler parfois en termes de « coliques des trois premiers mois reliées au système digestif » (Coulon & Congiu-Mertel, 2016). Les pleurs du nourrisson, décrits comme un stress parental dans la littérature, représentent une des raisons majeures rapportée par les parents pour consulter un professionnel (de Montigny & Lacharité, 2002; Kurth et al., 2010; Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion, & Epiney, 2011). Les connaissances des parents, sur la manière de composer avec les défis, sont peu nombreuses et ne correspondent pas toujours aux représentations et besoins des mères (Coulon, 2015; Proctor, 1998; Razurel et al., 2011; Tarkka & Paunonen, 1996). Les mères ont besoin d'être informées à l'accueil et à la sortie du service postpartum pour être reconnues, se préparer et être accompagnées si nécessaire à la maison (Coulon & Congiu-Mertel, 2016). Les informations concernent le bébé, les pleurs, les soins à lui apporter, ses principales pathologies et sont nécessaires et prioritaires pour les parents pour mieux comprendre le bébé, effectuer des choix et s'adapter en plus du soutien à l'allaitement. Poser des questions présuppose pour les parents un espace pour le faire, une écoute, une empathie, un non-jugement, une disponibilité, de la patience et de la compréhension, sans ressentir de pression (Coulon & Congiu-Mertel, 2016). Les mères expriment également un besoin psychologique de soutien affectif, d'écoute, d'encouragement, de réassurance, de réconfort avec des réponses concordantes, en lien avec l'anxiété, les pleurs, le retour à la maison, l'allaitement (Coulon & Congiu-Mertel, 2016). Elles peuvent révéler un sentiment d'inconfort, une ambivalence, une anxiété, voire des symptômes dépressifs.

Les mères déplorent l'incapacité des soignantes à se mettre dans leur peau d' « être mères pour la première fois » et ne ressentent aucune humanité de la part de soignantes « robots ». Elles apprécient un minimum de proximité, des gestes de compréhension comme s'asseoir à côté, prendre du temps pour parler de leurs préoccupations majeures, manifester leur émotion et être réconfortées (Bondas-Salonen, 1998; Coulon & Congiu-Mertel, 2016). Des souvenirs de rencontres « caring », d'une attitude et d'efforts du soignant pour comprendre, demander et écouter persistent deux ans et demi après l'accouchement (Bondas-Salonen, 1998).

Le stress parental

Le stress parental, adapté de Lazarus et Folkman (1984), se définit comme une expérience psychologique négative provenant des interactions entre le parent et son environnement. Elle résulte de l'écart perçu ou réel entre les demandes de la famille et de l'enfant et les ressources et capacités que l'individu a l'impression de posséder (Abidin & Brunner, 1995; Deater-Deckard, Smith, Ivy, & Petrill, 2005).

Le stress parental évolue selon les défis rencontrés par les parents, mais existe de faible à élevé avec un enfant en bas âge dépendant (Abidin & Brunner, 1995; Cowan & Cowan, 2000; Deater-Deckard et al., 2005). En effet, son arrivée induit des changements au niveau personnel et a des relations conjugales et parentales (Bigas & Paquette, 2000; Cowan & Cowan, 2000; Feeney, Hohaus, Noller, & Alexander, 2001). La satisfaction conjugale et l'intimité vont avoir tendance à diminuer après la naissance de l'enfant.

Les tensions entre les partenaires augmentent mais 20 % des couples voient leur satisfaction augmenter (Cowan & Cowan, 2000; Feeney et al., 2001; O'Brien & Peyton, 2002; Schulz et al., 2006). Le stress parental élevé est corrélé positivement à une difficulté de gérer l'incertitude et un perfectionnisme non ajusté pour les femmes (Gagné, 2015). Le niveau de stress parental, variable d'ajustement parental à la venue au monde de l'enfant, influence la perception du père et de la mère sur leur relation avec l'enfant, l'ajustement comportemental et émotionnel de l'enfant et représente un facteur de risque environnemental pour le développement de l'enfant (Deater-Deckard et al., 2005; Neece, Green, & Baker, 2012). Le stress postnatal peut interférer avec les compétences intuitives parentales, entraînant ainsi un dysfonctionnement des interactions mère-enfant (Papousek, 1996). Les croyances des mères sur leurs capacités à s'adapter à des situations stressantes avec leur enfant influencent la gestion des émotions et l'attitude.

Les pleurs peuvent être perçus comme un comportement difficile de l'enfant qui engendre un haut niveau de stress, diminue le sentiment de compétence parentale et la satisfaction parentale et augmente le risque de dépression (Esdaile & Greenwood, 2003; Landgren & Hallström, 2011; McGrath, Records, & Rice, 2008). La perception du comportement de l'enfant influence le comportement parental (Leerkes & Crockenberg, 2003). Une perception négative des émotions de l'enfant (pleurs) prédit du stress au niveau conjugal et influence le plaisir du parentage (*parenting*) pour seulement les pères (Leve, Scaramella, & Fagot, 2001). Le haut niveau d'émotions de l'enfant nécessite du temps interférant avec les moments consacrés aux relations conjugales.

L'étude de McHale et Crouter (2003) met en évidence le lien entre les aspects de la parentalité et le comportement de l'enfant, notamment les pleurs rapportés et la perception parentale des relations conjugales (Favez & Frascarolo, 2011, 2013). La parentalité peut être définie comme « l'ensemble des droits et des devoirs, des réaménagements psychiques et des affects, des pratiques de soin et d'éducation, mis en œuvre pour un enfant par un parent (de droit ou électif), indifféremment de la configuration familiale choisie » en tenant compte de l'influence du contexte environnemental et social fait de contraintes impactant l'expérimentation et la pratique parentales (Sellenet, 2007, p. 60). Trois axes sont donc représentés : psychologique, sociologique et juridique. La réponse des mères à l'enfant perçu comme difficile est diminuée (Popp, Spinrad, & Smith, 2008). Quand les parents notamment les mères ont une perception négative de l'enfant, ils ont une évaluation similaire des autres relations familiales (Delage, 2009; McHale & Crouter, 2003). L'anxiété et la dépression constituent des éléments de vulnérabilité psychique mettant un frein à la disponibilité psychologique et prédisant une alliance parentale plus faible (Hughes, Gordon, & Gaertner, 2004).

Le comportement de l'enfant de type « pleurs » peut être perçu et rapporté par les parents comme négatif, notamment par des mères avec un taux de cortisol élevé dans le dernier trimestre de la grossesse (Bolten, Fink, & Stadler, 2012; de Weerth, Zijlmans, & Riksen-Walraven, 2015). Les facteurs de stress prénataux peuvent être familiaux, professionnels, personnels ou environnementaux. Cela peut concerner un déménagement, une séparation, des conflits professionnels, le mode de garde, diverses anxiétés

(malformations...), la dépression, le doute sur la compétence, la pollution et la surmédicalisation de la grossesse sont des facteurs pouvant générer un stress (Bolten et al., 2012). Un sentiment d'auto efficacité élevé pendant la grossesse modère l'effet postpartum du stress prénatal sur les pleurs et l'agitation du bébé (Bolten et al., 2012).

D'autres éléments après la naissance peuvent être critiques pour les parents. Ils concernent le bébé, la fatigue et l'alimentation. Certaines mères, dans la période du postpartum immédiat, peuvent se sentir livrées à elles-mêmes pour les soins au bébé. Elles déplorent le peu d'informations reçues et d'accompagnement contrairement à leurs attentes d'apprendre à s'occuper d'un bébé et allaiter, éléments qu'elles considèrent comme essentiels pour être plus à l'aise avec leur bébé (Coulon & Congiu-Mertel, 2016). Les pères souhaitent davantage de reconnaissance et d'attention pour leurs préoccupations (Coulon, 2015; Coulon & de Montigny, 2014). Des informations, une compréhension et une considération de l'anxiété éprouvée face à cette transition de rôle sont attendues (Kanita, 2010). Les pères souhaitent également connaître les besoins du nourrisson incluant les pleurs pour diminuer leur anxiété et mentionnent les compétences à reconnaître (Coulon, 2015; de Montigny & Lacharité, 2008).

La fatigue

La fatigue et les contraintes organisationnelles s'ajoutent au stress parental (Coulon, 2015; Hiscock et al., 2014; Kurth et al., 2010; Kurth, Kennedy, Spichiger, Hosli, & Zemp 2011). La fatigue peut être physique et/ou morale, avec un besoin de repos postnatal.

Elle s'apparente également au défi d'intégrer le rôle et l'identité de mère, de père, d'avoir des préoccupations, des interactions et de combiner les soins au bébé et leurs propres besoins (Coulon, 2015; Hiscock et al., 2014; Kurth et al., 2010; Kurth, Kennedy, Spichiger, Hosli, & Zemp 2011).

Les mères ont exprimé un décalage entre leurs représentations du repos, leurs propres besoins et les réponses à apporter au bébé. L'image du repos véhiculée par l'entourage ou par elles-mêmes pour le séjour à la maternité ou le retour à domicile ne correspond pas à la situation réelle rencontrée (Coulon & Congiu-Mertel, 2016). En cas d'épuisement, les mères souhaitent que le personnel soignant leur donne la possibilité de laisser le bébé (Coulon & Congiu-Mertel, 2016). La fatigue est une réponse physiologique adaptée au contexte où elle est vécue avec un sens qui peut différer, avec ou sans entourage, à la maternité ou au domicile.

La quantité (la fréquence) et la qualité (durée, intensité) des pleurs de l'enfant sont associées à la fatigue postnatale. Ces éléments, de même que la signification donnée par la mère, le père ou l'entourage, vont avoir une incidence sur la réponse apportée comme représentée sur la figure 2. Lors de pleurs interminables ou d'un apaisement difficile, la fatigue, le sentiment d'incompétence ou même un véritable épuisement parental peut s'installer. Dans cet état de fragilité psychologique, ce cumul des pleurs et d'épuisement associé parfois à un isolement social, un cercle vicieux peut s'installer et affecter la santé de la famille (Kurth et al., 2010).

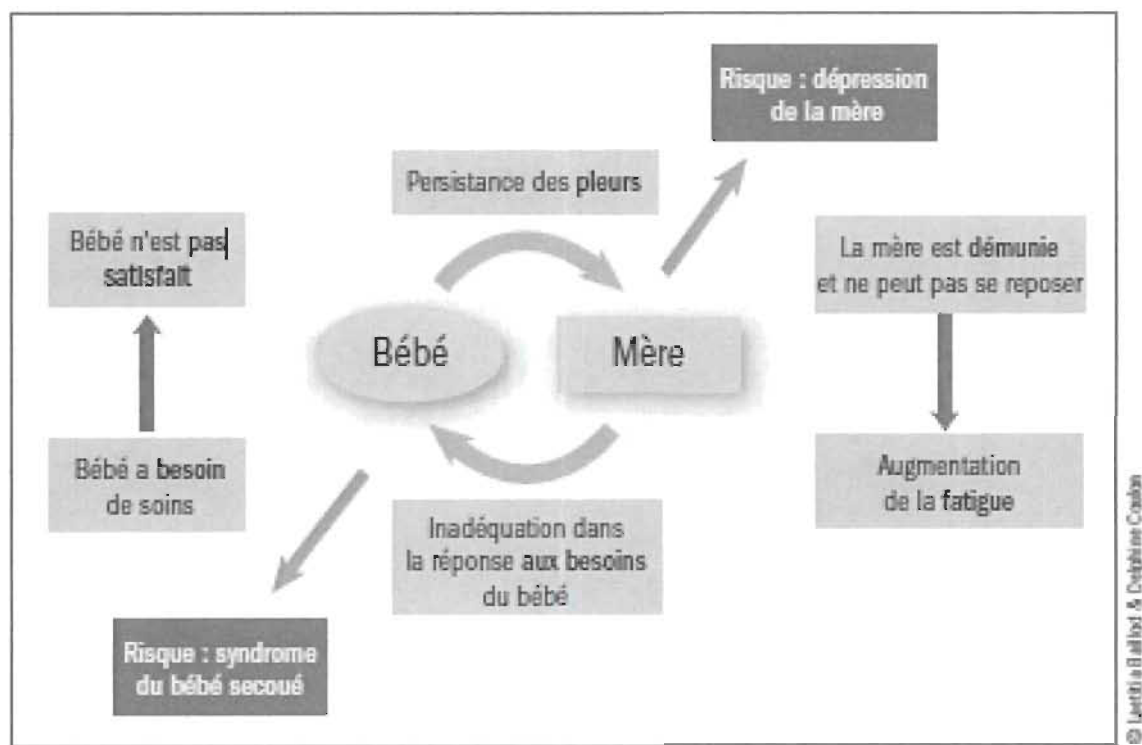


Figure 2. Cercle vicieux et effets collatéraux entre pleurs du bébé et fatigue de la mère, adapté de Kurth et al. (2010) par Coulon & Baillod (2012).

Les pleurs représentent un facteur de risque de dysfonctionnement de la relation parents-enfant (Kurth et al., 2010). La littérature décrit une corrélation entre les pleurs et les symptômes de dépression postnatale (épuisement parental) concernant environ 20 % des femmes, prédictors du développement d'une dépression à terme (Nanzer, 2009; Radesky et al., 2013). Environ 10 % des pères sont touchés par une dépression postnatale corrélée à celle de la mère et aux cognitions négatives se rapportant au rôle de père (Paulson & Bazemore, 2010; Musser, Ahmed, Foli, & Coddington, 2013; Séjourné, Vaslot, Beaumé, & Chabrol, 2012). Le vécu des deux parents est à considérer après la naissance. Des réactions parentales diverses peuvent engendrer des répercussions

négatives face à des pleurs excessifs telles qu'un arrêt de l'allaitement maternel, un sentiment d'incompétence ou de culpabilité, des émotions allant de la frustration à la colère et de la négligence, voire de la maltraitance. Les pleurs persistants sont considérés comme un élément déclencheur du Syndrome du bébé secoué, ou d'autre forme d'abus ou de maltraitance, car la tolérance parentale aux pleurs est très variable (Barr, Trent, & Cross, 2006; Lee, Barr, Catherine, & Wicks, 2007; Reijneveld, van der Wal, Brugman, Sing, & Verloove-Vanhorick, 2004).

L'expérience de l'enfant

Dès 1954, les pleurs sont décrits de manière détaillée par Wessel, Cobb, Jackson, Harris et Detwiler, suivi en 1962 par Brazelton. Ils existent dans toutes les cultures, mais la quantité des pleurs peut varier. Les pleurs évoluent dans les premiers mois de vie (Kurth et al., 2010). Ils débutent vers 2 semaines de vie avec un pic au 2^e mois (à 6 semaines de vie) et prennent souvent fin vers 3, 4, voire parfois 5 mois (Barr et al., 2006). Ils sont imprévisibles, parfois inconsolables, inexpliqués, intenses et interminables. Wessel et al. définissent les pleurs excessifs, retrouvés sous le terme de coliques dans la littérature, comme le fait de pleurer plus de trois heures, pendant plus de trois jours sur une durée de plus de trois semaines. Vingt-cinq pourcent (25 %) des bébés pleurent moins de deux heures et quart par jour, 50 % entre deux heures et quart et trois heures et demie et 25 % plus de trois heures et demie (Hunzinger & Barr, 1986). Une différence significative existe entre les bébés ayant des pleurs excessifs (coliques) et les autres, selon la façon dont les personnes qui s'occupent de l'enfant interprètent les pleurs (Gremmo Feger, 2007).

Selon le contexte, les pleurs ont une signification positive ou négative. Plusieurs croyances et représentations négatives d'une perturbation, voire d'une menace, d'une faiblesse ou d'une pathologie, sont présentes. La signification négative remonte à la préhistoire avec un argument de mise en péril de la famille de l'enfant contre les prédateurs ou les ennemis. Au moyen-âge, il s'agit d'un signe de reconnaissance de l'autre avec une dimension divine, les larmes étant reçues comme un cadeau divin (Nagy, 2000). Plus récemment, dans la culture masai au Kenya, des comportements de pleurs en période de sécheresse ont permis aux enfants, classés comme difficiles selon les critères occidentaux, de survivre (deVries, 1984). Le signalement ou comportement des enfants activé pour rapprocher et faire revenir la figure d'attachement augmentant ainsi les chances de survie joue un rôle protecteur et contrebalance une signification négative (Bowlby, 1978). Les conséquences positives ou négatives du comportement de pleurs dépendent du contexte dans lequel se manifeste ce comportement comme les autres comportements. L'enfant ne pleure jamais sans raison, même si celle-ci n'est pas toujours apparente.

Les pleurs représentent un signal pour exprimer des besoins physiologiques

Les pleurs correspondent à un des états de vigilance du nourrisson. Cet état correspond à une période normale d'activité du nouveau-né déjà présente chez le fœtus le soir. Les autres états sont le sommeil profond, le sommeil léger, l'éveil somnolent, l'éveil alerte, l'éveil agité (Brazelton, Nugent, & Bruschiweiller-Stern, 2001). Les pleurs s'apparentent à un signal de l'enfant en lien avec des besoins à faire connaître à son entourage. Le rôle principal est d'attirer l'attention de l'adulte pour lui prodiguer des

soins, pour reconnaître et répondre à ses besoins multiples à satisfaire. Ceux-ci sont d'ordre physiologiques mais aussi affectifs comme de créer des liens d'attachement et assurer une fonction contenante (Brazelton et al., 2001; Winnicott, 2006). L'enfant a des compétences pour communiquer, exprimer ses émotions et ses besoins. Le repos, le sommeil, l'alimentation, l'hydratation, le changement de position, l'hygiène et la stimulation adéquate représentent des besoins physiologiques. Les représentations traditionnelles des pleurs liés à des motifs digestifs ne sont pas fondées, l'alimentation est rarement en cause. En cas de symptômes communs gastro-intestinaux, les diagnostics différentiels peuvent être éliminés à l'aide d'un algorithme comprenant une évaluation diététique et une évaluation de l'anxiété ou de la dépression parentale pour éviter des traitements sans preuve d'efficacité (Thomas, Gordon, Banks, & Wallace, 2016; Vandenplas et al., 2013). En effet, seulement 5 % des pleurs sont dus à des motifs organiques (Freedman, Al-Harthy, & Thull-Freedman, 2009). La notion de faute attribuée à la mère (facteur psychosocial ou de lactation), au bébé (immaturité digestive) ou au lait (allergies) est réductrice, peu valorisante, voire erronée (Barr et al., 2009; Israël, 2005; Solter, 1999). Une consultation médicale s'avère nécessaire en cas de pleurs associés à de la fièvre ou à des diarrhées pour déceler une origine pathologique ou infectieuse même si le motif organique est peu fréquent. Une douleur physique et des besoins non satisfaits durant la première année de vie peuvent s'avérer des causes de souffrance (Solter, 1999).

Les pleurs de l'enfant peuvent être liés à des facteurs de stress prénataux cités précédemment, mais également à des facteurs postnataux (Bolten et al., 2012).

Ces derniers concernent la médicalisation, l'accouchement instrumentalisé, le traumatisme, la prématurité, les séparations précoces et/ou répétées, les visites intempestives, la durée de séjour, les surstimulations auditives et visuelles, l'allaitement difficile, les changements, l'adaptation au mode d'accueil, la fratrie, le respect des rythmes, les conflits familiaux et la consommation de substances (Bolten et al., 2012).

Les pleurs représentent un signal pour faciliter le lien d'attachement

Les pleurs créent une proximité étroite entre le parent et l'enfant dans une situation émotionnelle. Le contact proximal, peau à peau, stimule la libération d'ocytocine, hormone du maternage, par l'hypophyse. Le stress entraîne une libération de cette hormone hypophysaire pour réduire l'activation de l'amygdale (Kirsch et al., 2005). La réponse universelle des mères aux besoins du bébé est de créer une proximité étroite par le maternage, par exemple l'allaitement et le portage. « Un bébé seul ça n'existe pas; il y a un bébé et quelqu'un d'autre » (Winnicott, 1969, p. 361). Traditionnellement, dans la vision anthropologique, le corps est utilisé pour de nombreuses actions comme le portage ou l'allaitement avec un accès illimité au sein. La mère occidentale recourt davantage à un maternage distal qui écarte le corps du bébé du sien. Ces pratiques distales de soins (laisser dormir seul, ne pas intervenir trop vite, laisser se consoler seul, ignorer les pleurs, contrôler l'alimentation) sont moins adaptées aux nourrissons et influent sur la durée des pleurs. Contrairement aux petits mammifères, les pleurs du bébé ne s'arrêtent pas en étant porté mais leur durée est plus courte, d'où une hypothèse d'un besoin de libérer des tensions. L'étude sur les chasseurs-cueilleurs Kung San du Kalahari avec des bébés portés

80 % du temps et allaités en continu montre une durée moyenne des pleurs de 30 secondes pour 90 % des épisodes de pleurs, avec des réponses au moindre signal détecté précocement, grâce à la proximité (Barr, 1991). Une autre étude réalisée en Corée du Sud rapporte qu'aucun enfant n'est diagnostiqué avec des coliques (pleurs excessifs), mais l'enfant passe seulement 8,3 % de son temps seul et reçoit une réponse immédiate contrairement aux bébés nord-américains avec 67,5 % du temps passé seul (Lee et al., 2007). L'étude randomisée de Hunzinger et Barr en 1986 montre des résultats semblables avec une durée de pleurs réduite de 43 % en cas de proximité, dans des cas de pleurs non prolongés. Des épisodes de pleurs extrêmes surviennent, inconsolables à 5 semaines, même s'il existe une pratique proximale excluant ici toute responsabilité des parents.

Les pleurs reposent sur une approche neurobiologique

Les neurosciences ont permis d'apporter un éclairage scientifique aux pleurs. Des facteurs génétiques et environnementaux participent au développement du cerveau. L'enfant en bas âge ne peut pas physiologiquement gérer les situations nombreuses et les émotions rencontrées en raison de l'inachèvement de ses structures et réseaux cérébraux comme le cortex préfrontal (Belsky & de Haan, 2011). Les croyances autour de pleurs intentionnels ou traits de caractères, parfois transmises par l'entourage, déstabilisantes pour le parent, ne sont pas appropriées au développement de l'enfant dans sa première année de vie. La raison n'est pas qu'il ne veut pas, mais il ne peut pas contrôler. En effet, les pleurs nécessitent une dépense énergétique importante et sont un signe de robustesse et de vitalité (Zeifman, 2001). Les deux premières années de vie et le dernier trimestre de

la grossesse constituent une période de vulnérabilité et de sensibilité au stress et à l'environnement. L'entourage affectif, le maternage, les aspects environnementaux, socioéconomiques, alimentaires et culturels, impactent le développement (Zaouche Gaudron, 2017). Les régions du cerveau propres à la survie, durant les quatre premiers mois de vie, sont très actives pour alerter en cas de danger. L'enfant, avec un état d'alerte et de vigilance très développé, peut être submergé par la peur et nécessite d'être sécurisé, rassuré. Les toxines rejetées dans les larmes ou la transpiration, dans un cycle stress-détente, permettent à l'organisme d'évacuer des hormones, des neurotransmetteurs par l'activation du système nerveux parasympathique (Frey & Langseth, 1985).

Les pleurs résultent d'interactions complexes entre différentes zones du cerveau, différents neurotransmetteurs et hormones et de contraintes génétiques millénaires, environnementales. En cas de lésion du cortex cingulaire angulaire du bébé lui permettant d'appeler sa mère en cas de besoin, son comportement peut être modifié avec une absence de pleurs (Gueguen, 2014). Les pleurs ne sont pas à contrôler ou réprimer à tout prix soit par indifférence, soit par distraction ou en laissant pleurer. L'enfant se sentira sécurisé si la figure d'attachement répond à ses signaux (Bowlby, 1978).

L'expérience des pleurs aura des conséquences positives si la manière de répondre est appropriée, personnifie le ressenti et permet une prise de conscience d'expérience positive, d'un monde sécurisant, rassurant, qui peut venir en aide si besoin (Binet, 2014). Une fois l'enfant sécurisé, le système d'attachement ne sera plus activé laissant place au système

d'exploration (Bowlby, 1978). L'intégration d'expériences futures bénéfiques avec le soutien d'autrui sera facilitée. L'absence de réponses aux signaux de l'enfant peut être observée chez l'adulte ayant une hypoactivité du cortex cingulaire cérébral préfrontal (Gueguen, 2014). Celle-ci est liée à des lésions, des antécédents de maltraitance ou des pathologies neurologiques ou psychiatriques et une immaturité. La maturation, notamment du cortex orbitofrontal du cerveau de l'enfant, passe par la consolation. L'hypoactivité peut entraîner pour l'enfant une coupure des connexions avec son ressenti. Il risque de ne pas développer certaines connexions cérébrales permettant la maîtrise ultérieure des émotions et de présenter des troubles de sommeil, d'apprentissage, d'attention, d'auto isolement ou d'agressivité (Gueguen, 2014). À l'âge adulte, l'atteinte peut toucher la capacité à comprendre, à contrôler ses émotions et à être serein.

Les pleurs, une problématique de santé publique

Les pleurs, un comportement de l'enfant faisant partie de ses droits, constituent une problématique de santé publique en lien avec la santé de l'enfant, la fréquence des consultations et le coût engagé pour le système de santé (Kurth et al., 2010). Au Royaume-Uni, ils coûtent avec les problèmes de sommeil, pour les trois premiers mois de l'enfant, 65 millions de livres par an et sont un facteur déclenchant du SBS, aux coûts encore plus conséquents (Morris, St James-Roberts, Sleep, & Gillham, 2001). Cette pathologie et ses conséquences sont présentées avant d'aborder les recommandations relatives et les programmes existant sur cette problématique de santé publique.

Les droits de l'enfant

La prise en compte des pleurs de l'enfant est un droit de l'enfant notifié au travers notamment de la participation de l'enfant dans la Convention internationale des droits de l'enfant signée en 1989 et ratifiée par la Suisse en 1997. Cette convention renforce les droits de l'enfant, dessiné au XVIII^e siècle sous Rousseau.

La métaphore d'une construction de bâtisse soit le développement de l'enfant, articulée autour de quatre principes généraux directeurs, les piliers soutenant le toit (droits), peut être utilisée pour illustrer les droits de l'enfant. Il s'agit de la non-discrimination (art. 2); l'intérêt supérieur de l'enfant (art. 3); le droit à la vie, à la survie et au développement (art. 6) et la participation (art.12).

L'enfant, un sujet de droit et un acteur social, dispose d'une voix qu'il est important d'écouter pour répondre à ses besoins. L'absence de réponse s'apparente à la négligence définie comme :

Carence significative, voire absence de réponse à des besoins d'un enfant reconnus comme fondamentaux sur la base des connaissances scientifiques actuelles ou, en l'absence de celles-ci, de valeurs sociales adoptées par la collectivité dont fait partie ce dernier (l'enfant) (Lacharité, Éthier, & Nolin, 2006, p. 385)

La négligence, peut se manifester par une carence ou une absence de réponse aux besoins fondamentaux de l'enfant comme une disponibilité et représente une perturbation de la relation parent-enfant et du rapport entre la famille et la collectivité survenant dans un contexte donné comme illustré sur la Figure 3 (Lacharité, Éthier, & Nolin, 2006).

Chaque enfant est intégré dans un schéma familial et social particulier qui comprend les professionnels. L'offre en soin doit tenir compte de ce paysage pluriel. Les pleurs de l'enfant, comme décrit dans la section suivante, représentent également un élément déclenchant du Syndrome du bébé secoué en lien avec une tolérance variable aux pleurs (Carbaugh, 2004).

Le syndrome du bébé secoué, une forme de maltraitance infantile

Le syndrome du bébé secoué (SBS)¹ ou traumatisme crânien infligé est défini par Caffey (1972) dans la deuxième moitié du XX^e siècle. Ce type de maltraitance, qui touche les enfants de 0 à 2 ans, constitue la forme la plus fréquente de traumatisme crânien sévère chez les enfants de moins de 1 an avec une moyenne entre 4 mois et demi et 5 mois (Adamsbaum, Grabar, Mejean, & Rey-Salmon, 2010; Barr et al., 2006; Chiesa & Duhaime, 2009; Hobbs, Childs, Wynne, Livingston, & Seal, 2005; Keenan, Runyan, Marshall, Nocera, & Merten, 2004; Lee et al., 2007; Simonet, Chevignard, & Laurent-Vannier, 2011).

L'Organisation mondiale de la santé (2016) définit la maltraitance comme des :

formes de mauvais traitements physiques, psychoaffectifs, de sévices sexuels, de négligence ou d'exploitation commerciale, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.

¹ Les initiales SBS sont utilisées pour le syndrome du bébé secoué

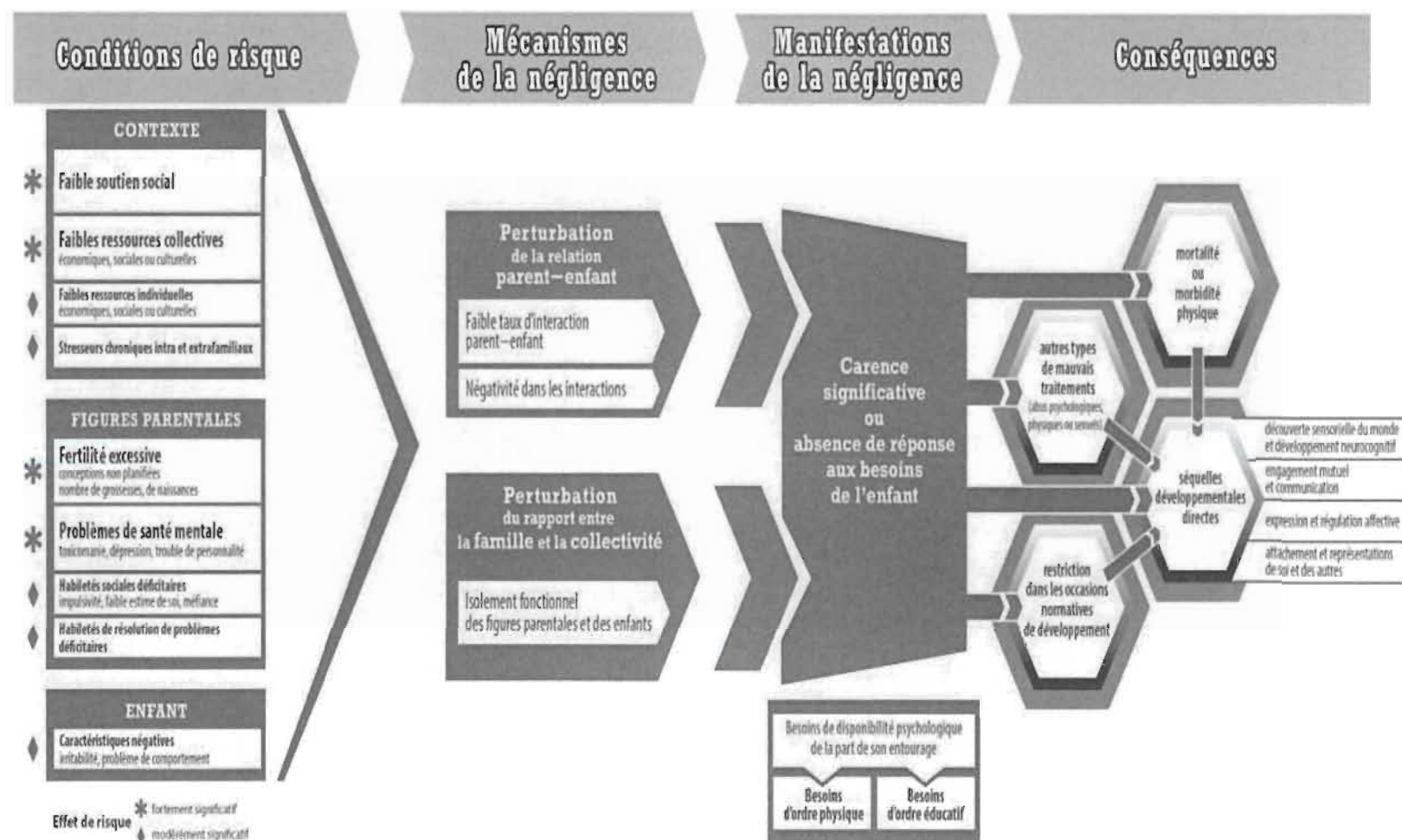


Figure 3. Les facteurs de risque liés à la négligence (Lacharité, 2014, d'après Lacharité, Éthier, & Nolin, 2006) reproduit avec autorisation.

Les signes cliniques du SBS incluent des vomissements, une léthargie, une irritabilité des convulsions, de la fièvre, des apnées, des pleurs excessifs, des difficultés à téter et un retard développemental (Gutierrez, Clements, & Averill, 2004). Les signes externes sont peu visibles mais des fractures, des dommages abdominaux peuvent être présents ainsi que des hématomes, une anémie ou une hypocoagulation de moyenne à modérée, une perte de vision et une cassure staturo-pondérale. L'imagerie cérébrale révèle un hématome sous dural, des hémorragies rétiniennes et parfois des fractures du crâne (HAS, 2017). Les dommages résultent des blessures d'accélération et de décélération combinées à la force ou l'impact direct du secouement et à la blessure cérébrale secondaire résultant de l'hypoxie, ischémie et cascades métaboliques (Barr et al., 2009). La gravité pour l'enfant est importante avec des séquelles supérieures à 50 % et parfois mortelles dans 15 à 38 % des cas (Kelly, John, Vincent, & Reed, 2015; Kelly, MacCormick, & Strange, 2009). Les principales séquelles sont neurologiques (Barlow, Thomson, Johnson, & Minns, 2005; Lind, Laurent-Vannier, Toure, Brugel, & Chevignard, 2013). On observe des troubles d'apprentissage, des retards de développement psychomoteur, des déficits moteurs à type d'hémiplégie (15,3 à 64 %), une épilepsie, souvent réfractaire et plus fréquente qu'après un traumatisme crânien grave accidentel (11 à 32 %). Un déficit visuel (18 à 48 %), des troubles du langage (37 à 64 %), des troubles du comportement à type d'agitation, un déficit attentionnel, un défaut d'inhibition ou d'initiatives (23 à 59 %) et une microcéphalie avec atrophie cortico-sous-corticale (61 à 100 %) peuvent également survenir. Une étude longitudinale australienne montre la présence au minimum de quelques morbidités (Liley et al., 2012).

Au niveau de l'incidence, environ 20 pour 100 000 enfants de moins d'un an sont touchés par le syndrome du bébé secoué (Altman et al., 2011; Ellington, Leventhal, & Weiss, 2008; Hobbs et al., 2005; Keenan et al., 2004; Talvik, Alexander, & Talvik, 2008). En France, ils sont 180 à 200 enfants/an (Adamsbaum et al., 2010). Le rapport du Swiss Paediatrics Surveillance Unit (Comité SPSU, 2007) dénombre 50 cas avérés en cinq ans. L'étude de Depallens, Maeder et Cheseaux (2014), dans le canton de Vaud en Suisse, évoque 13 cas en une année, des chiffres sous-estimés en raison d'un manque de diagnostics et de déclaration en Europe et en Suisse et seulement des cas les plus sévères (Depallens et al., 2014). Dans la moitié des cas, les enfants avaient été reçus en consultations pédiatriques plusieurs semaines avant avec un diagnostic de vomissements ou d'irritabilité ... Pour faciliter le diagnostic, parfois difficile, la Haute Autorité de Santé (HAS, 2017) a émis des critères diagnostics, selon les lésions observées, de traumatisme crânien infligé par secouement chez l'enfant de moins de 1 an après élimination des diagnostics différentiels. Il s'agit de la coexistence d'hémorragies intracrâniennes, d'hémorragies rétiniennes et l'absence d'une histoire cohérente. Le risque de récurrence est important avec des chiffres allant jusqu'à 55 %, les secouements ont pu être répétés de 2 à 30 fois. Cette maltraitance survient dans des familles de contextes socioéconomiques, culturels et linguistiques diverses (Russel, Trudeau, & Britner, 2008). Les facteurs de risque inhérents à la maltraitance sont retrouvés plus particulièrement le jeune âge, le sexe masculin, la prématurité, la présence de besoins médicaux spéciaux et les pleurs excessifs. Ceux-ci sont plutôt considérés comme des facteurs déclencheurs du syndrome du bébé, la tolérance aux pleurs étant variable (Carbaugh, 2004). Si l'histoire peut être obtenue, tous

les auteurs avouent avoir secoué l'enfant à cause du facteur déclenchant pleurs et la frustration engendrée (Adamsbaum et al., 2010; Altimier, 2008; Skowronski, Milner, Crouch, & Harris, 2008; Starling et al., 2004). Le portrait de la personne infligeant le secouement est celui d'une « personne à bout » (Lind et al., 2013). Certains facteurs environnementaux tels l'isolement et le manque de ressources communautaires augmentent le risque inhérent à la maltraitance, pour les auteurs représentés par le père biologique, le partenaire de la mère, un autre donneur de soins, la mère et le grand frère (Adamsbaum et al., 2010; Carbaugh, 2004; Vellut, Cook, & Tursz, 2017).

L'évènement survient toujours en présence de facteurs de vulnérabilité nécessaires à mieux comprendre au niveau de leur dynamique (Kelly & Farrant, 2008). Le risque est associé à des facteurs de l'enfant, du parent et de l'environnement. La prévention de ce qui est considéré comme une forme d'abus infantile évitable est un objectif pour la santé publique et les services communautaires (Russel et al., 2008). Vingt-cinq (25) à 50 % de la population ne serait pas au courant des dangers liés au secouement (Simonet et al., 2014). Depuis les années 2000, les médias ont promu des programmes de prévention. Le « Period of Purple Crying » et le « Love Me Never Shake Me Education Program » ont été évalués et publiés (Barr et al., 2009; Deyo, Skybo, & Carroll, 2008; Smith & Deguehery, 2008). Plusieurs évaluations de programmes, non publiées, recommandent de poursuivre la prévention incluant l'éducation parentale, la recherche et le développement de stratégies pour augmenter la conscience de la communauté élargie que les pleurs sont un moyen de communication et font partie du développement normal.

Les recommandations européennes pour soutenir les besoins des enfants

Les professionnels de la santé jouent un rôle clé dans l'encouragement précoce défini comme des activités et mesures soutenant et favorisant le processus de développement infantile (Promotion santé suisse, 2015). Les professionnels de santé, au contact des parents et des jeunes enfants, aux bénéfices de conditions favorables, peuvent améliorer la qualité de l'accompagnement des familles en augmentant le temps consacré à celui-ci et en se formant pour acquérir les compétences nécessaires à l'encouragement précoce comprenant la connaissance des besoins de l'enfant. Les professionnels peuvent soutenir les familles et ouvrent la voie à des mesures d'encouragement précoce, notamment en atteignant des groupes à risque (Promotion santé suisse, 2015). En France, la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant recommande d'organiser la continuité des soins après la maternité, avec comme argument qu'une femme sur six est désemparée. Le Conseil national pour la protection de l'enfance, en France, en 2017, a émis l'objectif de développer la connaissance et la recherche en lien avec la protection de l'enfance. L'enjeu stratégique est de prévenir précocement les situations de risque de danger en repérant les facteurs de vulnérabilité des enfants et de leur famille et de faire évoluer les pratiques préventives face aux enjeux de la société en développant les collaborations avec les parents (CNAPE, 2017). La prévention et ses effets doivent être rendus plus visibles. À Genève, le département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé a pour objectif de lutter contre la dépression, corrélée aux pleurs et à l'épuisement parental (DEAS, 2016 ; Radesky et al., 2013). Des recommandations européennes de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2017) ont été établies en France face à la problématique du SBS, deux ans après

l'audition publique francophone à laquelle participait la Suisse. Il s'agit d'améliorer le repérage pour éviter les récives, de protéger l'enfant avant tout, mais également d'informer systématiquement les nouveaux parents. Une campagne de prévention est promue par la Haute Autorité de Santé. Elle émet l'hypothèse qu'un adulte bien informé, en cas d'exaspération, trouvera une solution alternative au secouement ou à l'atteinte physique du bébé et repose sur l'information délivrée aux nouveaux parents en sortie de maternité avant le retour à domicile. Les messages concernent la durée potentielle des pleurs, la possibilité d'être exaspéré et d'avoir envie de secouer l'enfant pour le faire taire, les conséquences, la gravité, la différenciation du jeu et quelques stratégies à adopter. La campagne, lancée en 2011, reste peu opérationnelle à l'échelle de la France et de la Suisse. Les recommandations de prévention primaire et secondaire s'adressent aux différents professionnels médicosociaux, magistrats et policiers susceptibles de rencontrer des situations de secouement. Elles invitent à bénéficier d'une formation minimale sur cette problématique. Des campagnes de sensibilisation et d'information bien adaptées, de formes diverses, dans plusieurs lieux, à destination des personnes au contact des bébés, sur les dangers du secouement, sont également proposées. Des recommandations liées à la protection de l'enfance, en Suisse, sont appuyées par l'Observatoire de la maltraitance envers les enfants qui insiste dans ses missions, sur la formation et la recherche avec des études encore peu nombreuses dans ce pays (Voelin, Nicod, & Cheseaux 2006). Fanconi et Lips (2010) ont effectué une étude prospective sur le syndrome du bébé secoué en Suisse de 2002 et 2007. La prévention autour des pleurs et du SBS, dans ce pays, balbutie encore autour des quelques initiatives mentionnées dans la première partie de ce chapitre.

Les pratiques autour des pleurs et du syndrome du bébé secoué

Les pratiques professionnelles des infirmières puéricultrices sont fondées sur quatre concepts principaux, le métaparadigme infirmier : la personne, l'environnement, la santé et les soins (Kozier & al., 2013). Les pratiques en périnatalité reposent sur un référentiel de compétences comme évaluer le développement de l'enfant et accompagner le processus de parentalité. Les connaissances sur le développement de l'enfant incluant les pleurs sont nécessaires. En effet, les professionnels comme les parents sont encore dans l'incompréhension sur la manière de réagir aux pleurs et peuvent arriver à des discours culpabilisants issus de croyances. Nombre de praticiens perçoivent les pleurs prolongés comme une conséquence de perturbation organique digestive. En 1940, un manuel de puériculture décrit les pleurs du bébé comme le résultat d'une mauvaise éducation et l'expression d'un caprice, l'enfant ayant été habitué à être pris dans les bras dès qu'il pleure. La représentation de langage qui inclut une notion de volonté de l'enfant est réfutée par la recherche en neurobiologie. La croyance qu'il faut faire cesser les pleurs est présente également chez des professionnels. Les pratiques de soutien aux deux parents et leurs besoins autour des pleurs sont encore peu étudiés notamment en Europe. Les études évaluatives des programmes visant la négligence et sa prévention sont plus rares que celles concernant la maltraitance, malgré la nécessité de répondre spécifiquement à cette problématique mentionnée par certains auteurs (MacMillan et al., 2009; Mersky, Berger, Reynolds, & Gromoske, 2009).

La recension des écrits, sur les interventions préventives autour des pleurs, motifs associés et de la négligence, permet de mettre en évidence les programmes existant à l'intention des professionnels et des parents. La population concerne les professionnels qui interviennent avec des familles d'enfants de moins de 1 an. L'intervention correspond aux pratiques préventives des professionnels de santé et des familles dans le contexte des pleurs des nourrissons. Les bases de données Pubmed, Cinhal et PsychInfo ont été consultées à l'aide des *Methods Search terms*. Plusieurs équations ont combiné les opérateurs booléens, AND, OR, NOT avec « *intervention, program, education, prevention, nurse, practitioner, health providers, family centered care practice, parenting, crying baby or neglect or fatigue or shaken baby* » (Appendice A).

Treize articles, présentés en Appendice A, ont été retenus notamment sur des critères de datation des écrits scientifiques comprise entre 2007 et 2017, d'adéquation des résumés avant de sélectionner les articles à analyser selon leur niveau de preuve (Polit & Beck, 2012). Les références de chaque article ont été examinées. La littérature grise concernant ces interventions a été parcourue pour découvrir des liens avec d'autres articles scientifiques ou pour consulter des rapports d'évaluation n'ayant pas fait l'objet d'articles scientifiques. La revue des écrits, non exhaustive, permet de mieux comprendre le développement de la recherche concernant les interventions préventives autour des pleurs lors de la transition à la naissance. La problématique du manque de formation des professionnels pour accompagner les parents, une opportunité de prévention de la négligence, sous-tend l'analyse thématique (Adamsbaum et al., 2010; Lee et al., 2007).

Quels sont les indicateurs pour les professionnels pour guider leur pratique préventive auprès des parents ? Le contenu des programmes ou formation, l'effet sur les professionnels, la faisabilité et l'approche théorique utilisée pour la pratique sont analysés. Les principaux résultats sont synthétisés dans le tableau 1.

Le contenu des programmes. Les programmes sont présentés puis analysés sur le contenu de la formation professionnelle. Tous abordent les pleurs et parfois les stratégies.

Le programme canadien de Barr intitulée « Period of PURPLE Crying », utilisé également dans l'étude de Stewart et son équipe (2011) consiste en une intervention éducative qui décrit les caractéristiques physiologiques des pleurs au travers de chaque lettre du mot Purple. Le P correspond au pic des pleurs, pendant le 2^e mois, le U correspond à inexplicable, R pour résistant à la consolation, P pour *pain*, l'enfant semblant douloureux, L pour long de 30-35 minutes à 4-5 heures et E pour *evening* (le soir). Il repose sur l'enseignement que les bébés ne doivent jamais être secoués et relève l'importance de ce programme préventif pour tous les donneurs de soins aux bébés. Le matériel comprend un DVD de dix minutes et un livret de onze pages en couleur. Les composantes comportementales du programme décrivent trois principes guidant la manière de répondre aux pleurs pour prévenir le SBS et les abus. Il s'agit premièrement d'adopter des comportements de réconfort, portage, marche et de parole, deuxièmement, s'éloigner est possible et troisièmement, secouer ou frapper le bébé pour stopper les pleurs, quelles que soient les circonstances n'est jamais acceptable (Barr et al., 2009).

Tableau 1
Recension des programmes autour de la formation des professionnels

Programme Préventif	Indication pour la formation des professionnels				
	Connaissance Pleurs/SBS Fatigue	Expérience Croyances Emotion Stratégies alternatives	Courte	Aspect psychoéducatif	SCF/ Modèle écologique participatif/violence/ approche pédagogique
Altman et al., 2011	X	X	X		
Barlow, 2007			X		X
Barr, 2009	X	X	X (3h)		X
Bechtel, 2011		X			X
Dias, et al., 2017	X				
Dunning et al., 2013	X fatigue		X	X	
Goulet et al., 2009	X	X	X		X
Rideout, 2016					Perception/ éducation

Tableau 1
Recension des programmes autour de la formation des professionnels (suite)

Programme Préventif	Indication pour la formation des professionnels				
	Connaissance Pleurs/SBS Fatigue	Expérience Croyances Emotion Stratégies alternatives	Courte	Aspect psychoéducatif	SCF/ Modèle écologique participatif/violence/ approche pédagogique
Russel et al., 2008		X			
Patrick et al., 2010,		X		X	
Simonnet et al., 2014	X				
Stewart et al., 2011	X	X		X	
Salisbury et al., 2012 (Keefe et al., 2005)		Interaction parent-enfant /pleurs X		Psycho Sociale Réassurance et Empathie Pédiatre	

Pour ce programme, les infirmières sont formées durant trois heures et reçoivent le matériel pour augmenter leurs connaissances et améliorer leurs compétences dans l'éducation des parents sur le SBS. L'étude de Stewart et al. (2011), portant également sur le programme PURPLE, indique que 47 % des infirmières ont amélioré leurs connaissances sur les pleurs après l'entraînement PURPLE. La facilité des infirmières pour intégrer l'intervention à leur pratique à 78 % est relevée ainsi qu'une utilité du programme pour 93 % des parents.

L'intervention québécoise de l'équipe de Goulet (2011) utilise des fiches qui permettent d'aborder plusieurs thèmes et aident à co-construire le plan d'action des parents qui écrivent trois actions à mettre en place et signent un contrat. Elle aide à comprendre comment l'éducation et le processus de connaissances peuvent modifier le comportement. Le programme périnatal de prévention du SBS consiste en une intervention éducationnelle précoce sur les dangers du secouement comparable au « PURPLE Crying », avec la promotion de la sensibilité aux pleurs et les dangers du bébé secoué. Les deux programmes ont la composante cognitive en lien avec les connaissances et les fondements des processus d'adaptation ou stratégies de coping. La théorie du stress de Lazarus et Folkman (1984) met en lumière l'interaction entre les caractéristiques individuelles, l'environnement, les événements stressants et les réponses d'adaptation. Le modèle logique du programme québécois fait l'hypothèse que si les connaissances sur le stress pleurs peuvent augmenter, l'appui sur des stratégies concrètes d'adaptation à la réaction déclenchée, comme la colère et sa progression vers la violence et le SBS, peut

diminuer le stress et le cycle de la violence (Goulet et al., 2009). Les infirmières ont été entraînées sur les procédures d'éducation parentale sur le SBS. La manière de délivrer l'information n'est pas détaillée.

Le programme de l'équipe américaine de Altman (2011) consiste en une intervention délivrée à la maternité incluant une vidéo. Il requiert une formation sur le site des hôpitaux concernés des membres de l'équipe pour les préparer à leur rôle par le coordinateur clinique du projet, incluant des connaissances sur le traumatisme crânien infligé par le secouement et le lien avec les pleurs de l'enfant ainsi que les stratégies d'adaptation pour les parents.

Le programme de Dias (2017) auprès des familles consiste en la lecture d'une brochure par les parents, en un visionnement d'une vidéo de huit minutes sur les pleurs de l'enfant et le SBS et en des questions posées par l'infirmière avec la signature d'un formulaire de consentement (voir Appendice A). Des posters éducationnels sont distribués dans chaque unité (Dias et al., 2017). La formation professionnelle n'est pas détaillée.

L'intervention pilote en France repose sur une information de deux minutes, donnée par le pédiatre, pendant l'examen de sortie de la maternité sur les pleurs de l'enfant et le SBS et sur un pamphlet (Simonet et al., 2011, 2014). La formation des pédiatres pour délivrer l'information n'est pas détaillée. Des recommandations sont à la disposition pour les professionnels sans détails précis (HAS, 2011 ; 2017).

Le programme proposé par Dunning et Giallo (2012) est délivré sous forme d'une information écrite de 44 pages, accompagnée d'un atelier bref de 90 minutes qui fournit une psychoéducation sur la fatigue et l'impact potentiel sur la pratique de la parentalité et le bien-être : stress maternel ou parental (fatigue, problème de santé, conflits de rôle), comportement de l'enfant (sommeil, pleurs, alimentation et problèmes de santé). Des stratégies pratiques pour se ressourcer et conserver de l'énergie sont discutées : avoir du temps pour soi, prioriser, solutionner les problèmes, obtenir de l'aide, remettre en cause les pensées non aidantes, réduire les demandes, respecter une hygiène de vie comme adopter une alimentation saine, pratiquer une activité physique et maintenir une routine de sommeil, promouvoir des attentes parentales réalistes et encourager la recherche d'aide. L'efficacité pour gérer la fatigue peut être prouvée pour des parents recevant un soutien direct face à face de la part d'un professionnel de santé entraîné, permettant de créer un contexte pour échanger et obtenir des informations supplémentaires et des stratégies qui répondraient à leurs besoins spécifiques, par exemple d'avoir un bébé comme perçu comme difficile. Le programme a des effets à court terme sur le renforcement du sentiment de compétence parentale, leur intention de s'engager dans des comportements de soins de soi *self-care* et dans des attentes perçues de bénéfices contre la fatigue. Le programme a également été estimé acceptable, utile et répondant aux besoins des parents. Les résultats de l'étude pilote encouragent le soutien à l'aide d'un programme psychoéducatif pour adapter la fatigue parentale dans la période du postpartum. Le programme comprend un entraînement pour les professionnels.

L'intervention de Salisbury (2012) repose sur trois séances avec un pédiatre et un psychologue clinicien sur des raisons physiologiques des pleurs et des informations sur les rythmes du bébé. Des stratégies pour diminuer la détresse infantile et le stress parental étaient proposées et discutées. Cette intervention psychosociale centrée sur la famille est basée sur une approche de l'interaction parent-enfant autour des pleurs, portant aussi bien sur la réassurance que sur l'empathie.

Le programme de Barlow et al. (2007) consiste en la proposition de visites intensives à domicile dès six mois de grossesse jusqu'aux douze mois de l'enfant pour améliorer l'issue des familles à risque. Il mentionne l'entraînement, au modèle du partenariat familial, d'intervenants en santé sélectionnés.

Toutes les interventions mentionnent les pleurs et le SBS. La rencontre autour des pleurs d'un nourrisson se devrait d'évaluer le ressenti et les réactions des parents aux pleurs sur la durée dans le temps et de les soutenir émotionnellement pour trouver des stratégies d'adaptation (Radesky et al., 2013).

Effet sur les professionnels et faisabilité des interventions. Plusieurs programmes de prévention d'envergure, aux bénéfices de financements conséquents, ont été développés aux États-Unis (Barr et al., 2009) et au Québec (Goulet et al., 2009). L'implantation des programmes « PURPLE Crying » et québécois nécessite des moyens conséquents pour intervenir auprès de la population et former les professionnels.

D'autres études mentionnent que des programmes de prévention à faible coût des infirmières en maternité permettent également de réduire le risque de traumatisme crânien par secouement du bébé pendant la première année de vie avec une faisabilité rapportée comme bonne (Altman et al., 2011). L'intervention de Salisbury plutôt complexe nécessite un certain nombre de moyens pour la reproduire.

La faisabilité de l'intervention française est bonne concernant la facilité de la délivrer sans indication sur la formation autre que les recommandations. Les professionnels de santé, comme les pédiatres ou les infirmières, peuvent facilement aborder les pleurs et le SBS avec tous les parents pendant l'examen clinique systématique du nouveau-né en un temps réduit à deux minutes (Simonnet, et al., 2014).

Les approches théoriques utilisées pour la pratique. Plusieurs études utilisent une approche assez traditionnelle informative. Plusieurs initiatives ou campagnes sont construites en commençant par les risques encourus par le secouement, un type de soutien informationnel.

Les auteurs canadiens utilisent le modèle écologique pour comprendre la violence et l'approche de la prévention du SBS et également le stress et l'importance du soutien social pour réduire la violence. Le programme PURPLE s'inscrit en ce sens dans le modèle écologique en encourageant les donneurs de soins à partager avec toutes les personnes qui

vont s'occuper du bébé au niveau communautaire et en mettant en place une campagne de prévention et de promotion permettant de changer les représentations sociétales des pleurs. Certaines interventions reposent sur l'expérience ou émotion ressenties et des stratégies alternatives (Altman et al., 2011 ; Barr et al., 2009 ; Bechtel et al., 2011 ; Goulet et al., 2011). Russel et Patrick. Une consultation basée sur la famille accélère le taux de réduction des pleurs de l'enfant au niveau durée. Elle comprend des consultations pédiatriques délivrées en dehors des contrôles habituels, des appels téléphoniques et des visites aux urgences (Patrick, Garcia, & Griffin, 2010). Elle confirme l'étude de Keefe et al. (2005), une des seules publiées sur une intervention psychosociale basée sur une approche de l'interaction parent-enfant autour des pleurs, portant aussi bien sur la réassurance que sur l'empathie (Salisbury et al., 2012). La consultation familiale réduit ainsi à la fois le temps et le coût pour cette problématique de santé publique. Les parents expriment également leur satisfaction face à l'intervention qui bénéficie tant à eux qu'à leur enfant.

Les programmes de prévention autour du bébé secoué et des pleurs développés outre-Atlantique n'incluent pas toujours les pères même si l'intervention québécoise a été donnée aux deux parents dans 80 % des cas. (Barr et al., 2009; Goulet et al., 2009). L'étude française concerne 70 % de mères (Simonnet, et al., 2014). Les soins de santé pendant la période postnatale peuvent être renforcés pour se centrer davantage sur la famille, en encourageant et soutenant les forces et ressources familiales, en offrant aux pères la possibilité de participer aux soins postnataux (Oomnen et al., 2011). En effet, l'étude

suédoise, dirigée par Oommen (2011), effectuée auprès de 863 mères et 525 pères a montré que les parents considèrent comme faible, voire modéré, le soutien reçu par les infirmières. L'expérience des pères et des mères du soutien affectif reçu est la plus mauvaise et celle du soutien concret ou pratique la moins mauvaise (Oommen, Rantanen, Kaunonen, Tarkka, & Salonen, 2011). Le soutien plus encourageant et soutenant les forces et ressources de la famille est préconisé. L'accompagnement infirmier est le facteur le plus significatif associé à l'estime de soi (Salonen et al., 2011). Les multipares plus âgées désirent également être encouragées, renforcées dans leur sentiment de compétences et estime de soi comme décrit dans d'autres études avec un besoin constant de développer le soutien dans le postpartum (de Montigny & Lacharité, 2008 ; Salonen et al., 2011).

L'étude d'Ormstein (2016), qui fait suite aux travaux de Barr, un programme de prévention sur les pleurs relève l'importance de développer un soutien social préventif professionnel basé sur l'empowerment et l'expérience des parents. Des approches théoriques et pratiques complémentaires basées sur la résilience, les forces parentales de type systémique, communautaire, cognitive, humaniste, affective et comportementale peuvent être utilisées pour renforcer les stratégies d'adaptation permettant aux professionnels de disposer ainsi d'une variété de moyens d'actions pour s'ajuster aux besoins, ressources et potentiel adaptatif des familles (Lavigneur, Dubeau, & Coutu, 2008 ; Lavigneur, Coutu, & Dubeau, 2011). Les écrits consultés permettent d'analyser quelques programmes de prévention autour des pleurs et du bébé secoué avec quelques détails sur la formation des professionnels. Certains programmes, bénéficiant de financements

importants, ont montré leur efficacité comme PURPLE et le programme québécois (Barr, et al., 2009 ; Goulet et al., 2009). D'autres interventions, moins coûteuses, intégrées à la pratique professionnelle, offrent des pistes pour intervenir auprès des parents en centrant le soutien sur l'expérience des parents et leurs compétences. Des indicateurs d'accompagnement et de prévention autour des pleurs émergent pour les professionnels. Il s'agit de connaissances sur le SBS, les liens avec les pleurs et les stratégies d'adaptation, le soutien social basé sur l'empowerment, les forces et les ressources de la famille, le renforcement des compétences parentales et de l'estime de soi, le soutien affectif parental valorisant notamment dans le postpartum, en prenant appui sur l'expérience des parents et en incluant les pères.

Synthèse du chapitre

Ce chapitre a permis de mieux cerner la problématique de l'accompagnement des pleurs, motif récurrent dans la pratique soignante périnatale (voir tableau 2). L'expérience du bébé et de ses parents permet d'identifier les besoins de chacun et de mieux comprendre les défis et le stress post-natal parfois ressentis. Ce dernier peut interférer avec les compétences parentales et entraîner un dysfonctionnement de la relation parent-enfant (Papousek, 1996). Ce facteur de risque est repris par Kurth (2010) dans le cas de l'événement stressant « Pleurs » ainsi que la corrélation avec l'épuisement parental, voire la dépression ou le SBS. Comment permettre le développement de pratiques soutenant la santé des familles, leurs habiletés et leurs besoins dans un contexte particulier de pleurs ? Pour répondre à la problématique du manque de formation des professionnels qui se

sentent démunis pour accompagner les familles autour de l'incident stressant « pleurs », la recension des programmes existants fait émerger des repères comme l'appui sur l'expérience des familles et leur pouvoir d'agir (empowerment). Ces indicateurs concordent avec les souhaits des parents sur le besoin de reconnaissance de leurs compétences et d'attention envers leurs préoccupations (de Montigny & Lacharité, 2008). Les professionnels nécessitent des ressources sur les pleurs et le SBS pour accompagner les familles. Peu de formations spécifiques pour les professionnels sur la pratique de soutien des parents aux défis et stress de la naissance centrée sur l'expérience des familles.

Tableau 2
Représentation synthétique de la problématique selon Laswell

Quoi ?	Manque de soutien apporté aux parents par les professionnels face aux pleurs du nourrisson (Baillod & Barbe Coulon, 2012; 2013)
Qui ?	Professionnels
Quand ?	Période périnatale
Où ?	Intra ou extra hospitalier
Pourquoi ?	Professionnels démunis, non équipés, manquant de formation sur l'accompagnement des familles avec un jeune enfant, en lien avec des recommandations de prévention sur le SBS (HAS, 2011, 2017)
Comment ?	Consultations fréquentes des parents pour pleurs et épuisement parental avec un sentiment de compétence parentale et de contrôle déficitaires (Kurth, 2010; Lindstrom, 2011) Hospitalisations de l'enfant, de la mère

Chapitre 2

Contexte théorique

Le contexte théorique pour soutenir la pratique d'accompagnement des professionnels s'appuie sur des données empiriques de besoins des familles et sur des questionnements professionnels sur la manière de les accompagner autour des pleurs, élément déclenchant la négligence. Cette posture réflexive est un point de départ de la pratique préventive en lien avec les indicateurs retenus. Une approche centrée sur les forces des familles est susceptible de permettre l'adaptation et répond aux besoins des parents. Le modèle d'approche systémique participative s'inscrit dans cette philosophie.

La pratique réflexive

La pratique réflexive s'appuie sur des fondements qui sont décrits avant de s'intéresser à son sens dans la co-construction d'une pratique d'aide préventive. Le concept est ensuite mis en lien avec l'action, les croyances et l'apprentissage expérientiel.

Les fondements de la pratique réflexive

Dès les années 80, le tournant réflexif s'inscrit dans un changement radical, révolutionnaire, faisant passer le paradigme positiviste de la science appliquée à celui de praticien réflexif. Il s'inspire des travaux de Dewey (1967), pédagogue américain qui initie la pensée réflexive ou critique à propos d'évènements susceptibles de provoquer la perplexité et conduisant à la recherche d'explications et de solutions. Schön (1994).

Précurseur de la pratique réflexive, il développe une approche basée sur ce savoir caché dans l’agir professionnel qui souhaite une reconnaissance scientifique. À la question « Qu’est-ce que les praticiens ont besoin de savoir? », Schön préfère « attirer l’attention sur le savoir dont ils font montre dans leur agir professionnel » renversant ainsi le problème et élaborant une épistémologie de l’agir professionnel (Schön, 1992, p. 24).

L’expérience montre que le modèle traditionnel du paradigme de la science appliquée rigoureuse de lois scientifiques et de modèles ne convient pas à l’agir professionnel complexe dans des situations diverses de l’éducation et du soin. L’articulation entre théorie et pratique et action et réflexion est observée sur les interactions plutôt que sur les oppositions en mettant au service de la réflexion sur l’action les outils conceptuels testés empiriquement et réinterrogés dans différents contextes. On parle d’agir compétent basé sur une pratique non scientifique, subjective située dans un contexte. La pratique réflexive utilise le concept de science-action pour aider le praticien à mettre en évidence les savoirs impliqués dans son action, pour accroître l’efficacité de ses interventions et développer un modèle d’intervention sur mesure (Saint-Arnaud, 2001). L’approche praxéologique est complémentaire pour permettre aux intervenants de terrain de s’engager dans une démarche de perfectionnement, de mieux prendre conscience de leur identité professionnelle. Schön (1992) effectue une différence entre réflexion concernant le processus de cognition par rapport à une situation et réflexivité limitée à l’analyse de la réflexion. La réflexivité englobe « la réflexion sur la situation et la réflexion sur la réflexion » (Vacher, 2011). La posture réflexive est une « disposition » stable du sujet.

Celui-ci pratique régulièrement le doute, l'analyse et le développement professionnel, au-delà de ses intérêts personnels (Perrenoud, 2001). Pour Wittorski (2004), le partage des formes de pensée individuelles permet à la fois un « retour sur l'action » et une transformation des actions individuelles habituellement mobilisées au travail en savoirs partagés ou connaissances sur l'action. Il permet l'apprentissage à partir de l'action. Le deuxième processus consiste en un questionnement collectif sur la spécificité de ces pratiques au travers de la verbalisation de pratiques parfois divergentes, remettant en question les cadres habituels de perception du travail. Ce questionnement permet de développer l'apprentissage orienté vers la préparation de nouvelles interventions, en produisant collectivement de nouveaux savoirs pour l'action. Un autre cadre de perception collectif du travail peut être construit, traduisant une nouvelle forme de pensée collective et favorisant alors de nouvelles représentations anticipatrices de changement dans les pratiques professionnelles.

Pratique réflexive autour de l'action professionnelle

La pratique réflexive s'inscrit dans la formation et la pédagogie des apprenants adultes ou andragogie et repose sur leur expérience acquise. Les travaux de Piaget (1974) puis de Vygotsky sont à l'origine d'un apprentissage de type socioconstructiviste. Le but est de construire un projet et d'être acteur plutôt que rester passif. L'individu va construire selon ses propres représentations, à partir d'un savoir qui lui est propre à l'aide d'outils fournis par le formateur. La collaboration interpersonnelle est présente et l'apprentissage qualifié d'expérientiel repose sur les pairs. Le sens donné à l'expérience sociale est à

l'origine des activités d'apprentissage et du savoir. Cet apprentissage est un processus actif de construction de la réalité par les individus en lien avec les significations données d'après leurs expériences. Le développement du concept sociocognitif par Doise et Mugny (1981), chercheurs genevois, met en évidence les tensions idéologiques dans la progression de l'apprentissage. La pédagogie de type participatif inscrit le formateur plutôt comme un guide qui oriente que comme celui qui sait et qui offre une solution toute prête (clé en main). Les limites concernent la gestion du groupe, susceptible de présenter autant de représentations que de personnes, la contrainte d'expériences antérieures ou parfois une déstabilisation des personnes. L'objectif de ce type de formation prometteuse pour adultes est de permettre une prise de recul sur les événements pour les comprendre et les opérationnaliser. Les participants peuvent s'approprier de nouvelles connaissances pour pouvoir les mettre en œuvre et les incorporer progressivement à leur capital de compétences.

La pratique réflexive se situe au cœur des dispositifs européens de formation initiale en santé avec une approche basée sur des compétences à entretenir, car non pérennes. La posture réflexive, non dépourvue de notions de risque, a du sens si les participants la rencontrent avec une certaine fréquence « sur le terrain » pour faire le lien formation et monde réel (Perrenoud, 2013). Les enjeux de la pratique réflexive chez les professionnels, porteurs d'une expérience et d'une expertise, ne se situent pas seulement au niveau d'une différence entre le monde de la formation et du monde professionnel réel. Ils se situent également au niveau du « danger de réduire l'agir professionnel à la simple application de

technique d'intervention à des cas précis » (Schön, 1993, p. 45) sans réflexivité préalable, en lien avec la technologie de plus en plus prédominante. L'approche réflexive est le point de départ pour le développement et l'affirmation d'une identité professionnelle construite à partir de l'identité de la personne et basée sur une pratique réflexive (Berger, Pizon, Bencharif, & Jourdan, 2009; Hensler, Garant, & Dumoulin, 2001). Elle est fondée sur l'analyse de son expérience « passée, présente, future et conditionnelle » et accompagnée d'une démarche de structuration et de transformation de ses perceptions et de ses savoirs. La transmission du savoir ou le transfert des compétences est un autre enjeu. En effet, les pratiques ou les savoirs, basés sur l'expérience professionnelle, peuvent ensuite servir à la formation d'autres professionnels moins expérimentés (Mbiatong, 2013).

L'acte professionnel ne résulte pas seulement d'automatisme, mais du jugement professionnel, de la décision provenant d'une réflexion dans l'action (Perrenoud, 2001).

L'agir professionnel recèle un savoir-faire tacite incorporé aux postures et aux agissements de professionnels en action. Ce savoir caché peut difficilement en situation être décrit et objectivé. Il possède différentes propriétés : mû par son expertise, le professionnel pose des actes, entreprend des actions et évalue les situations de façon spontanée la plupart du temps; il est souvent incapable de décrire le savoir mis en œuvre dans son action (Schön, 1994, p. 7)

La réflexion dans l'action ou en cours d'action intervient lors d'une réflexion sur l'efficacité spontanée et intuitive de nos attitudes quotidiennes « sans pouvoir expliquer ce que nous savons » (Schön, 1994, p. 76). Le savoir apparaît de manière, implicite :

Bien qu'il nous arrive de penser avant d'agir, il demeure vrai que la plupart du temps, notre comportement spontané en matière d'habiletés pratiques ne découle pas d'une opération intellectuelle préalable et pourtant nous démontrons une forme de savoir. (Schön, 1994, p. 78)

La rigueur de la réflexion en cours d'action est présente, reliant l'art de la pratique singulière à l'art de la recherche scientifique. En effet, les praticiens reviennent sur leurs actions et sur le savoir utilisé de manière implicite, se questionnent, réfléchissent et essaient d'en tirer un sens à la manière d'un musicien qui a besoin de s'isoler à la sortie d'un concert pour revoir le déroulement de son jeu (Balas-Chanel, 2013; Schön, 1994). La pratique réflexive est un processus continu et conscient, engageant une véritable réflexion sur l'action. Elle fait revivre mentalement l'expérience vécue pour en cerner les éléments significatifs et identifier ce qui a contribué au succès ou à l'échec de l'expérience en effectuant une introspection. La réflexion « tend à se concentrer de façon interactive sur les résultats de l'action, sur l'action et sur le savoir intuitif implicite dans l'action » (Schön, 1994, p. 84). Pour être conscientisé et objectivé, le savoir intuitif nécessite une mise à jour possible par le développement d'une démarche de recherche. La réflexion en cours d'action et la réflexion sur l'action sont deux phases complémentaires constitutives de la réflexivité qui s'enrichissent et se potentialisent mutuellement. La réflexion sur l'action, à posteriori, peut permettre au praticien réflexif une meilleure prise de conscience et parfois une évolution de ses habitus pour Bourdieu (2001), encore nommés schèmes d'action par Piaget (Perrenoud, 2004). Un travail peut s'opérer sur l'inconscient pratique de Piaget ainsi que sur les préjugés, goûts et dégoûts, peurs et désirs, obsessions de même que sur ce que l'on ne voit pas (Perrenoud, 2004).

Pratique réflexive et recherche participative collaborative

L'objectif de cette recherche participative collaborative est de réfléchir avec des professionnels de santé à un accompagnement préventif des familles adapté aux différents terrains de pratique. Le programme n'a pas pour but de répliquer un modèle établi par une personne mais de co-construire une intervention en valorisant l'expérience des partenaires et en utilisant leur réflexivité sur les pratiques existantes. La recherche adopte une posture du chercheur-praticien symétrique (Descamps-Bednarz, Desgagné, Maheux, & Savoie-Zajc, 2012). Les professionnels sont considérés comme des personnes compétentes pour lesquelles une prescription de bonnes pratiques normatives par la transmission des savoirs théoriques n'est pas adaptée. Au contraire, l'action professionnelle est riche de savoirs, de principes aussi essentiels que les savoirs théoriques officiels.

La recherche participative collaborative qui rapproche chercheur et participant est une démarche d'exploration d'un objet qui conduit à la co-construction de savoirs autour d'une pratique professionnelle. Elle vise le développement professionnel (Descamps-Bednarz et al., 2012; Morrissette, 2013; Savoie-Zajc & Descamps-Bednarz, 2007). La démarche dépasse la stratégie de changement planifié dans un processus de résolution de problèmes susceptibles d'aider à améliorer une situation problématique cogérée par les chercheurs et les acteurs sociaux sur l'initiative de l'une ou l'autre des parties comme dans une recherche-action (Descamps-Bednarz et al., 2012; Desgagné, 2005; Savoie-Zajc, 2001; Savoie-Zajc & Descamps-Bednarz, 2007). Cette recherche participative collaborative ne se limite pas à proposer aux professionnels des solutions toutes prêtes qui sont à appliquer.

Elle s'inscrit dans un contexte de pratique et d'expériences professionnelles pour définir, grâce à l'échange réflexif, une solution sur mesure. La réflexivité sur la pratique, forme d'expérimentation permettant d'apprendre, fournit des connaissances sur l'action susceptible de modifier l'action (Schön, 1994).

La recherche collaborative est une méthodologie d'intervention qui suppose que des praticiens s'engagent, avec le chercheur, à explorer un aspect de leur pratique et que l'objet même de la recherche porte sur leur compréhension en contexte de cet aspect. Elle vise une médiation entre le monde de la recherche et celui de la pratique professionnelle, en vue d'étudier le savoir-faire qui sous-tend cette dernière dans le cadre d'une démarche de co-construction. (Morrissette, 2013, p. 41)

La recherche collaborative renvoie à la problématique de la reconnaissance du savoir de la pratique (d'action) et du lien entre ce savoir et les savoirs dits théoriques. Elle reconnaît comme une condition d'action la compétence individuelle de l'acteur social (Barbier, 1998). La compétence est liée à la capacité réflexive à analyser la pratique. Les acteurs sont compétents collectivement pour agir et interpréter cet agir. Cette vision rompt avec la vision descendante de la recherche traditionnelle. En effet, elle propose une vision ascendante. Celle-ci prend naissance sur l'expérience indéterminée, inattendue et déroutante, faisant parfois émerger des questionnements nouveaux et quelques repères utiles pour la pratique qui demanderont être confirmés ultérieurement.

Les croyances et l'expérience

La démarche réflexive contribue à une démarche de professionnalisation si elle conduit à un changement de croyances² ou de représentations et de pratiques et à la mise en place d'un rapport aux savoirs de type professionnel (Altet, 2000). Les « systèmes de représentations, les modèles, les références construits et mobilisés sous-tendent les décisions et les actions » (Boutet & Trémenbert, 2009, p. 97).

Les représentations font référence à une sorte de pensée sous-jacente parfois peu fondée sur des savoirs scientifiques, à un ensemble d'idées plus ou moins organisées, d'expériences en lien avec la culture personnelle et professionnelle de la personne et de concepts explicatifs et cohérents partagés socialement. Elles servent pour raisonner face à des situations problématiques (Berger et al., 2009). Les représentations sont la construction d'un savoir ordinaire, d'un habitus, élaboré à travers des valeurs et des croyances partagées par un groupe social d'appartenance. Elles permettent une vision commune (Perrenoud, 2001). Les conceptions individuelles transparaissent dans les actions auprès des familles, notamment sur des représentations ou croyances concernant les compétences parentales et peuvent faire l'objet de la pratique réflexive (Miron & Tochon, 2004). Le travail réflexif induit une posture d'extériorité par rapport au processus de réflexion et du résultat qui en découle. Il implique une prise de distance tant de la situation que de soi-même et de son propre système de croyances (Paquay & Sirota, 2001).

² Les représentations et croyances sont associées dans le travail sous le terme de croyances

Cette démarche permet de tisser un lien entre plusieurs savoirs théoriques et diverses expériences pour en comprendre le sens et générer des connaissances sur les autres et soi-même, sur la tâche et les objectifs et sur les stratégies à adopter. L'approche réflexive est l'outil qui autorise le transfert et le partage (Morlot & Salès-Wuillemin, 2009).

L'approche collaborative permet une réflexion sur les pratiques sociales ou professionnelles, à partir d'un travail collectif sur les valeurs, les connaissances et les représentations ou croyances en jeu.

La recherche a une double fonction, d'un côté « fonction de recherche avec une démarche d'analyse systématique du “sens” construit autour d'un objet de questionnement lié à la pratique et une production de savoir issu de cette analyse; une fonction de formation, dans la mesure où les [participants de la recherche], en se prêtant à cette exploration réflexive sur un aspect de leur pratique, se donnent une occasion de développement professionnel, voire d'amélioration de leur pratique dans l'esprit d'un perfectionnement ou d'une formation continue » (Desgagné, 2005, p. 181)

Les termes utilisés pour nommer l'expérience vécue et le lien avec la situation source sont issus de « préconstruits culturels » et d'un socle commun de savoirs permettant de donner sa forme et son contenu à cette expérience. Celle-ci est également constitutive du sens donné par la personne aux événements, situations, à son entourage et à son mode de vie (Berger et al., 2009; Chocat, 2009; Jodelet, 2007). L'élément de transformation rapprochant les notions d'expérience et de praxis échappe souvent aux approches psychosociologiques. Il permet de donner un sens plus large à la notion de pratique avec une ouverture sur la dimension créative de l'expérience. L'expérience vécue a une place dans le processus de formation des représentations. Elle constitue un élément essentiel

pour la pensée sociale et l'action par sa contribution à la théorie des représentations sociales même si sa présence dans les recherches est faible (Jodelet, 2007). Recourir à l'analyse de l'expérience, comme connaissance et comme vécu, permet de comprendre la production de sens, dans des situations et contextes sociaux et spatiotemporels particuliers, par élaboration d'états psychologiques. L'étayage sur des représentations sociales disponibles forme des ressources interprétatives. L'expérience, dans ses dimensions psychologiques et sociales, ne peut s'analyser qu'à partir des cadres fournis par les systèmes de représentations sociales et culturelles, mais elle peut permettre enrichissement, découverte et création (Berger et al., 2009). L'expérience vécue implique des éléments d'ordre émotionnel chez les sujets impliqués dans une même situation concrète. Les significations varient selon les positions sociales. L'expérience vécue intervient dans l'élaboration de représentations qui favorisent ou entravent le changement social. Un angle de vision originale se dessine pour aboutir dans des situations insolites à créer des représentations assez proches de rites initiatiques ou de changement de croyances sous l'influence d'un groupe social (Jodelet, 2007).

La pratique réflexive est pertinente pour reconnaître les croyances professionnelles et personnelles notamment sur les transitions de vie par exemple la transition à la naissance, la parentalité, les pleurs mais également sur la pratique à adopter (Duhamel, 2015 ; Wright & Leahay, 2014). Les croyances peuvent s'avérer contraignantes ou facilitantes pour la relation avec les familles et la pratique générale et avancée (Wright & Bell, 2009).

L'intervenant fait prendre conscience aux participants des principes qui guident leur action et les engage dans un travail de formalisation de principes implicites validés par eux comme efficaces. Les « connaissances-savoirs d'action » sont construits dans/par le groupe et « remplissent une fonction d'intelligibilité et de validation de l'empirisme » (Wittorski, 2004, p. 7). La réflexivité n'est pas réduite à un ensemble de techniques. Elle suggère des fondements scientifiques et une conscience des situations éducatives et de soi-même en situation, tant pour le participant que pour le formateur à l'origine de l'intervention. Meirieu (2005, p. 7) parle « d'enseignants-chercheurs ou enseignants-inventeurs qui ne se contentent pas d'appliquer des recettes ou de mettre en place des dispositifs déjà existants », mais qui vont concevoir de nouvelles méthodes pédagogiques pour essayer de sortir du schéma de l'application très présente en formation.

Les exigences de la pratique réflexive

La pratique réflexive n'est pas toujours confortable. Elle a pour objet le travail et demande une introspection, d'assumer des responsabilités, de concevoir des stratégies alternatives et de s'engager dans des changements qui peuvent déstabiliser (Perrenoud, 2005). Le praticien réflexif peut s'exposer à des risques en transgressant ou contestant des interdits, en questionnant le « pourquoi », en envisageant des alternatives ou en mettant en débat ce qui va de soi, porté par le cours de sa pensée, son rapport au monde, son identité (Perrenoud, 2005).

La posture réflexive est une activité mentale élevée utilisant certains savoirs déclaratifs ou procéduraux comme des principes d'orientation de l'action à ne pas appliquer à la lettre (Perrenoud, 2001). Le développement de la réflexion sur la pratique correspond à trois niveaux, technique, analytique et critique. Le premier niveau est en lien avec l'efficacité des moyens utilisés pour atteindre le but fixé. Le deuxième niveau permet d'émettre des hypothèses pour analyser l'activité d'enseignement, les intentions éducatives et les effets observés. La compréhension des actions et des expériences éducationnelles est visée. Le dernier niveau relève de la réflexion critique qui place l'action en lien avec des enjeux sociopolitiques plus larges (Hensler et al., 2001; Schön, 1994). L'énergie, l'adhésion au concept, le plaisir et le retour sur investissement sont nécessaires pour éviter l'épuisement, la culpabilité, l'anxiété.

La posture réflexive ne s'installe que si elle devient une identité positive, une source d'estime de soi. Elle ne devient durable que si on y trouve plus de satisfaction que de souffrance, si elle enrichit la vie plutôt que de la pourrir. C'est une posture professionnelle, mais elle est inséparable d'un rapport au monde, à soi, aux autres, à la condition humaine (Perrenoud, 2013, p. 89)

La pratique réflexive est une pratique de dialogue entre le praticien acteur qui seul connaît son expérience réelle, le formateur et les participants qui l'accompagnent pour explorer et analyser son expérience. Elle s'appuie sur des méthodes variées, conversations informelles, moments organisés de professionnalisation interactive. Elle confronte le participant aux regards d'autrui et peut engendrer des résistances (Perrenoud, 2004, 2005).

La pratique réflexive repose sur l'utilisation d'un modèle cohérent pour la pratique disciplinaire en santé, en lien avec les besoins émergents des familles, le modèle de pratique participative (DeSanto-Madeya, 2007; Gottlieb & Gottlieb, 2014).

L'approche écosystémique de pratique participative

La promotion de la santé du petit enfant et de sa famille nécessite une meilleure appréhension des déterminants de leur santé pour mieux comprendre les familles. La santé familiale est le processus entrepris par la famille pour soutenir et améliorer le bien-être émotionnel, social et physique de ses membres (Ford-Gilboe, 2002). Le niveau élevé de santé correspond à un sentiment de bien-être, de satisfaction ou de qualité de vie. Cette compréhension permet d'augmenter la capacité des professionnels de santé à améliorer leurs pratiques préventives autour des pleurs pour augmenter la qualité de la vie familiale. L'analyse des programmes existants a fait émerger un indicateur pour la prévention autour des pleurs, l'angle théorique systémique participatif. Cette deuxième partie de chapitre présente les éléments principaux du modèle d'approche systémique participative, le concept du pouvoir d'agir concevant la capacité des individus à prendre leurs propres décisions et les pratiques d'aide ou de soutien visant à renforcer le pouvoir d'agir des familles en lien avec des indicateurs permettant de les opérationnaliser.

Le modèle écosystémique

L'approche systémique familiale permet de transformer la manière de comprendre les familles en s'éloignant de l'approche traditionnelle « experte », issue de la première

cybernétique et inscrite dans le paradigme positiviste (Minuchin, 1974). Ancré sur les déficits à réparer les problèmes, le modèle d'intervention psychosociale situe l'intervenant, comme extérieur à la situation et observateur de la famille vue comme un objet d'étude. Les échecs des interventions sont attribués à l'incompétence du professionnel ou celle de la personne et de sa famille (Gottlieb & Gottlieb, 2014; Le Bossé & Duffort, 2001). Cette approche reste encore dominante dans les milieux de la santé par rapport à une approche plus systémique et participative même si une évolution semble se dessiner (Gingras & Lacharité, 2009; Mendenhall & Ballard, 2014).

Passer du modèle judéo-chrétien au modèle systémique, c'est chercher les compétences, les capacités, ce qu'ils savent faire, plutôt que de s'appesantir sur les fautes, les difficultés, les échecs; c'est circulariser l'information qui permettra les innovations, plutôt que de chercher l'aveu des traumatismes qui ancrent dans un passé stérile. (Ausloos, 1995, p. 158)

Les interventions systémiques familiales, nées du courant postmoderniste de la deuxième cybernétique, sont influencées par la théorie des systèmes de Von Bertalanffy (1968), la théorie de la cybernétique et la théorie du changement de Maturana et Varela (1987), mais également par la théorie de la communication de Watzlawick, Beavin, Jackson et Morche (1972). L'approche holistique conçoit la santé comme un mouvement continu où la personne est en constante interaction avec son environnement interne et externe. Le contexte le plus important dans lequel évolue la santé d'un individu est la cellule familiale. Tout changement survenant chez l'un des membres se répercutera sur le comportement des autres membres de la famille, sur le fonctionnement de la famille et la dynamique familiale et réciproquement. La transition à la naissance peut engendrer un stress pour la famille comme décrit dans le premier chapitre. L'adaptation dépend de la

mobilisation des ressources par la famille et du soutien social reçu pour y faire face. Duhamel (2015) mentionne qu'un individu s'adapte à un problème de santé non seulement grâce à ses traits personnels, mais aussi grâce à ses interactions familiales. La famille est un système social ouvert en interaction permanente avec d'autres systèmes de l'environnement et avec chacun de ses membres (Allen & Warner, 2002). La famille est représentée par les individus que la personne identifie comme faisant partie de la famille par exemple des amis même si elles ne sont pas présentes physiquement lors d'un entretien familial (Gottlieb & Gottlieb, 2014; Wright & Leahay, 2014). Cet ensemble d'éléments va tenter de maintenir un équilibre entre le changement et la stabilité homéostasie familiale (Von Bertalanffy, 1968). La rencontre avec les membres de la famille permet de mesurer les répercussions du changement.

Avoir un enfant se situe dans une transition écologique (Bronfenbrenner, 1979). L'approche écosystémique propose une évolution de la conception des soins, non restreints à un environnement de spécialistes, en considérant le contexte environnemental naturel et la communauté de vie des personnes concernées (Bronfenbrenner, 1989). La théorie écosystémique et développementale offre un cadre conceptuel adapté pour des pratiques participatives préventives dès la naissance, en plaçant le développement et le bien-être de l'enfant au centre de l'accompagnement (Lacharité et al., 2006; Lacharité, Calille, Pierce, & Baker, 2016). Des programmes comme le PAPFC³ se révèlent une base

³ Le PAPFC est un programme d'intervention auprès de familles en situation de vulnérabilité.

intéressante pour construire une intervention basée sur les forces et les ressources des familles tout en prévenant la négligence (Lacharité, 2014). Le soutien au développement du nourrisson passe par le soutien, hormis de l'enfant lui-même, mais également par celui des différentes personnes en interaction avec celui-ci. Ceci inclut les parents, les grands-parents, les professionnels ou autres adultes au contact quotidien de l'enfant.

Le développement de l'enfant se produit dans un contexte de vie à l'interaction de quatre types d'environnements ou systèmes, différenciés selon le degré de participation de l'enfant et des parents et représentés emboîtés les uns dans les autres : le microsystème, le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème (voir Figure 4). Le premier microsystème du développement humain est constitué par l'enfant et ses parents. « Un microsystème est un pattern d'activités, de rôles et de relations interpersonnelles, vécu par la personne en développement dans un contexte qui possède des caractéristiques physiques et matérielles particulières » (Bronfenbrenner, 1979, p. 22). Le mésosystème est un ensemble de microsystèmes en interrelation par l'intermédiaire d'échanges et de communications. Les interactions peuvent s'effectuer en face à face ou sous forme d'échanges lors de communications téléphoniques. Le mésosystème santé/famille est présent, avec l'interaction supportée par les entretiens effectués lors de consultations. L'exosystème représente les lieux ou contextes (et personnes qui les représentent) dans lequel l'individu n'est pas directement impliqué mais qui influence sa vie (milieu de travail, politique familiale, ministère des finances...). Le macrosystème est l'ensemble des croyances et des valeurs d'une culture ou d'une sous-culture.

Le développement de l'enfant est influencé par les caractéristiques personnelles et psychologiques des parents liées à l'histoire parentale, aux expériences vécues avec des effets indirects sur l'ajustement parental. Les responsabilités inhérentes à la parentalité mentionnées dans la convention internationale des droits de l'enfant interviennent. La relation avec l'autre parent ou le conjoint, l'activité professionnelle, la famille, le soutien social, les attentes et représentations sociétales, les caractéristiques de l'enfant entrent également en jeu comme représenté dans le modèle écosystémique de la parentalité par Lacharité et son équipe (voir Figure 4).

L'approche des soins centrés sur la famille offre les outils nécessaires à la compréhension du processus de communication en tenant compte de son contenu, de la relation et du contexte dans lequel il s'inscrit. Elle permet de mettre la collaboration famille-intervenant en avant et de favoriser les expertises de chacun (Dunst & Trivette, 1996). La vision socioconstructiviste se base sur les forces des familles plurielles, expertes pour leur propre famille et possédant les ressources nécessaires pour résoudre sa problématique. Les différents partenaires dans une posture de collaboration co-construisent le sens du défi, sa compréhension plutôt que d'appréhender la situation comme prédéfinie (Mongeau, Asselin, & Roy, 2007).

L'approche est axée sur le partage du pouvoir entre le soignant et les personnes également dans un contexte de vulnérabilité (Laurin, René, Dallaire, & Ouellet, 2007). Elle permet de donner la parole aux acteurs impliqués et d'intégrer plusieurs angles de

vision pour que les défis rencontrés, les attentes, les besoins et les interventions se définissent dans un processus dynamique de dialogue (Lacharité, 2011; Laurin et al., 2007). De nombreuses croyances existent par rapport aux pleurs des nourrissons. Certaines sont facilitantes et à renforcer et d'autres contraignantes peuvent être modifiées parfois sur le long terme avec un besoin d'expériences répétées aux résultats peu probants (Wright & Bell, 2009).

L'approche systémique familiale permet de reconnaître l'existence, l'expérience, l'expertise et le besoin d'espoir des familles (Wright & Leahay, 2014). Le Génomogramme, une sorte de photographie de la famille, est un outil qui permet de s'intéresser à l'existence des familles (voir Figure 5). Il représente la famille sur trois générations. Les pratiques participatives permettent d'offrir des soins centrés sur la famille favorisant l'empowerment (pouvoir d'agir) et de donner un sens au partenariat⁴ (Lacharité, 2009). L'approche systémique participative repose sur le modèle du pouvoir d'agir (empowerment), un cadre de référence essentiel pour problématiser les pratiques professionnelles dans une perspective expérientielle (Le Bossé & Dufort, 2001; Ouellet, René, Durand, Dufour, & Garon, 2000; St-Cyr Tribble, 2001; St-Cyr Tribble et al., 2008). Le processus d'empowerment, au lieu d'être axé sur les déficits des parents, tient compte principalement de leurs forces, droits et capacités à trouver des solutions (Dunst & Trivette, 1996). Le mot anglais *empowerment* revêt plusieurs traductions en français.

⁴ Le partenariat, terme parfois utilisé pour évoquer la collaboration soignant-famille, s'applique également aux relations entre les différents intervenants. Pour faciliter la lecture et éviter l'ambiguïté, le terme de collaboration sera utilisé pour mentionner la relation intervenant-famille.

Des termes comme appropriation, autonomisation, habilitation ou pouvoir d'agir peuvent être utilisés. Un environnement positif encourage le partage des expériences et des sentiments (Haga, Lynne, Slinning, & Kraft, 2012).

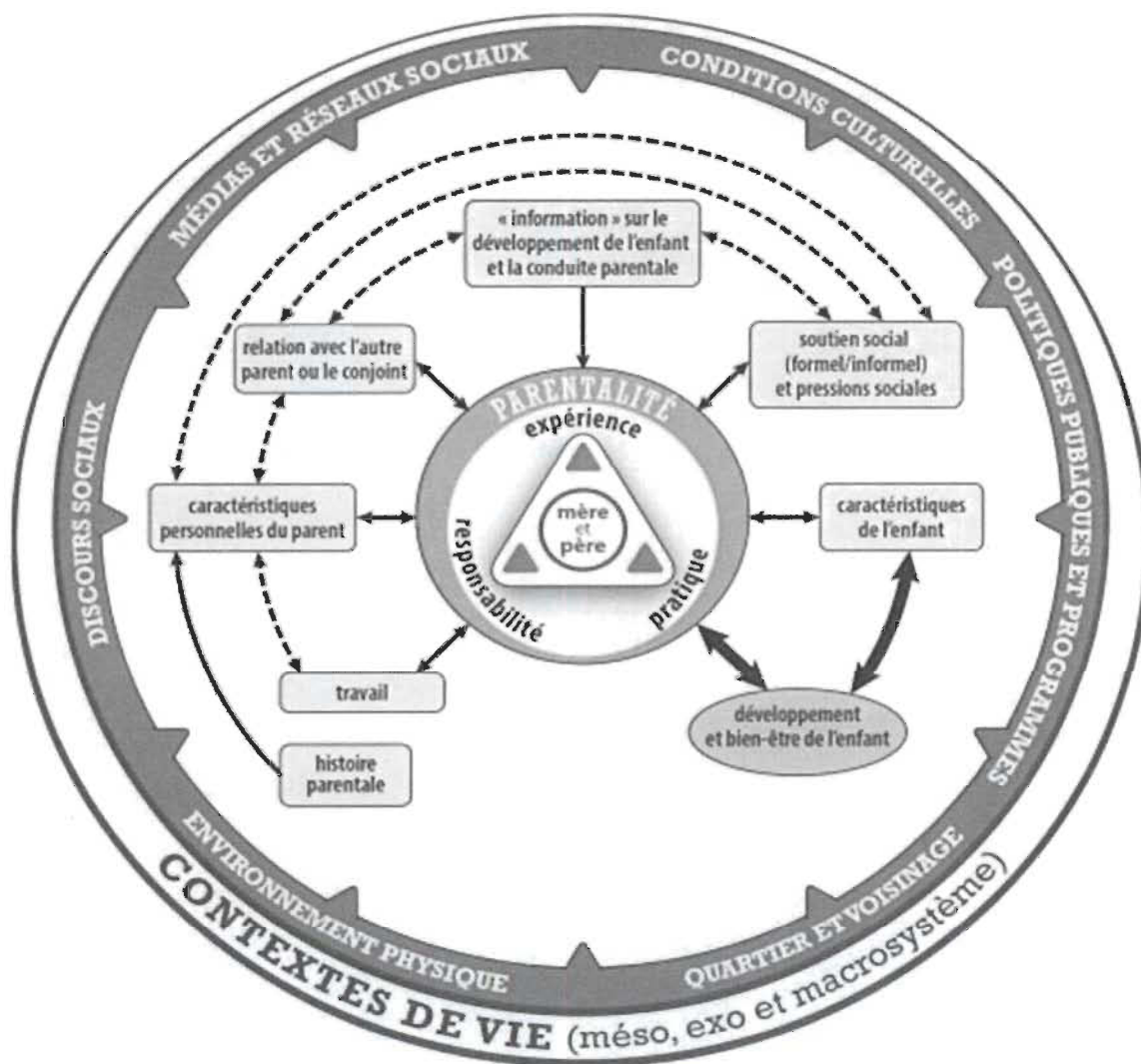


Figure 4. Modèle écosystémique de la parentalité de Lacharité et al. (2016), reproduit avec autorisation.

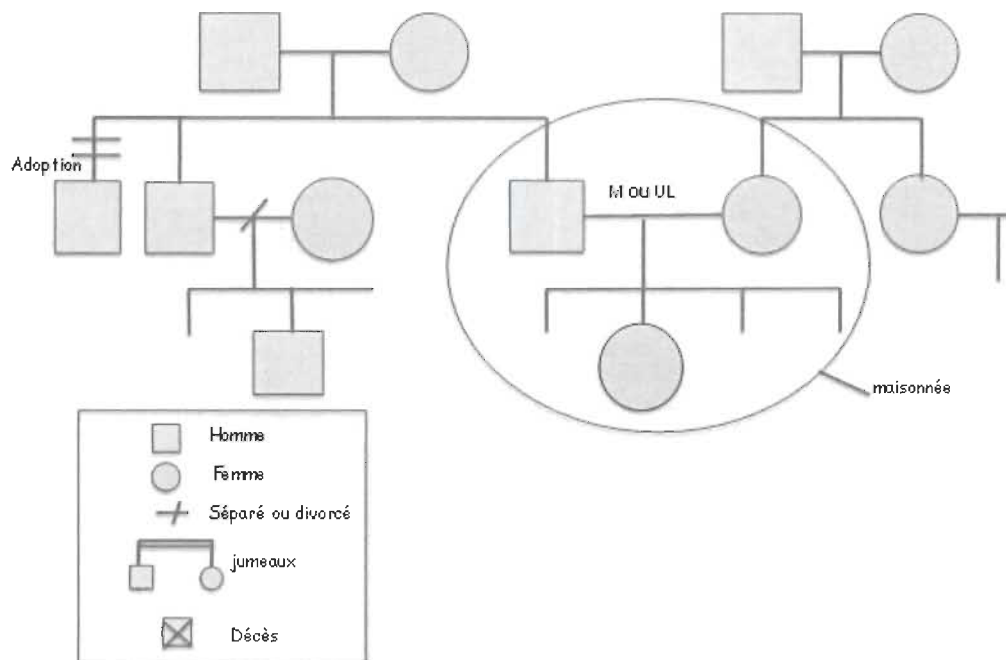


Figure 5. Génogramme.

Les facteurs protecteurs personnels, familiaux et environnementaux

On interroge plus souvent les facteurs de vulnérabilité que les facteurs protecteurs permettant l'adaptation au stress parental. Ces facteurs correspondent à des ressources présentes dans les différentes sphères de la vie des parents, protectrices du stress et renforçant la capacité d'adaptation à une situation stressante (Cyrlunik, 2001). Les éléments externes ainsi que les caractéristiques internes individuelles et psychologiques représentées dans le modèle « Vulnérabilité, stress, adaptation » de Karney et Bradbury (1997) entrent en jeu dans l'adaptation et la satisfaction personnelle, conjugale et parentale (Karney & Bradbury, 1995; Karney, Story, & Bradbury, 2005; Simpson, Rholes, Campbell, Tran, & Wilson, 2003). Les divers ajustements de la parentalité (stress parental, alliance parentale) sont plus étudiés sur leurs conséquences que sur leurs facteurs

d'influence, notamment les caractéristiques individuelles (Abidin & Brunner, 1995). La résilience correspond à la capacité de rebondir face aux défis et à utiliser les facteurs de protection pour réussir à pallier l'impact et les effets des facteurs de risque provenant des vulnérabilités individuelles et du contexte et menaçant la pratique parentale et éventuellement le développement de l'enfant (Lavigueur et al., 2011). Ce processus dynamique se développe selon les expériences individuelles et familiales. L'histoire intergénérationnelle et personnelle de chacun des parents influence la perception et l'emploi des ressources internes et externes. Elle détermine la signification qu'ils accordent à l'évènement. La communication, le soutien entre conjoint ou alliance parentale et la satisfaction conjugale (régulation et cohésion conjugale) associée au bien-être psychologique et l'intimité émotionnelle entrent en jeu. La résilience n'est pas seulement un trait de la personnalité, mais plutôt le résultat d'un ensemble de facteurs complexes où la personnalité et les forces construites par le sujet, les interactions sociales et le soutien des autres jouent un rôle pour modifier le caractère négatif d'une expérience selon un processus (Lecomte, 2002). D'autres traits de personnalité assez proches de la résilience, comme le sentiment d'efficacité, le sens de la cohérence, l'estime de soi, le contrôle interne, l'affectivité positive, l'optimisme ou l'attitude positive face aux défis et la croyance que l'on peut trouver des solutions, l'autonomie, la capacité de vivre des émotions variées et de faire face au stress, la sociabilité, auraient des effets salutogènes agissant plutôt comme facteur protecteur de l'équilibre de la personne. Ces dispositions interviennent dans la maîtrise des évènements. La résilience des parents est influencée par l'attitude des professionnels de la santé (Richardson, 2002). La résilience assistée

représente la mise en place d'interventions permettant de favoriser le renforcement de facteurs de protection (expérience d'émotions positives, sens donné à la vie familiale et engagement) permettant les ajustements (Jourdan-Ionescu et al., 2011). La narration de l'histoire personnelle par les parents, suscitée lors de l'observation de certaines vulnérabilités personnelles et psychiques comme la sécurité d'attachement, facteur d'ajustement conjugal et parental, peut permettre de déconstruire pour reconstruire.

Plusieurs facteurs issus des caractéristiques individuelles personnelles peuvent être protecteurs comme le sentiment de satisfaction et l'affectivité positive, le sentiment de compétence personnelle et le sentiment de contrôle.

La satisfaction de la qualité de vie, composante cognitive-évaluative du bien-être, est un déterminant de la santé. Elle se définit comme une conséquence de la comparaison entre la vie actuelle de la personne et la vie souhaitée selon des normes, valeurs et idéaux perçus, globalement ou spécifiquement (Diener, Oishi, & Lucas, 2003). Diverses dimensions sont touchées : satisfaction familiale, parentale, conjugale, économique, professionnelle, loisirs, santé. Le score du bien-être est corrélé négativement avec la dépression et l'affectivité négative.

La qualité de vie correspond à la perception qu'un individu a de sa place dans l'existence dans le contexte de sa culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations. C'est un concept intégratif large, affecté de façon complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'autonomie, ses relations sociales, en relation avec les caractéristiques de son environnement. (WHOQOL Group, 1995, cité par Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p. 40)

La qualité de vie prend en compte les ressources vécues par les individus comme plus ou moins satisfaisantes selon leurs besoins, désirs, aspirations réelles. La conception intégrative multidimensionnelle inclut des composantes externes comme l'état de santé, les conditions de vie et des composantes internes psychologiques : satisfaction, bien-être subjectif et bonheur. Le bien-être subjectif correspond au ressenti de beaucoup d'émotions positives, de peu d'émotions négatives et d'un sentiment général de satisfaction de vie associé à l'épanouissement (Moore, Bates, Brierly-Bowers, Taaffe, & Clymer, 2012; Seligman, 2011).

Le bonheur, condition nécessaire à la qualité de vie et au bien-être, est une disposition stable de la personnalité plutôt qu'un état (Diener et al., 2003). Des affects ou attributions positives, comme des émotions et expériences subjectives positives (joie, plaisir, gaieté) et une satisfaction de vie plutôt positive, relèvent davantage de déterminants d'une vie heureuse que des affects négatifs ou attributions hostiles : détresse, anxiété, dépression ou hostilité (Diener et al., 2003; Seligman, 2011). Les traits de personnalité, les comportements et valeurs associés, le sens attribué, l'atteinte d'objectifs individuels et collectifs, le développement de relations sociales épanouies et le sentiment d'engagement dans l'action interviennent. Au cours du temps, les émotions ou attentes et attributions positives facilitent des modes stratégiques actifs orientés vers le maintien de la santé physique, mentale et sociale et permettent la stabilité de la satisfaction conjugale, facteur d'influence du stress parental (Gauchet, Shankland, Dantzer, Pelissier, & Aguerre, 2012; McNulty & Karney, 2004). Les expériences qui induisent des émotions et cognitions

positives procurent du plaisir. La nature des émotions ressenties tend à orienter les choix stratégiques en situation de stress comme suggéré dans le modèle du stress et du coping (Lazarus & Folkman, 1984). Des modes stratégiques actifs, directement orientés vers la résolution des problèmes rencontrés, permettent une meilleure santé physique, mentale et sociale que les modes stratégiques passifs, privilégiés dans la régulation d'émotions perturbatrices.

Le recours à un style de coping actif, en utilisant la réinterprétation positive et la recherche de soutien social, est d'autant plus fort que le niveau de gratitude est élevé (Wood, Froh, & Geraghty, 2010; Wood, Joseph, & Linley, 2007). Le fait d'encourager l'expérience du sentiment de gratitude augmente les émotions positives ressenties par un renforcement de l'encodage mnésique des expériences les générant et retentit positivement sur la santé globale des individus par une amélioration significative du bien-être physique et mental (Froh, Sefick, & Emmons, 2008; Park, Peterson, & Seligman, 2004; Shankland & André, 2014). La gratitude a des effets positifs sur l'état de santé et la qualité de vie en agissant sur la fréquence et la cohérence cardiaques et sur une meilleure qualité du sommeil (McCraty & Childre, 2004; Wood, Joseph, Llyod, & Atkins, 2009). La propension naturelle à pardonner et le fait de générer des émotions positives permettent un meilleur état de santé physique, mentale et sociale. Du point de vue somatique, cela permet de diminuer la pression artérielle et de contrebalancer la détresse psychologique (André & Yvart, 2015; Lawler et al., 2005; Toussaint & Jorgensen, 2008; Witvliet & McCullough, 2007).

Le sentiment de compétence ou efficacité personnelle. Le concept d'efficacité personnelle, introduit par Bandura (1997), est défini comme la perception d'un individu envers sa capacité à utiliser ses ressources personnelles pour accomplir une activité spécifique personnelle, conjugale, parentale. Le sentiment d'efficacité personnelle diffère de l'estime de soi, référant plus à la capacité personnelle qu'à la valeur personnelle, même s'il peut y avoir une corrélation positive pour des activités ayant une valeur pour l'individu (Bandura, 1997). L'efficacité personnelle est construite à travers les expériences de maîtrise personnelle très influentes, les apprentissages vicariants ou apprentissage social, la persuasion verbale par autrui et les états physiologiques et émotionnels. Les expériences de succès personnels lors de défis (obstacles) affrontés avec persévérance améliorent l'efficacité personnelle alors que les échecs l'affaiblissent. Le succès facile engendre des attentes de résultats rapides et de découragement précoce face aux futurs échecs (Bandura, 1997). Certains éléments peuvent être rassurants pour se sentir « suffisamment bons » parents. Le fait de se comparer à ses pairs et d'être à la hauteur améliore l'efficacité personnelle alors que de se sentir dépassé réduit l'efficacité personnelle (Bandura, 1997). Un sentiment d'efficacité élevé prédit le recours à certaines stratégies d'ajustement actives (organisation, humour, acceptation et accommodation) agissant comme une disposition. L'efficacité personnelle joue un rôle de médiateur de la relation entre l'anxiété face à la sécurité d'attachement et le fonctionnement individuel. Des liens directs ressortent entre l'efficacité personnelle face à un événement stressant et un fonctionnement individuel, l'évitement de l'intimité et un faible fonctionnement individuel, et entre l'attachement non sécurisant (anxiété et évitement) et une faible satisfaction conjugale (de Singly, 2003).

La prise de décisions et d'initiatives, pour composer avec la situation et les exigences du rôle de parent, contribue au sentiment d'efficacité.

En cas de confrontation à des situations de transition, de crise, ou de stress, véritables défis pour la capacité d'ajustement au stress et la réalisation de soi, le contrôle semble particulièrement important pour les relever en élaborant des stratégies actives (Horner, 1998) comme la recherche d'information. Le sentiment de contrôle, niveau intrapersonnel de l'empowerment psychologique, est le fait d'exercer un contrôle accru sur des éléments importants pour soi (Rappaport, 1984, 1987). Il correspond à ce que les personnes pensent de leur propre capacité d'influencer leur situation et leurs difficultés actuelles, leur quotidien, les différentes sphères de leur vie, leur environnement immédiat. Le contrôle est perçu par la personne en lien avec son désir de contrôle et sa propre perception de la maîtrise sur son environnement. La perception de sa compétence et de son efficacité et la possibilité d'exercer ce contrôle permettent de renforcer l'estime de soi, la fierté et le bien-être. La place du contrôle relationnel est importante dans la relation de couple. Le partage symétrique du pouvoir permet globalement une meilleure satisfaction conjugale (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004). Le contrôle personnel prédit pour les mères la satisfaction globale lors de la naissance d'un enfant et la satisfaction personnelle, conjugale, parentale et avec les professionnels (Goodman et al., 2004). Remplir ses attentes prédit la satisfaction personnelle en lien avec ses compétences. Les expériences de vie façonnent le sentiment de contrôle, caractéristique cognitive acquise par apprentissage social (Bandura, 1997). Lorsque la réalité semble prévisible et maîtrisable,

les individus sont non seulement capables de mieux contrôler leur stress, mais de mieux faire face aux changements. Ils éprouvent aussi une satisfaction personnelle (Maddux & Lewis, 1995). Le développement personnel comprend l'appréciation des ressources à disposition, perçues comme pouvant aider à agir selon le ressenti de ce qui est important dans la vie de parent et en lien avec l'enfant. Des notions comme l'auto efficacité, le sens de la cohérence et la résilience sont des dispositions en lien avec la maîtrise des événements. Les facteurs cognitifs, comportementaux et émotionnels permettent, lors d'un événement stressant ressenti compréhensible, maîtrisable et possédant du sens dans son système de valeurs, de gérer des tensions. Cela permet de rechercher des solutions, d'identifier et de mobiliser diverses ressources. Les expériences cohérentes et positives permettent un sentiment de maîtrise, de compréhension et de signification pour faire face activement aux difficultés et rebondir (Antonovsky, 1987). Face au stress, les individus à forte prédisposition puisent davantage dans leurs ressources considérées comme disponibles pour composer avec le défi. Cela amène un meilleur bien-être et permet de développer plus de stratégies d'ajustements actives et moins de stratégies émotionnelles négatives ou évitantes pour diminuer le stress.

L'alliance parentale. Le processus d'adaptation à l'expérience de parent passe par des relations familiales chaleureuses avec des valeurs à transmettre et à partager, notamment la relation à l'autre parent (Jourdan-Ionescu et al., 2011). Les mères considèrent leur partenaire comme important à inclure dans cette relation familiale et comme une source majeure de soutien social avant leur mère (Corrigan, Kwasky, & Groh,

2015; Coulon & Congiu-Mertel, 2016; Haga et al., 2012). Un des déterminants de la parentalité est la qualité de la relation parentale et conjugale, les autres déterminants étant les caractéristiques individuelles du parent dont le bien-être psychologique et le sentiment de compétence parentale perçue, les caractéristiques de l'enfant et les facteurs contextuels (McHale & Crouter, 2003; Popp et al., 2008).

L'alliance parentale se définit par l'engagement actif des parents avec l'enfant, dans leur rôle, la reconnaissance, le respect et la contribution du conjoint dans l'éducation et les soins infantiles, le soutien mutuel, la coopération et la communication. Cette alliance, souvent plus étudiée sur ses conséquences que ses facteurs d'influence, permet de distinguer l'aspect direct de la parentalité de l'enjeu conjugal et de la réussite du couple (Abidin & Brunner 1995; Bergonnier-Dupuy & Robin, 2007; Frascarolo-Moutinot, Darwiche, & Favez, 2009; Weissman & Cohen, 1985). Une alliance parentale forte permet de répondre adéquatement aux besoins physiques et affectifs de l'enfant, peu importe le degré de tension ou de conflit entre les conjoints (Weissman & Cohen, 1985). Elle intervient dans la perception positive du soutien obtenu dans les soins à apporter à l'enfant (Futris & Schoppe-Sullivan, 2007). Sa perception positive prédit l'implication parentale chez les pères (Mc Bride & Ranes, 1998). La faible alliance est liée à une plus faible estime de soi de l'enfant et à des difficultés d'ajustement (Lau, 2007). Elle augmente également le stress parental (Abidin & Brunner, 1995) et le niveau de conflit de la famille (Gullan, LeRoy, Boxer, & Mahoney, 2014). La perception de l'alliance parentale est liée à la satisfaction conjugale et réciproquement, celle-ci est influencée par la qualité de

l'alliance parentale, d'autant plus pour les femmes que les hommes. La perception de la relation prédit l'évolution de l'alliance parentale pour les pères alors que les mères situent la qualité de la relation dans le présent (Hughes, Gordon, & Gaertner, 2004). Les femmes satisfaites au niveau conjugal perçoivent positivement l'investissement et la collaboration de leur conjoint pour les soins à leur enfant. L'insécurité d'attachement prédit une alliance parentale plus faible chez les pères et les mères (Bouchard, 2014). Chez les pères, l'évitement de l'intimité est un paramètre important pour comprendre les difficultés d'ajustement conjugal et parental, autres que l'anxiété et la dépression, et chez les mères, la baisse de la satisfaction conjugale et de l'alliance parentale. L'engagement des pères augmente la satisfaction conjugale de leur conjointe.

La qualité de la relation ou satisfaction conjugale, ajustement ou bien-être du couple, corrélée au stress parental, est un indice d'ajustement conjugal et parental à l'arrivée d'un enfant. Elle représente le contentement ressenti par un individu sur l'état général de son couple et sur son partenaire. Positif, celui-ci est engagé à long terme, se questionne peu sur la durabilité et la finalité de la relation, et ressent peu de tension au sein de la relation (Spanier, 1976). Les facteurs expliquant la faible satisfaction conjugale relèvent du stress, de l'adaptation, des dispositions psychiques des conjoints et des vulnérabilités individuelles comme la dépression, la personnalité limite, l'anxiété, les troubles bipolaires, le stress dyadique et environnemental. Les facteurs sociodémographiques comme l'âge, la scolarité, le revenu, un emploi stable, le mariage ou l'union de fait interviennent également. Le manque de préparation et de planification de la naissance et

une diminution de la fréquence et de la qualité des moments communs ou de l'intimité entre les conjoints peuvent expliquer la diminution de la satisfaction (Cowan & Cowan, 2000; Feeney et al., 2001; Goodman et al., 2004). La répartition des tâches et des responsabilités éducatives, le soutien dans le couple et la perception d'équité et de justice sont liés à la satisfaction conjugale sans distinction de genre (Adamson, 2013; Feeney et al., 2001; Saginak & Saginak, 2005). La perception d'une insatisfaction parentale est davantage influencée par le manque de disponibilité pour des loisirs ou pour le conjoint que par la condition de l'enfant. Le pic de diminution de la satisfaction diffère selon le genre, six mois pour la femme et environ un an pour les hommes, et peut se maintenir jusqu'à deux ans pour les deux, continuer à baisser ou augmenter à nouveau (Cowan & Cowan, 2000; Feeney et al., 2001; Paley et al., 2005; Shapiro et al., 2000).

Le soutien des parents par une personne proche, qui croit en soi, de la famille ou de l'entourage en fonction de sa capacité à être une source de soutien ou de stress, est perçu comme essentiel. Il permet l'adaptation et l'apprentissage de capacités à trouver des solutions. Le rire, le partage de moments de plaisir ou de relaxation en famille ou avec un proche sont également protecteurs (Jourdan-Ionescu et al., 2011). La relation problématique de santé-dynamique familiale co-évolue. La souplesse de l'équipe soignante sans privilège social, pour faciliter la vie du couple et du père, améliore la cohésion familiale en maternité (Coulon & Congiu-Mertel, 2016; Oria & Camus, 2013). L'importance du soutien de la conjointe est rapportée par plusieurs études portant sur les déterminants de l'engagement paternel (Frascarolo-Moutinot et al., 2009; McBride,

Schoppe, Ho, & Rane, 2004; Turcotte & Gaudet, 2009). Le support instrumental, un besoin attendu par les femmes en postpartum, du partenaire et de la famille sans demande préalable est essentiel à la récupération physique et émotionnelle des femmes indépendamment des groupes sociaux et ethniques. Ces attentes concernant ce soutien influencent leurs habiletés à mobiliser l'environnement social (Negron, Martin, Almog, Barbierz, & Howell, 2012).

L'environnement. Les ressources personnelles, familiales et communautaires permettent aux familles de s'adapter aux défis rencontrés (Jourdan-Ionescu et al., 2011). L'environnement et un réseau de soutien social efficace, dont le soutien parental prodigué par les professionnels, sont protecteurs en période postnatale et abaissent la symptomatologie dépressive en améliorant l'auto efficacité maternelle (Haslam, Pakenham, & Smith, 2006).

La responsabilité du défi de l'adaptation parentale ne peut être attribuée au parent et à ses caractéristiques individuelles. Le contexte est important dans les situations de stress. L'isolement ou le manque de soutien social et de ressources ont une influence indirecte sur le processus d'adaptation (Bigras, LaFrenière, & Dumas, 1996; Gélinas, Lussier, & Sabourin, 1995; Lacharité et al., 2006). Le soutien social, informatif, émotionnel et d'estime ou de valorisation de la famille a un rôle protecteur primordial sur l'anxiété, l'adaptation et la dépression postpartum (Capponi et al., 2013; Corrigan et al., 2015;

Hamelin Brabant et al., 2015). Le soutien centré sur les ressources et les besoins de la famille contribue au bien-être de l'enfant et de la famille.

Les interventions écosystémiques (résilience assistée) se basent sur les facteurs protecteurs du stress parental identifiés auparavant. L'échange peut se faire autour de l'importance de la communication dans le couple qui favorise le sentiment d'équité et la satisfaction conjugale, notamment lors d'une perception plus négative de la situation familiale dans le contexte périnatal. En effet, des effets de l'insatisfaction peuvent se répercuter sur plusieurs plans, notamment l'ajustement parental et la satisfaction à long terme avec l'émergence d'un vécu difficile de tensions ancrées dans le passé (Spanier, 1976; Vandeleur, Fenton, Ferrero, & Preisig, 2003).

L'approche écologique ou écosystémique (Bronfenbrenner, 1979) a pour but de définir des objectifs d'intervention permettant aux professionnels de prendre conscience qu'il existe des conditions de développement et d'apprentissage plus favorables que d'autres pour les parents et à les soutenir dans ces conditions. La perspective écologique permet d'intégrer dans la relation d'aide les ressources à disposition dans le réseau social représentées sous forme de schéma (voir Figure 6) nommé Écocarte ou capital social (Widmer, Favez, Aeby, De Carlo, & Doan., 2012; Wright & Leahay, 2014). La puissance des liens entre les membres de la famille nucléaire et l'entourage est mentionnée à l'aide d'un nombre plus ou moins important de traits. L'objectif est de faire émerger ou de renforcer les forces des familles pour favoriser l'adaptation à diverses situations.

La notion d'habilitation est importante pour développer des pratiques renforçant les ressources et le pouvoir d'agir des familles.

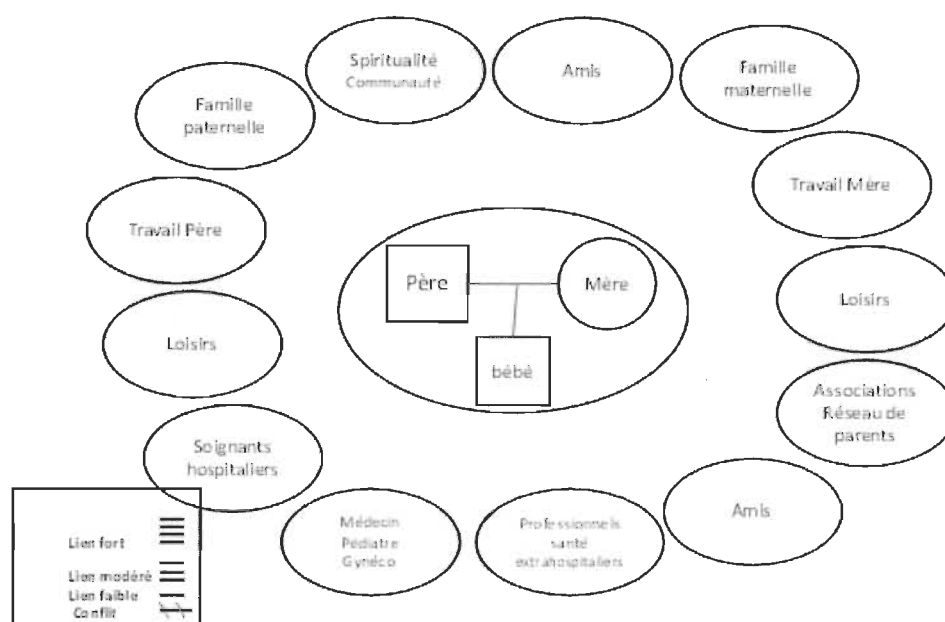


Figure 6. Les ressources à disposition dans le réseau social.

Le concept du développement du pouvoir d'agir

La personne, dans un parcours de vie, oscille vers la santé ou le stress selon plusieurs facteurs, ses réactions aux changements et les moyens développés. L'habileté à se mobiliser, à se rétablir et à intégrer divers facteurs externes représente la santé (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Elle intègre la capacité des individus, responsables de leur santé, à apprendre de nouveaux rôles et de nouvelles compétences. Cela comprend également l'adaptation aux différents changements d'état de santé, l'autorégulation efficace, le développement des relations et des attachements, l'utilisation des forces et des ressources face aux défis ou stress survenant dans le parcours de vie, considérés comme une

opportunité de croissance. Ces indicateurs dépendent de l'âge, du contexte culturel et de l'étape de développement. L'étape de vie considérée ici est le couple avec un jeune enfant et les défis inhérents (McGoldrick, Preto, & Carter, 2015). La mobilisation des compétences des familles en lien avec leur potentiel d'amélioration et de changement, leurs forces et ressources sont centrales pour s'adapter, se développer malgré le stress et optimiser la santé (Ford-Gilboe, 2002). La famille possède des capacités pour répondre à ses besoins et se maintenir en santé et en équilibre avec son environnement.

Les compétences parentales. La notion de compétences parentales apparaît d'après Sellenet en France « lors de la conférence annuelle de la famille du 12 juin 1998 mettant l'accent sur le rôle des familles dans la construction des repères et le maintien de la cohésion sociale et sur l'enjeu de conforter les parents dans l'exercice de leurs responsabilités » (Sellenet, 2009, p. 103). Elle ajoute que les professionnels sont invités à « passer d'une lecture négative à une approche positive, passer d'une clinique des défaillances à la valorisation des potentialités ». Dans les mêmes temporalités, Houzel (1999) conçoit la parentalité selon trois axes, l'exercice, l'expérience et la pratique. Cette vision permet d'envisager de travailler avec les parents en partant de leurs axes « non défaillants ». Elle contribue à la construction d'une parentalité positive et à une bientraitance des usagers, prônée par les instances européennes (Houzel, 1999). L'exercice de la parentalité comprend les aspects juridiques (droits et devoirs envers l'enfant) et symboliques de la fonction parentale (normes attendues et valorisées socialement). L'expérience parentale comporte les dimensions subjectives et psychiques

de la parentalité, soit le ressenti, les représentations et les transformations psychologiques vécues lors de la transition à la naissance et l'enfance. La pratique représente, quant à elle, les actes concrets de la vie quotidienne et les tâches observables dites effectives de chacun des parents en lien avec les soins, les interactions et les pratiques éducatives (Houzel, 1999). Ces trois composantes sont étroitement articulées. Ainsi, le croisement de la pratique avec l'expérience de la parentalité montre que c'est par les interactions entre l'enfant et son parent (soins, alimentation) que se construit l'attachement, un des fondements de la parentalité psychique.

Le concept de compétence parentale implique un jugement sur l'aptitude d'un parent à exercer son rôle, une évaluation et des sanctions en cas de non-réponse aux normes et attentes de la société (Lacharité et al., 2006). Une compétence est une capacité reconnue et légitimée socialement par le fait de se soumettre avec succès aux regards des autres et, en particulier, de certains autres ayant un pouvoir de juger sur la base de leur expérience comme les pairs ou de leur statut social comme les professionnels). La recherche dans le domaine de la parentalité présuppose une construction sociale de la notion de compétence parentale : un parent doit transmettre les valeurs, les normes, les règles, les savoirs sociétaux (Stanciulescu, 1996). Certaines habiletés sont considérées, voire jugées comme supérieures et ayant davantage de valeurs que d'autres (Lacharité et al., 2006). L'évolution sociétale est rapide et modifie les critères permettant de transférer la définition de la compétence parentale d'une génération à l'autre.

L'empowerment vise « une intervention parentale où l'acteur principal se veut le parent et où l'intervenant devient un accompagnateur ou un facilitateur vers l'atteinte des objectifs fixés » (Miron & Tochon, 2004, p. 65).

L'habilitation. L'habilitation concerne une « idéologie » des rapports entre les individus et les systèmes sociaux auxquels ils appartiennent et participent en tant qu'acteurs. La capacité des individus à définir les termes de leur propre vie, de leur propre identité et de leurs projets est mise en relief (Girard, Miron, & Couture, 2014). Le concept d'habilitation, élément central du modèle, émet le postulat que toute démarche d'intervention repose sur une autodétermination et une appropriation impliquant une part de responsabilisation de l'individu accueillant cette intervention (Dunst, Trivette, & Deal, 1994). Celle-ci vise l'acquisition de la capacité à s'occuper de soi, la conscience des conséquences de ses attitudes, de ses limites et la prévention. Chaque personne dispose de caractéristiques biologiques et génétiques spécifiques comme l'âge, le sexe, l'origine ethnique de même que certaines prédispositions biologiques ou génétiques. Progressivement, l'individu, unique sur le plan biologique et sur le plan de son histoire, va acquérir et développer des compétences personnelles et sociales, représentant un ensemble de ressources (connaissances, compétences et attitudes) pour faire face aux défis de la vie quotidienne. Ce sont des habiletés physiques, cognitives, affectives et sociales, incluant notamment les habiletés de communication, la capacité de gérer ses émotions, de faire face aux situations difficiles (ou résoudre des problèmes) ainsi que les habiletés à coopérer et à établir des relations sociales de qualité.

Les pratiques visant le renforcement du pouvoir d’agir et des ressources des familles

Le modèle de pratiques participatives ou soutenant le pouvoir d’agir des familles renvoie à des fondements axés sur le présupposé de compétences qu’un individu dispose de compétences. Cela va de la prise en compte des dimensions individuelle et sociale ou structurelle des problèmes à la reconnaissance des facteurs d’inégalités sociales. Ces facteurs représentent des freins pour acquérir des compétences et du pouvoir et une autodétermination des personnes pour transformer l’environnement social, répondre à leurs besoins et évoluer (Lemay, 2009). Cette approche propose des pratiques de soutien qui visent à renforcer le pouvoir d’agir des personnes et des familles et à mobiliser les ressources nécessaires pour répondre à leurs besoins et réaliser les projets personnels et familiaux auxquels elles accordent de la valeur (Dunst, Trivette, & Lapointe, 1994). Reconnaître les compétences parentales inclut la mise en place d’une collaboration efficace entre la famille et les intervenants. Elle repose sur l’intégration des parents comme membre à part entière, sur le partage d’informations pertinentes avec la famille (personnes significatives pour l’individu) et sur une communication bidirectionnelle favorisée par l’utilisation d’un vocabulaire adapté et compréhensible de tous (Lacharité, Moreau, & Moreau, 1999; Le Bossé & Dufort, 2001; Lemay, 2009; Miron & Lacharité, 2003). D’une part, les échanges sont centrés sur les objectifs à atteindre, les moyens mis en œuvre en intégrant les forces et les caractéristiques de l’enfant et de la famille (St-Cyr Tribble et al., 2008). D’autre part, leurs besoins, le soutien d’une prise de décision partagée entre les parents et les professionnels sont aussi centraux avec une négociation des rôles et l’implication des parents dans les prises de décisions (Aarthun & Akerjordet, 2014).

Les parents reconnaissent les compétences des professionnels de la santé, mais souhaitent aussi une reconnaissance de leur propre expertise en tant que parents (Barbe-Coulon & Dufey-Verga, 2017). La communication entre parents et soignants peut être améliorée (Corlett & Twycross, 2006; Shields, Young, & McCann, 2008). La contribution des pratiques d'aide des infirmières aux perceptions d'efficacité des parents en période postnatale immédiate a notamment permis de constater que, lorsque les infirmières adoptent des pratiques de collaboration avec les parents, ceux-ci se sentent aidés, ont plus de contrôle sur leur situation de santé, perçoivent l'expérience postnatale plus positivement, vivent moins d'anxiété et se sentent plus efficaces avec leur nouveau-né (Aarthun & Akerjordet, 2014).

Les familles rencontrées sont observées selon leur réalité avec une vision positive même lors de situations de vulnérabilité. Les réussites des parents sont considérées malgré le stress vécu.

Le dernier élément central du modèle de l'empowerment s'articule autour de douze principes ou indicateurs du pouvoir d'agir, issus de l'application pratique du modèle lors de la relation de soutien entre un professionnel et un parent (voir Tableau 3). Cela permet d'opérationnaliser le modèle du pouvoir d'agir en le concevant comme un résultat et non comme un processus (Dunst, Trivette, & Deal, 1994). Les principaux éléments caractérisant une aide efficace ou soutenant l'exercice des compétences et du pouvoir

d'agir des parents sont décrits et mentionnés comme pratiques exemplaires d'aide en matière d'empowerment des familles (*Best Practice*).

Les principes de Dunst montrent que la relation est l'essence des soins à la famille (Bell, Wright, Svavarsdottir, & Jonsdottir, 2011). L'attitude positive du professionnel envers les familles est déterminante pour la qualité des interventions auprès des familles (Sveinbjarnardottir, Svavarsdottir, & Saveman, 2011). Pour qu'une intervention obtienne plus de chance d'être implantée et d'être efficace, elle se construit en concertation avec la famille et les divers intervenants impliqués (Dunst, Trivette, & Deal, 1994).

Le cercle extérieur des experts n'est pas seulement invité à construire une intervention préventive mais à intégrer les besoins exprimés par les personnes impliquées : les professionnels de la santé du petit enfant, l'enfant et sa famille. L'information ou le soutien informatif doit être cohérent, adapté aux attentes des parents et peut être offert spontanément comme le préconise Dunst, Trivette et Deal (1994).

Tableau 3

Les douze principes de soutien et d'aide efficace dans la relation parent-professionnel

-
- 1- Le soutien est perçu comme plus efficace et favorable quand l'intervenant adopte une attitude positive et montre un désir sincère de prendre soin de l'autre (chaleur, générosité, encouragement).
 - 2- Le soutien est perçu comme plus efficace et a plus de chances d'être reçu favorablement lorsque l'intervenant offre un soutien correspondant à un besoin ressenti par le parent et offert spontanément. Une sensibilité aux messages verbaux et non verbaux du parent est une qualité essentielle pour pouvoir agir adéquatement.
 - 3- Le soutien est plus efficace quand l'intervenant permet que le processus de décision soit clairement contrôlé par le parent. Cela inclut les décisions à propos des besoins à satisfaire/buts à atteindre, des moyens utilisés et, donc, de l'acceptation ou du rejet du soutien. Le droit de refuser l'aide offerte doit être explicitement reconnu par l'intervenant, la décision de refuser doit être clairement validée (approuvée) et la possibilité d'échanges futurs doit être laissée ouverte. Moins l'aide implique une perte de liberté, plus elle est perçue comme favorable et efficace.
 - 4- Le soutien est plus efficace s'il permet d'éviter de laisser l'impression que le parent est anormal par rapport aux autres personnes en même situation pour éviter le risque de sentiments d'infériorité et d'incompétence.
 - 5- Le soutien est plus efficace lorsqu'il correspond à la compréhension et à la perception que le parent a de son problème ou de son besoin, car celle-ci exerce une grande influence sur la direction de sa conduite.
 - 6- Le soutien a plus de chances d'être reçu favorablement si les « coûts » entraînés par sa recherche et son acceptation n'excèdent pas les « bénéfices » que le parent en retire. Le soutien aura tendance à être considéré comme positif s'il réduit les risques d'une baisse de l'estime de soi, s'il encourage l'exercice des libertés (processus de décision) et s'il favorise un sentiment de compétence et d'adéquation.
 - 7- Le soutien a plus de chances d'être reçu favorablement si le parent a la possibilité de « retourner la pareille » (réciprocité) et que cette possibilité est clairement approuvée par l'intervenant sans être formellement attendue. La réciprocité est un moyen efficace pour réduire le sentiment de dette envers l'intervenant, elle permet au parent d'avoir l'impression d'avoir autant à donner qu'à recevoir.
-

Note. Adaptés de Dunst, Trivette et Deal (1994) et Lacharité et al. (1999).

Tableau 3

*Les douze principes de soutien et d'aide efficace dans la relation parent-professionnel
(suite)*

-
- 8- Le soutien a plus de chances d'être bénéfique si le parent a l'impression de réussir immédiatement à régler son problème ou à combler son besoin (ou à vivre des réussites immédiates sur le trajet le menant à la résolution de son problème ou la satisfaction de son besoin). Cela peut être accompli principalement en encourageant l'utilisation des forces/capacités existantes de la personne pour résoudre des éléments du problème.

 - 9- Le soutien est plus efficace si l'intervenant encourage l'utilisation des réseaux naturels de soutien du parent et ne favorise pas leur remplacement par un réseau d'aide professionnelle. Le soutien permet de redonner du pouvoir au parent s'il sert à améliorer les échanges entre lui et les personnes de son réseau social naturel et à encourager le sentiment d'appartenir à une communauté (plutôt que d'en être aliéné ou exclu).

 - 10- Le soutien a plus de chances de promouvoir un fonctionnement positif si l'intervenant réussit à susciter chez le parent un sentiment de coopération et de responsabilité partagée (partenariat) dans la satisfaction d'un besoin ou la résolution d'un problème. La participation active du parent aux décisions qui le concernent, lui et son enfant, et le partage du poids des responsabilités entre lui et l'intervenant permettent au parent de se sentir valorisé, important et égal.

 - 11- Le soutien a plus de chances d'être bénéfique si l'intervenant encourage l'aidé à acquérir des habiletés/stratégies permettant de réduire le besoin d'aide future. Si l'intervenant cherche activement à rendre l'aidé plus compétent et plus autonome, quel que soit le type de soutien fourni, ce soutien est perçu plus favorablement par l'aidé. Cela constitue l'une des caractéristiques les plus importantes de la relation de soutien entre l'aidé et l'intervenant.

 - 12- Le soutien a plus de chances d'être bénéfique si l'aidé peut percevoir les améliorations (changements) dans sa situation et s'en sentir responsable (sentiment de contrôle et maîtrise sur la situation). C'est surtout cet aspect qui permet aux changements de durer.
-

Note. Adaptés de Dunst, Trivette et Deal (1994) et Lacharité et al. (1999).

L'approche participative présente le double bénéfice de reconnaître l'expérience des familles et la complémentarité parents-professionnels en lien avec l'expertise professionnelle. Chacun des partenaires possède des compétences à relever (Holcomb-McCoy & Bryan, 2010; LeBossé & Dufort, 2001; Lemay, 2009; Wright & Leahay, 2014).

Le soutien centré sur le développement de l'enfant. Les parents souhaitent mieux connaître l'enfant, son développement et ses besoins. Cependant, le soutien informatif postnatal est plutôt perçu comme faible, lié notamment à un manque de disponibilité (Capponi & Horbacz, 2007).

Le cadre d'analyse écosystémique des besoins de l'enfant, issu du cadre de référence britannique, peut être utilisé pour le soutien informatif (Ward & Jones, 2009; Ward & Rose, 2002). L'objectif est de promouvoir le bien-être et la protection des enfants et d'évaluer des besoins particuliers chez les jeunes enfants. Ce cadre intègre le modèle développemental nécessaire pour tenir compte des acquis spécifiques à chaque période d'âge afin de bien évaluer les besoins et le potentiel de chaque enfant. Le développement du nourrisson est ciblé ici concernant la problématique inhérente aux pleurs. Le bébé est un être, par sa physiologie, vulnérable, totalement dépendant des parents ou des personnes qui en prennent soin et qui répondent à ses besoins (Winnicott, 1969). Le modèle systémique analyse l'ensemble des facteurs personnels, familiaux et sociaux décrits précédemment, également dans des contextes de vulnérabilité, pour prévenir le contexte de négligence dans lequel l'enfant peut évoluer et permet de mieux structurer les interventions en les centrant davantage sur l'enfant (Léveillé & Chamberland, 2010). Un des premiers besoins de l'enfant, décrit dans le Chapitre 1, signifié par les pleurs, est de créer le lien avec ses parents. Le modèle de la relation parent-enfant ou de sensibilité parentale permet de proposer une réponse aux besoins de l'enfant. Il permet également de répondre aux demandes exprimées par les parents afin de mieux connaître l'enfant pour

adapter les soins. Ce modèle est parfois utilisé pour évaluer la relation parent-enfant. Il s'agit ici de la construire ou de la renforcer en reconnaissant les droits de l'enfant. Le concept de sensibilité parentale prend son origine avec les travaux d'Ainsworth, Blehar, Waters et Wall (1978) en regard de la théorie de l'attachement (voir Figure 7). L'écoute des besoins physiques et émotifs du bébé, la rapidité et l'efficacité des réponses en regard des besoins et des signaux exprimés par le bébé sont au centre de la sensibilité parentale (Ainsworth et al., 1978; Bornstein, Putnick, Suwalsky, & Gini, 2006). Le soutien des parents dans leurs interactions avec leur enfant et dans le développement de la connaissance des comportements ou compétences de leur enfant permet d'accroître la sensibilité parentale, de renforcer leur sentiment de maîtrise sur la situation et de diminuer leur stress (Trivette, Dunst, & Hamby, 2010).

Le concept de sensibilité parentale permet de détecter les signaux émis par l'enfant, de leur donner un sens juste, de sélectionner une réponse appropriée à ces signaux et d'appliquer la réponse rapidement. La compréhension de la signification du signal représenté par les pleurs est la première étape. Les autres étapes s'articulent autour du soutien des cinq composantes de la relation parent-enfant pour permettre de soutenir ou de renforcer la sensibilité parentale : la découverte, l'engagement, la communication, la proximité et le contact affectif. En ce qui concerne la découverte, les parents souhaitent, pour la plupart, mieux connaître leur enfant (Coulon & Baillod, 2012; Coulon, 2015).

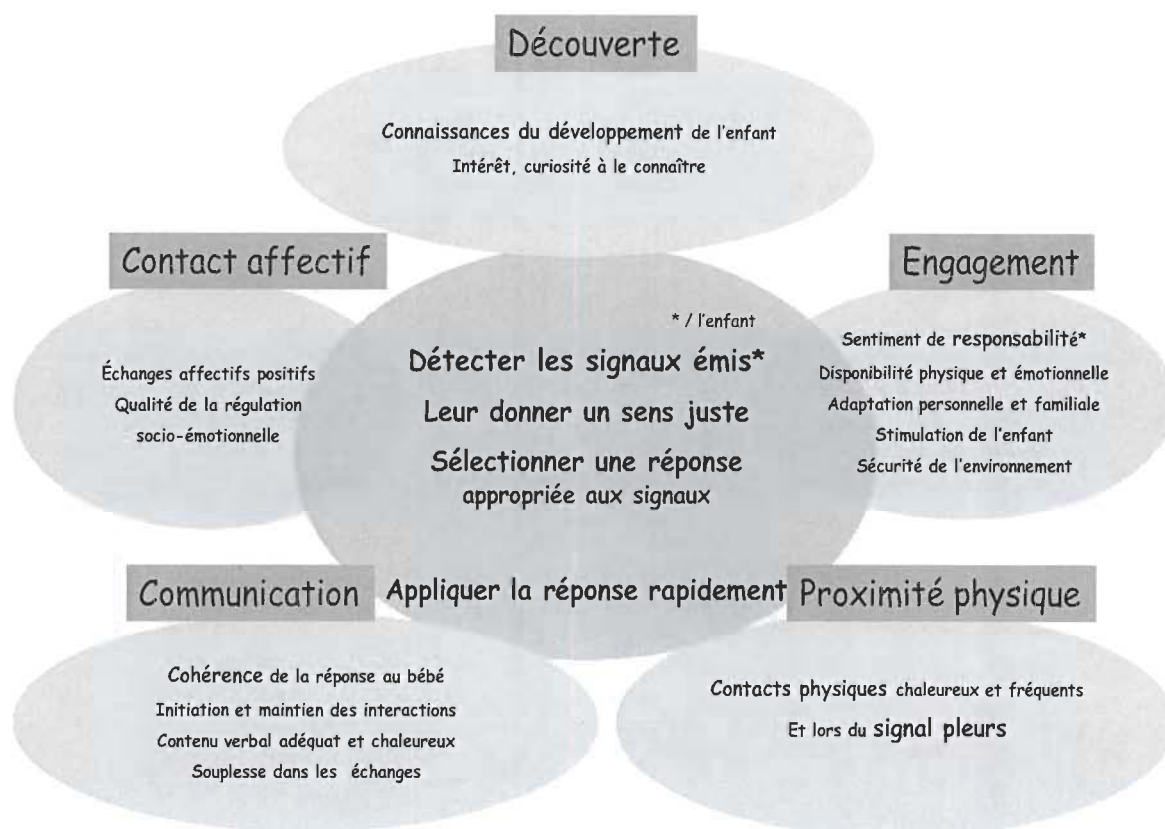


Figure 7. Modèle de sensibilité parentale en contexte des pleurs (adapté de Bell, 2002).

Le fait de mentionner les compétences du nouveau-né dans les stades de développement, particulièrement durant la première année de vie du bébé, sur la base des travaux de Brazelton (1962), peut susciter la curiosité et l'intérêt des parents pour l'enfant. L'engagement est une autre composante essentielle du concept de sensibilité parentale. Il peut être défini comme la participation et la préoccupation continue des parents à l'égard du développement et du bien-être physique et psychologique de son enfant (Dubeau, Devault, & de Montigny, 2012). L'engagement fait référence au sentiment de responsabilité inhérente aux parents décrite dans la convention des droits de l'enfant et à la disponibilité émotionnelle. Les défis de l'adaptation personnelle, conjugale et familiale

vont pouvoir également être discutés grâce à cette composante dynamique de la relation parents-enfant. L'engagement concerne le père et la mère. Plusieurs études montrent les bénéfices de l'engagement maternel, mais également de l'engagement paternel sur les différents membres de la famille (Forget, 2009). Le père lui-même en bénéficie avec une meilleure estime de soi, la mère et son enfant pour leur santé mentale et la satisfaction conjugale. L'observation de Brazelton permet de visualiser les besoins propres de l'enfant en matière de stimulation. Les besoins sécuritaires concernant l'environnement sont un paramètre important à prendre en compte lors d'un afflux d'émotions débordantes, lorsqu'on est à bout. La communication concerne la réponse cohérente apportée au signal du bébé aux significations multiples (voir Chapitre 1). La signification principale de créer le lien invite à la proximité physique. La réponse minimale, en cas d'absence de disponibilité émotionnelle, est de déposer l'enfant dans son lit en sécurité, de retrouver une disponibilité ou de rechercher de l'aide et des relais. La réponse proximité physique, intégrée au modèle, peut faire l'objet d'information et d'un renforcement. Le bébé peut être autorisé à pleurer en le tenant tendrement dans les bras sans interrompre nécessairement ses pleurs (Dutertre-LePoncin, 2012).

Les contacts physiques chaleureux et fréquents avec l'enfant, proposés régulièrement également en dehors des pleurs, vont avoir comme bénéfices de renforcer la sécurité de l'enfant, son sommeil, un éveil calme et le lien d'attachement sans le risque de « devenir capricieux », représentation encore très présente dans la société occidentale. Au contraire, l'enfant va acquérir son autonomie plus rapidement grâce à un sentiment de sécurité.

L'initiation ou le maintien des interactions et leur valorisation permettent de renforcer les échanges. Le contenu verbal et affectueux sera privilégié en interrogeant les moments de plaisir partagé avec l'enfant. La souplesse dans les échanges est à privilégier par rapport à une attitude rigide. Le contact affectif est la dernière composante de la relation parent-enfant. L'importance des échanges affectifs positifs est à démontrer, tant pour l'enfant que pour ses parents, en lien avec l'estime de soi. La qualité de la régulation socioémotionnelle est centrale. Le fait de reconnaître ses émotions et de les réguler permet une meilleure disponibilité et va permettre de répondre plus facilement à l'enfant (Shapiro, Oman, Thoresen, Plante, & Flinders, 2008). La tolérance parentale aux pleurs est variable. Le stress imprévisible provoqué par les pleurs surprend et déclenche des émotions comme la frustration, allant parfois jusqu'à la colère. Elles sont associées à des signes corporels comme des frissons, des tensions, une oppression, des maux de tête, une sudation et parfois des pensées négatives. La pleine conscience peut aider à la régulation.

La composante émotionnelle est incluse dans le modèle de la sensibilité parentale. La troisième étape de construction de l'identité maternelle de Stern (1998) concerne le besoin des mères d'être réconfortées, écoutées, encouragées et soutenues par des femmes qui ont de l'expérience. Les professionnels sont peu présents pour le soutien émotionnel et l'encouragement (Capponi & Horbacz, 2007; Tarkka & Paunonen, 1996). Molénat (2003) invite, en lien avec une déshumanisation décrite par plusieurs auteurs, les intervenants avec des pratiques périnatales à se permettre de prendre des risques au niveau relationnel.

Le soutien de valorisation. L'approche de valorisation conçoit comme base de changement le potentiel adaptatif de la personne contrairement aux approches préventives issues du paradigme de la catégorisation (Landry & Guay, 1987). Les parents se sentent parfois non reconnus dans leur estime et leur nouveau vécu. L'attitude verbale ou non verbale des professionnels teintée d'impatience peut entraîner un sentiment d'incompétence chez certains parents qui ont parfois l'impression d'être des « imbéciles qui posent des questions ». (Coulon & Congiu-Mertel, 2016). Selon Haga et al. (2012), la pression exercée par la société et les directives trop insistantes de certains professionnels, influencées par la représentation « d'être une bonne mère » allaitante, peuvent être perçues comme exagérées et déconcertantes et retentir sur l'estime de soi. Les conseils très directifs aux allures d'injonction peuvent mettre fin à la relation. L'approche valorisante éloigne cette perspective normative légitime de la parentalité. La cohérence du discours professionnel permet d'éviter des sentiments de déstabilisation ou d'anxiété et de déficit de maîtrise (Oria & Camus, 2013). Les pratiques d'aide participatives sont corrélées au sentiment de contrôle personnel. Rendre les personnes capables de mieux maîtriser leurs propres comportements, d'être actives et de prendre des décisions en autonomie permet d'améliorer leur sentiment de bien-être et le niveau de leur qualité de vie à explorer avec bienveillance (Lent, 2004). L'image de soi et le sentiment de compétence, d'efficacité personnelle ou d'auto efficacité concernant l'allaitement ou les soins à l'enfant peuvent être altérés, d'autant plus dans un contexte d'isolement social ou de promotion excessive de l'allaitement (Will & Bianchi-Demicheli, 2006). Les mères primipares supportent difficilement d'être jugées à cause de leur méconnaissance et leur

manque d'expérience. L'apprentissage de la parentalité demande de se référer à un modèle qui a déjà fait ses preuves. Le maître n'est pas seulement là pour donner des conseils ou des informations, mais pour apporter un environnement psychologique dans lequel les personnes se sentiront en confiance et en sécurité et qui les encouragera à explorer ses capacités de parent (Stern, 1998). La valorisation des compétences parentales est un facteur qui favorise le bien-être, renforçant la confiance et qui répond aux besoins de compréhension et de reconnaissance. La confiance des parents en leurs compétences propres influence leur manière de penser, ressentir, s'automotiver et d'agir (Salonen, Oommen, & Kaunonen, 2014). Offrir un environnement positif encourage le partage des expériences et des sentiments (Haga et al., 2012). Les parents ont un besoin de maîtrise sur les situations qu'ils traversent. Les interventions professionnelles peuvent faciliter le sentiment de contrôle des parents et s'intéresser aux attentes et besoins des deux parents (Goodman et al., 2004). Selon la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la santé [OMS], 1986), la promotion de la santé aide les individus à contrôler et à améliorer leur santé, à avoir une vie active et productive et à atteindre un état complet de bien-être physique, mental et social. L'efficacité personnelle joue un rôle comme médiateur de la relation entre l'anxiété face à la sécurité d'attachement et le fonctionnement individuel. Le renforcement du sentiment d'efficacité peut être une indication pour des pratiques d'aide avec un soutien non directif (Dunst & Trivette, 1996). L'accompagnement centré sur les forces et les caractéristiques propres des parents, de l'enfant et de la famille et sur leurs besoins soutient la prise de décision partagée pour composer avec la situation en reconnaissant les prérogatives du rôle de parent.

Synthèse du chapitre

La pratique réflexive est un moteur pour l'amélioration des pratiques, car elle s'inscrit dans un contexte et se base sur l'expérience. La verbalisation des pratiques, le questionnement sur et après l'action permet de développer l'apprentissage à partir de l'action et de l'expérience pour dégager de nouveaux construits et de nouvelles représentations ou croyances anticipatrices de changements. Les ajustements au stress parental « pleurs » sont dus à des variables contextuelles environnementales et personnelles. Les effets provenant des vulnérabilités individuelles et des événements stressants peuvent être modérés des facteurs protecteurs environnementaux, notamment basés sur un renforcement du sentiment de compétence parentale dans les soutiens informatif et émotionnel. Une approche participative basée sur une approche écosystémique du devenir une famille constitue le cadre théorique pour développer une formation réflexive avec des pistes de pratiques professionnelles en santé reliées à la transition à la naissance (Lacharité, 2014; Landgren & Hallström, 2011).

Questions et hypothèses de recherche

Le chapitre théorique a permis d'étayer la problématique et le contexte en présentant les approches réflexives et systémiques participatives et des références théoriques pour la pratique. Les croyances influencent la pratique réflexive des professionnels et leur pratique avec les familles.

Les questions et les hypothèses de recherche peuvent être présentées.

- Quelles sont les croyances des professionnels de leur pratique avec les familles dans le contexte périnatal ?
- Comment la formation réflexive peut-elle permettre le développement et l'implantation de pratiques soutenant le pouvoir d'agir et les besoins des familles dans un contexte particulier de pleurs avec les professionnels de santé ?
- Quelles sont les stratégies développées par les professionnels pour soutenir les habiletés parentales dans le contexte du stress « pleurs des nourrissons » ?

L'hypothèse de recherche postule que la formation réflexive collaborative sur le pouvoir d'agir des familles et sur les facteurs de protection pourrait permettre aux professionnels de santé de développer des pratiques d'aide préventives participatives.

Objectifs

L'objectif principal est d'évaluer le processus de développement d'une formation réflexive participative basée sur le soutien des habiletés parentales dans le contexte du stress parental « pleurs du nourrisson ».

Le deuxième objectif concerne le fait d'évaluer l'impact de la formation réflexive et collaborative sur les pratiques participatives des professionnels de santé, notamment sur le soutien des habiletés parentales.

Les retombées anticipées sont une amélioration des pratiques d'aide et des recommandations pour développer l'excellence dans l'aide apportée. Le but est de renforcer les facteurs de protection et d'augmenter le pouvoir d'agir des familles pour développer des stratégies d'adaptation lors des pleurs des nourrissons. Le chapitre suivant expose le modèle logique du programme de formation.

Chapitre 3

Le modèle logique

Le modèle logique est souvent utilisé pour mentionner la théorie du programme aussi nommée théorie de l'intervention, de l'action ou modèle du programme. L'élément essentiel est la description détaillée de ses composantes et des liens qu'elles entretiennent (Hense, Kriz, & Wolfe, 2009; Ridde & Dagenais, 2013; Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004). Une différence est parfois soulevée sur le fait que le modèle logique représente graphiquement les relations entre les activités d'un programme et ses résultats alors que la théorie du programme comprend l'ensemble des suppositions descriptives et prescriptives sous-tendant le programme (Chen, 2005). D'autres auteurs définissent le modèle logique selon la théorie du programme présentée par Chen (Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents, 2013; Ridde & Dagenais, 2013; Rossi, Lipsey, & Freeman, 2003; Rossi et al., 2004). Le terme « modèle logique » est choisi, dans la présente recherche, pour développer, structurer ou identifier la théorie du programme.

Le modèle logique ou théorie du programme

Le développement d'un programme offre un défi dans l'application des données en situation de pratique. L'évaluation des interventions, activités ou programmes, objet fréquent de commandes d'instances ou de politiques, n'est pas toujours accompagnée de description détaillée du programme, de ses composantes et objectifs.

L'impact négatif peut toucher l'évaluation, l'élaboration et l'implantation des programmes (Chen, 2005). L'absence totale ou partielle de théorie du programme peut être due à un manque de ressources ou de temps pour son développement ou à la difficulté des praticiens à transformer les interventions et leurs connaissances en concepts plus abstraits (James, Fraser, & Talbot, 2007; Trifiletti, Gielen, Sleet, & Hopkins, 2005). Celle-ci est reconnue comme un élément important pour développer, implanter et évaluer un programme d'intervention (Chen, 2005; Rossi et al., 2004). Ce programme s'appuie sur l'utilisation des résultats de recherche et nécessite d'explorer les théories sous-jacentes à ces résultats.

La théorie du programme

La théorie du programme peut se définir comme l'énoncé de ce qui doit être mis en œuvre pour l'atteinte des objectifs du programme, soit la structure, le fonctionnement et les procédures du programme. Les liens logiques et rationnels entre le problème identifié, les buts du programme, les activités développées, les ressources et les effets désirés du programme sont décrits (Rossi et al., 2004). La théorie du programme basée sur des fondements théoriques solides et bien définis va permettre de comprendre la présence ou non d'effets et de les expliquer. La théorie d'un programme permet une définition commune de l'évaluation d'un programme. Elle permet d'estimer la généralisation des résultats de son évaluation et de contribuer aux théories en sciences sociales, définir les effets non prévus, expliquer les résultats et donner en cours de programme des indicateurs sur son efficacité (Chen, 2005). La présence d'une théorie du programme de qualité est

un indicateur déterminant l'efficacité du programme (Chen, 2005). La théorie du programme permet d'expliquer les résultats du programme et va augmenter la possibilité d'émettre des recommandations pour le développement futur et le transfert dans un contexte d'application différent.

La définition du modèle logique

Malgré quelques différences peu significatives, un consensus permet de définir le modèle logique comme un outil pour planifier, décrire, gérer, communiquer et évaluer un programme ou une intervention. Il mentionne la nature de l'intervention, la nature des effets attendus, les processus médiateurs de l'effet attendu et les conditions dans lesquelles ceux-ci se produisent (Sidani & Braden, 2011). Un schéma simplifié illustre le fonctionnement du programme. L'ensemble des liens logiques entre les éléments essentiels (activités) du programme apparaît ainsi que la manière dont les effets prévus sont attendus chez la population visée définissant les hypothèses à l'origine de la supposition que le programme fonctionnera dans un contexte particulier (Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents, 2013). Les changements à initier sont représentés avec les ressources attribuées au programme (intrants), comme les activités (ce que le programme fait avec les intrants pour atteindre ses objectifs) et les produits directs des activités du programme (extrants) en lien avec les bénéfices attendus pour les participants (résultats) du programme (Chen, 2005). Un des programmes étudiés dans la première partie autour des pleurs est illustré par son modèle logique (Goulet et al., 2009).

Lors de la conception et de la planification du programme, le processus de construction d'un modèle logique permet d'organiser les concepts du programme, de leur donner une structure et d'intégrer au programme un processus d'évaluation reposant sur une vision commune des acteurs impliqués et de ce qui doit être accompli.

L'objectif du modèle logique

Le modèle logique permet de communiquer les objectifs du programme sous la forme des résultats attendus et des stratégies pour y parvenir. Celles-ci s'appuient sur les données probantes, soient les autres programmes ou recherches de même type (Fear, 2007). Les acteurs impliqués dans le programme peuvent utiliser ce modèle logique comme document de référence. Après avoir présenté certains avantages, un inconvénient peut être mentionné sur le coût conséquent en temps pour son élaboration et à sa mise à jour (Gugiu & Rodriguez-Campos, 2007). En effet, le modèle logique va être modifié selon l'évolution du programme et les ajustements aux apprentissages effectués, aux divers contextes, aux ressources, activités et aux objectifs (Gugiu & Rodriguez-Campos, 2007). La vision commune des acteurs du programme est nécessaire. Le modèle logique sert aux chercheurs et aux acteurs impliqués, aux professionnels de santé pour co-construire un programme novateur préventif autour des pleurs et des habiletés parentales et pour construire une vision commune. L'objectif du modèle logique est d'illustrer la théorie du programme. Le programme va être expliqué et argumenté dans sa pertinence. Le modèle logique sert à guider les personnes qui vont implanter le programme auprès d'autres professionnels. Il s'agit d'un aide-mémoire synthétique sur la raison du programme et la

manière d'agir pour que le programme produise les résultats attendus. L'implication des intervenants concernés permet de mettre en lumière les différences de perceptions entre les intervenants sur les hypothèses et les croyances qui sous-tendent la théorie du programme (Hernandez, 2000). Ils peuvent ainsi échanger de manière critique sur leurs pratiques et les relier aux services qu'ils désirent offrir et les résultats qu'ils souhaitent atteindre (Hernandez, 2000). Ce processus aboutira à une cohésion entre les intervenants sur les fondements de leurs interventions et amènera une vision commune de la solution au problème identifié, favorisant la réussite du programme.

La structure du modèle logique axée sur la théorie du programme

Le modèle logique a été construit en collaboration avec des praticiennes formées à l'approche systémique familiale, notamment dans la phase d'analyse des besoins (Coulon & Baillod, 2012). Le modèle a été discuté avec des praticiens de terrain, médecin et infirmières et avec des étudiants en soins infirmiers. Il se structure autour de six points principaux, le besoin au sein de la communauté, les objectifs, le bien-fondé du programme, les composantes, la population ciblée, les effets et les hypothèses.

Le besoin au sein de la communauté

La construction d'un programme repose sur une analyse des besoins des bénéficiaires du programme. Le besoin ou le problème auquel se consacre le programme est identifié et décrit brièvement. La définition du problème et de ses causes est essentielle pour démontrer que les stratégies proposées permettent de faire évoluer la situation. La

construction du modèle logique passe par une première étape : le recueil des besoins. Au niveau méthodologique, il s'agit de créer un système d'observation (Fawcett et al., 1994). Des exemples naturels ont été observés auprès de la communauté pour connaître l'expérience de celle-ci par rapport aux pleurs. Des entretiens avec la population des parents apportent des informations sur leurs perceptions, le type d'interventions efficaces et sur les variables qui ont un impact sur celles-ci (voir Chapitre 1). Le recueil des besoins s'est effectué dans un premier temps avec des mères, des pères et des parents recevant des services de santé concernant leur enfant, sous la forme d'entretien individuel (Coulon & Baillod, 2012; Coulon, 2015; Gugiu & Rodriguez-Campos, 2007; Renger & Hurley, 2006). Dans un second temps, un groupe de professionnels a été rencontré (Yampolskaya, Nesman, Hernandez, & Koch, 2004). Les diverses rencontres avaient pour objectif de connaître la perception des divers acteurs autour des pleurs et des services perçus ou reçus (Coulon & Baillod, 2012; Barbe-Coulon & Dufey-Verga, 2017; Coulon & de Montigny, 2014).

Objectif du programme

Le principal objectif du programme est le suivant : les professionnels sont sollicités au travers de rencontres collectives dans un processus réflexif pour co-construire une intervention préventive soutenant les habiletés parentales, ses finalités et par conséquent, les besoins d'accompagnement pour une opérationnalisation sur le terrain.

Le bien-fondé

Les changements de pratique s'appuient sur la pratique réflexive et l'expérience des professionnels (voir Chapitre 2). Une recension des écrits a permis de mieux cerner le problème concerné par le programme et la problématique et de s'appuyer sur l'existant au niveau des connaissances sur le sujet pour construire le modèle logique (voir Chapitre 1) (Fawcett et al., 1994; Renger & Hurley, 2006). L'étude approfondie de la problématique et des programmes existants permet de générer des théories descriptives et explicatives pour mieux comprendre la problématique et orienter l'intervention étayée par des éléments fonctionnels de modèles de pratiques efficaces auprès des familles (Gervais, de Montigny, Lacharité, & Dubeau, 2015; Sidani & Braden, 2011). La revue des écrits sur l'évaluation de programmes existants, portant sur les pleurs ou la négligence périnatale et centrés sur la famille, a également permis d'identifier les recherches empiriques, les rapports sur les pratiques et les innovations intéressantes dans les pratiques sociales ou de santé (Porteous, 2009). La recherche démontre que les programmes de prévention, notamment ceux mis en œuvre dans le cadre de la prévention des pleurs et du bébé secoué, peuvent s'avérer efficaces dans la réduction du stress parental et du nombre de traumatismes crâniens chez les jeunes enfants, mais incluent encore difficilement les pères (Barr et al., 2009; Goulet et al., 2009). Certains programmes mentionnent des conditions optimales pour les professionnels pour accompagner les familles de temps et de formation.

Les composantes du programme

Elles représentent les différentes parties du programme ou l'ensemble des groupes d'activités étroitement liées et la manière dont les activités sont naturellement divisées ou regroupées. Un programme peut avoir une ou plusieurs composantes. La population ciblée fait référence à la population à laquelle le programme ou chaque composante du programme offre ses services. Il s'agit de professionnels de santé. Elle est précisée dans la partie composante du modèle logique.

Les ressources requises pour mettre en œuvre les activités du programme sont le chercheur, les locaux utilisés au sein des institutions auxquelles appartiennent les professionnels de santé, le matériel et les fournitures.

Les activités

Les activités du programme font référence à la manière dont un programme est construit. Les ateliers et leur contenu sont abordés. La première session s'effectue sur une journée. Le programme s'articule autour de l'expérience des professionnels et d'apports théoriques. Les perceptions des professionnels autour des familles, des pleurs et du bébé secoué sont interrogées. Des documents interactifs comprenant l'utilisation d'une vignette clinique vidéo d'un entretien familial selon le modèle d'intervention de Calgary servent de support pour évaluer ou explorer le fonctionnement familial et faire ressortir les ressources et les stratégies d'adaptation des familles qui vivent une transition à la naissance (Wright & Leahay, 2014). Une maman primipare se présente seule à la

consultation parent-enfant pour la première fois, accompagnée de son bébé de 8 semaines de vie et en bonne santé. Fatiguée, le faciès triste, elle est préoccupée par l'alimentation et les pleurs de son enfant et se met à pleurer et déclare : « *Mina pleure tout le temps et ne me laisse jamais me reposer, elle ne veut qu'être dans les bras! Je ne sais plus quoi faire pour calmer ses pleurs, je suis à bout!* ». Les participants sont amenés à réfléchir autour de cette situation et à formuler une hypothèse systémique et faire ressortir les forces et les ressources de la maman. D'autres vignettes cliniques audiovisuelles autour des pleurs et du SBS sont analysées ainsi que des situations issues de la pratique des participants.

Les besoins des professionnels et de la famille sont abordés dans les activités constituant l'intervention en lien avec la transition à la naissance et le défi représenté par les pleurs. L'expérience spécifique de chacun des parents, sa culture, son histoire personnelle et intergénérationnelle sont considérées ainsi que les facteurs de risque et de protection qui lui sont propres, afin que les professionnels puissent avoir accès à une compréhension en profondeur du processus d'adaptation au stresser « pleurs de l'enfant » (Pelchat & Lefebvre, 2005).

Au niveau théorique, le modèle de pratiques écosystémiques participatives est discuté dans les activités autour des principes de pratiques d'aide de Dunst pour intervenir avec les familles. Les outils systémiques Génomogramme et Écocarte sont expérimentés en situation. Les facteurs de protection et de risque en lien avec les pleurs permettent de dégager des pistes d'intervention pour les participants en lien avec des stratégies

d'adaptation basées sur la sensibilité parentale (Bell et al., 2002). Deuxièmement, le programme inclut un canevas permettant de préparer la rencontre avec les familles sur le terrain professionnel et de recueillir l'autoévaluation selon des indicateurs issus du modèle d'apprentissage expérientiel de Kolb (2014). Une proposition de supervisions par courriel est offerte aux professionnels expérimentant le modèle d'approche participative dans la période de pratique, avant le deuxième séminaire d'une journée.

La deuxième session est conçue pour permettre aux professionnels de partager leur expérience concernant l'expérimentation du modèle dans leur pratique en présentant des situations qu'ils ont pu accompagner. Les échanges amènent une réflexivité sur leur interaction avec les familles dans leurs soins. L'objectif de l'atelier réflexif participatif est de renforcer les compétences cliniques des professionnels sur une approche centrée sur les forces de la famille. L'approche systémique participative, les données théoriques sur les pleurs sont reprises autour de l'entretien de famille de courte durée de 15 minutes illustrée de Wright et Leahey (2014). Les conversations thérapeutiques à l'aide de questions systémiques, l'exploration de la famille à l'aide du Génogramme et de l'Écocarte, et l'apprentissage de la collaboration et de la communication avec la famille sont remobilisées (Duhamel, 2015).

Les résultats ou effets à court, moyen et long terme (1 à 3 ans)

Les résultats à court terme concernent les changements qui interviennent dans les 1 à 3 ans et découlent directement des activités du programme. Ils peuvent permettre de vérifier si la clientèle cible a été atteinte avec l'intensité prévue, et ce, dans la mesure prévue. Ils incluent souvent des changements dans le degré de sensibilisation à une problématique, des connaissances ou des compétences (Ridde & Dagenais, 2013; Porteous, 2009). Les résultats doivent être mesurables en faisant appel à certaines méthodologies. Le choix de la méthode mixte tient compte du contexte d'un développement et l'évaluation de programme de promotion de la santé (Pluye, Gagnon, Griffiths, & Johnson-Lafleur, 2009). La description précise s'effectue dans le chapitre suivant concernant la méthodologie. Des mesures prétest et post-test immédiat après l'intervention permettent de donner les résultats de l'intervention. Une partie qualitative permet la compréhension détaillée du développement du programme complexe et fournit des résultats empiriques sur les raisons du fonctionnement de certaines interventions. Le groupe contrôle n'a pas été utilisé avec les professionnels et pourra faire l'objet d'une prochaine évaluation avec les familles.

Les changements à moyen terme qui découlent des activités du programme sont décrits et peuvent s'apparenter à des changements dans les comportements ou les attitudes, soit ici une pratique soutenant le pouvoir d'agir des parents.

Les résultats ou impacts à long terme peuvent se mesurer quatre à six ans après. Les changements attendus à long terme qui découlent des activités du programme sont d'implanter le programme pour les professionnels et futurs professionnels de santé en Suisse romande et en France pour sensibiliser et préparer les parents aux défis rencontrés en devenant parent. Le nombre de consultations pour pleurs peut également se mesurer. Certains imprévus peuvent survenir suite au programme.

Hypothèses

Les circonstances que l'on suppose vraies et permettant une évolution de la situation sont énoncées. Les stratégies retenues pour initier le changement souhaité chez la population des professionnels sont d'explorer les besoins des professionnels quant à la problématique des pleurs des nourrissons en les mettant en parallèle avec les besoins des parents avec lesquels ils interviennent. Le chapitre sur la formation réflexive semble indiquer que la formation réflexive collaborative est utile pour explorer, valoriser l'expérience et répondre aux besoins des professionnels. L'utilisation du modèle systémique participatif permet de répondre aux besoins de soutien exprimés par les parents. Les principes et les convictions qui font les liens entre les problèmes identifiés, les stratégies choisies et les résultats désirés sont décrits.

Le modèle logique est présenté sous la forme d'un schéma (voir Figure 8) qui représente les liens entre chaque composante du modèle logique du programme PEPSE dans sa version professionnels Parenforce.

Synthèse

Pour développer le programme, les procédures préliminaires sont précisées au travers du modèle logique. Les besoins de la communauté ont été nommés, un besoin de formation des professionnels démunis pour répondre aux pleurs. L'objectif est de réfléchir à un type d'intervention préventive pour répondre à des recommandations de prévention. Les stratégies employées pour l'acquisition des compétences sont énoncées au travers des activités basées sur la formation réflexive autour des besoins des parties prenantes et l'analyse de pratique à distance du premier atelier pour favoriser l'expérimentation pratique. L'hypothèse d'un impact de la formation réflexive sur la pratique permet de définir des méthodes pour évaluer des résultats à court et moyen terme. Ces éléments sont détaillés pour servir de base à d'autres chercheurs ou agents de changements. Les éléments méthodologiques, présentés dans le prochain chapitre, illustrent la manière de présenter le prototype aux personnes concernées, de communiquer les différents éléments de celui-ci et de récolter l'information auprès des personnes qui participent à cette formation.

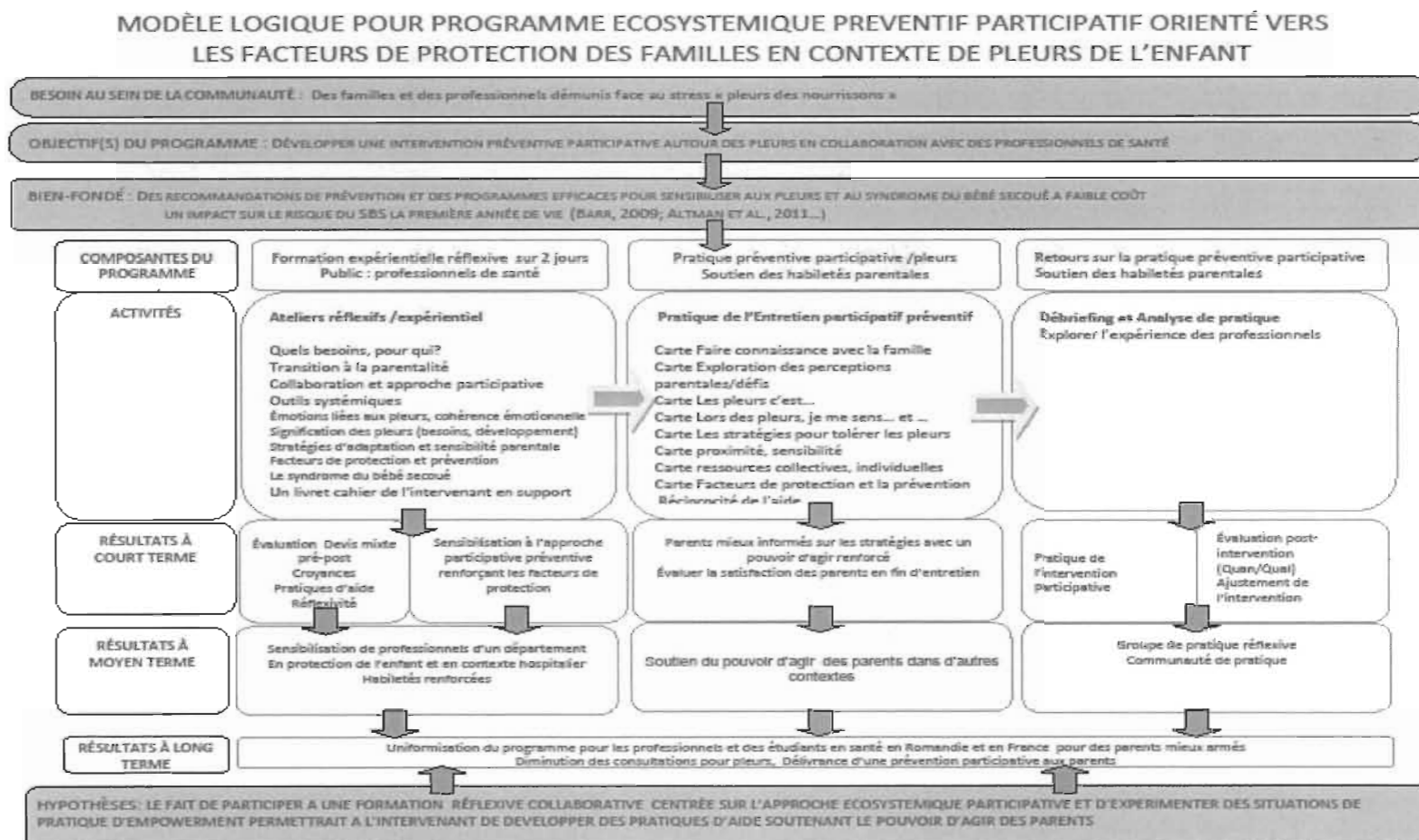


Figure 8. Modèle logique du programme Parenforce « PEPSE »

Chapitre 4

Méthode

Le chapitre argumente le choix de la méthode en lien avec la thématique et la population à l'étude avant de présenter les critères éthiques et la méthode de recueil et d'analyse des données.

Le choix des méthodes mixtes

La méthode à mettre en œuvre pour conduire la recherche a fait l'objet d'une réflexion préalable appuyée sur les écrits scientifiques autour de la définition des objectifs de recherche, des fondations théoriques et du contexte (Paillé & Mucchielli, 2012). Le but de la recherche est de produire des connaissances scientifiques transposables dans un contexte réel non expérimental. Des résultats applicables peuvent offrir des perspectives acceptables des acteurs et des décideurs. La réflexion concerne une recherche systémique permettant une intégration des connaissances scientifiques (transfert) dans les pratiques professionnelles, un des enjeux majeurs pour la santé publique au niveau européen. Ce processus est basé sur l'échange, l'adaptation et l'appropriation avant l'utilisation dans les pratiques. Cela invite une collaboration permettant une recherche à visée cognitive mais également opérationnelle. Le développement de la collaboration entre le chercheur et l'acteur dans une recherche participative, partenariale, voire la co-construction autour de l'objet de recherche, sont recherchés pour apprécier le point de vue des parties prenantes. Cette démarche permet d'intégrer le potentiel d'utilisation des résultats et de penser aux moyens de renforcer leur utilisation (Tashakkorie & Teddlie, 2011).

L'objectif de la recherche est d'améliorer les pratiques d'aide des professionnels de la santé auprès des parents. Il s'agit de créer, planifier et évaluer le processus, les effets et impacts d'un programme de formation, sur le soutien des habiletés parentales dans un contexte d'incidents stressants comme les pleurs lors de la transition à la naissance, pour les professionnels. Le contexte, soit le développement d'un programme de promotion de la santé autour d'une intervention, se prête à une approche d'évaluation participative de formes variées développées par Fetterman selon le concept du pouvoir d'agir (empowerment), cadre théorique de la recherche. Cette approche, encore peu documentée au niveau francophone, augmente la probabilité des futurs résultats pour le programme en augmentant la capacité de parties prenantes du programme pour planifier, implémenter avec méthode et évaluer leurs propres programmes (Fetterman & Wandersman, 2005; Pluye et al., 2009). La Charte d'Ottawa (OMS, 1986) indique que le processus d'évaluation expérimentale comprenant des études randomisées contrôlées se révèle peu pertinent quant à la nature holistique d'interventions de prévention en promotion de la santé et au coût trop conséquent (Evans, Hall, Jones, & Neiman, 2007; Rootman et al., 2001). La recherche interventionnelle se définit comme le recours à des méthodes scientifiques permettant de produire des connaissances sur les interventions, sous forme de programmes, dans le secteur ou non de la santé et qui pourraient avoir une incidence sur la santé des populations en termes de facteurs de risque et de déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé (Hawe & Potvin, 2009). L'intervention en santé repose sur un système d'acteurs impliqués, et son efficacité dépend de la transformation du système permettant le changement, facteurs extérieurs d'influence. Le système ouvert

est « apprenant », car il évolue par les connaissances et les pratiques qui l'enrichissent. Les modifications et apports permettent une amélioration de l'intervention. Le chercheur doit accepter la collaboration et la participation réelles des acteurs de terrain, les seuls susceptibles d'agir sur les mécanismes permettant des effets positifs potentiels sur les déterminants de la santé de la population en réponse aux besoins des intervenants (Pawson, Greenhalgh, Harvey, & Walshe, 2005). Cette méthode offre des avantages supérieurs à la recherche en méthode unique en répondant à la question de recherche à laquelle une méthode seule ne peut pas répondre, fournissant une diversité plus grande de points de vue. En effet, l'intervention familiale, phénomène socialement construit, porte sur des objets complexes, difficiles à cerner, peu représentatifs d'une seule étude quantitative. Une limite est représentée par le nombre restreint de participants. Une seule étude qualitative semble peu pertinente avec des résultats insuffisamment fiables et souvent non généralisables en raison de la difficulté à collecter des données qualitatives provenant de sources différentes. Les méthodes mixtes, définies comme telles dans la période du pragmatisme entre 1990 et 2014, offrent une image plus complète du phénomène de l'intervention qu'une méthode unique, que ce soit une méthode quantitative ou qualitative par la combinaison rigoureuse des méthodes qualitatives et quantitatives sur l'ensemble ou partie du processus de recherche (Creswell & Plano Clark, 2011; Greene, 2006; Johnson, Onwuegbuzie, & Turner, 2007; Tashakkori & Teddlie, 2011). Les forces des deux méthodes sont mutualisées en post-intervention et permettent l'intégration de plusieurs perspectives. Cela représente un atout pour étudier des interventions et programmes interdisciplinaires en santé publique. La partie qualitative permet la

compréhension détaillée du développement de programmes complexes et fournit des résultats empiriques explicitant le fonctionnement des interventions dans certains contextes (Patton, 2005). L'engagement dans des processus de développement de nouvelles perspectives théoriques d'interventions de soins participatives et écosystémiques est facilité par ces méthodes. Les défis de la méthode se situent autour de contraintes temporelles par un travail accru pour rassembler, analyser et valider les données quantitatives et qualitatives recueillies conjointement. Cette recherche interventionnelle est novatrice dans la démarche, car elle investit plutôt une science des solutions (Hawe & Potvin, 2009). Certains critères de qualité sont spécifiques et concernent la qualité de la planification, du protocole, des données, la rigueur de l'interprétation et le fait de généraliser à d'autres contextes. La qualité de la restitution du travail, la possibilité d'extraire une synthèse des résultats et l'utilité sont également des critères essentiels (O'Cathain, Murphy, & Nicholl, 2007). La combinaison des méthodes se traduit par une intégration des approches méthodologiques, des protocoles et des données et (ou) des résultats. La présente recherche interventionnelle de devis mixte non expérimental, séquentiel explicatif veut rendre compte des différentes facettes de l'expérience de développement du programme utile à l'intervention familiale avec une analyse de l'expérience réalisée pour mettre en évidence des recommandations (Figure 9).

La nature des données se rapportant à l'expérience et aux représentations ou croyances, le contact avec le terrain de recherche et le caractère itératif du processus de recherche est spécifique du devis de recherche qualitative. Cette perspective permet de

mieux ancrer et d'enrichir l'expérience de recherche-développement (Deslauriers & Kérisit, 1997).

Le devis de recherche par les méthodes mixtes est présenté sur la figure 9. Il s'agit par ces méthodes d'évaluer l'impact d'un programme de formation réflexive sur les pratiques d'aide des professionnels et de comprendre et analyser ce programme.

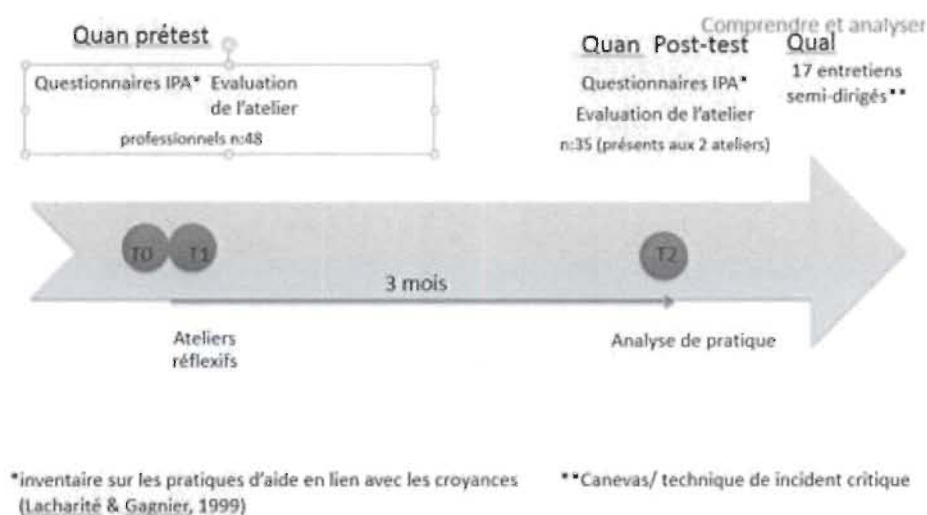


Figure 9. *Devis de recherche par les méthodes mixtes : séquentiel explicatif*

Participants

L'ensemble des sujets inclus est sélectionné à partir d'une cohorte de professionnels de santé francophones. Le choix de cette cohorte permet de limiter le coût et d'assurer la faisabilité de l'étude. Le nombre initial de participants est de 48. Seules les personnes ayant participé aux deux ateliers réflexifs et ayant complété les questionnaires sont

comptabilisées pour l'étude, soit 35 participants, la présente recherche étant définie comme collaborative. Les 35 participants sont francophones, majoritairement français et plusieurs nationalités sont représentées (voir Tableau 2). La population féminine est surreprésentée avec seulement deux hommes dans l'échantillon. Tous sont des professionnels de santé, de profession infirmière (14), infirmière spécialisée de la petite enfance (15), médecin (1), sages-femmes (5). L'expérience professionnelle moyenne des participants est de 17 ans. La pratique s'effectue dans un contexte hospitalier, dans les services de maternité, d'urgences pédiatriques, service de bébés ou unité de développement et dans un contexte de santé communautaire, de consultations ou de visites de santé à la fois en France (Vendée) et en Suisse (Genève).

Dix-sept (17) entretiens sont conduits sur le plan qualitatif auprès de 15 infirmières, dont 10 spécialisées en petite enfance avec une pratique hospitalière ou communautaire (5), et 2 sages-femmes hospitalières. Le devis mixte s'appuie davantage sur une recherche qualitative d'intervention.

Critères de sélection

Les critères d'inclusion sont de recruter des professionnels de santé francophones au contact de parents d'enfants de 0 à 12 mois dans des milieux hospitalier ou extrahospitalier. Les critères d'exclusion concernent une autre langue que le français et une expérience professionnelle inférieure à trois ans.

Tableau 4

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Caractéristiques de l'échantillon (N = 35)	n (%)	Min	Max	Moyenne
Sexe	2 (5,7)			
Age		25	58	
Nationalité				
Française	30 (85,7)			
Belge	1 (2,8)			
Suisse	3 (8,6)			
Brésilienne	1 (2,8)			
Expérience		3	32	17,5
Profession				
Sages-femmes	5 (14,2)			
Infirmières	14 (40)			
Infirmières spécialisées puéricultrices	15 (42,85)			
Médecin généraliste	1 (2,86)			
Secteur d'activités				
Maternité	4 (11,4)			
Urgences pédiatrique	3 (8,6)			
Unité néonatale développementale	3 (8,6)			
Bébé	3 (8,6)			
Santé communautaire	22 (62,85)			

Recrutement

Les modalités de recrutement se sont faites principalement auprès de la direction de la famille du département de la Vendée en France. Une présentation du programme de formation sur le soutien des habiletés parentales en contexte de pleurs des nourrissons a été effectuée au préalable aux dirigeants du service de protection maternelle et infantile. Les participants, issus de circonscriptions différentes pour une hétérogénéité des groupes, ont été répartis aléatoirement dans les groupes par les directions. Les participants venant de contextes différents, notamment hospitalier, ont été recrutés sur les terrains. La recherche est d'abord présentée aux participants par l'intermédiaire d'une lettre d'information puis en début de formation.

Bénéfices

Les participants ont l'avantage de participer à un projet de recherche et contribuent à l'avancée des meilleures pratiques des soins en périnatalité. Leur participation permet une reconnaissance et une valorisation de leur expérience professionnelle.

Consentement et confidentialité

Les critères de consentement et de confidentialité sont présentés, notamment l'information, la participation et les critères éthiques selon l'aval du comité d'éthique.

Information sur la recherche

Les participants reçoivent une information sur la recherche. Ils signent un formulaire de consentement (voir Appendice B) qui reprend les objectifs de recherche et les modalités de participation (liberté, anonymat) permettant de garantir la confidentialité. Une copie du formulaire de consentement peut être gardée.

Participation volontaire et droits

Les participants, en signant le formulaire de consentement, reconnaissent que leur participation à cette recherche est tout à fait volontaire et qu'ils sont libres d'accepter d'y participer. La recherche est expliquée verbalement. Les questions éventuelles trouvent réponse. Un temps nécessaire est laissé pour prendre une décision. Les participants sont libres de ne pas répondre aux questions pouvant les mettre mal à l'aise. Ils sont libres de retirer leur consentement et de cesser de participer à cette recherche en tout temps.

Éthique

La présente recherche a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois Rivières après complément concernant la mention des objectifs de la recherche dans la lettre d'information aux participants, le détail du contenu du programme

et la méthode d'évaluation. Le certificat portant le numéro CER-15-212-07.18 (voir Appendice B) a été reconduit jusqu'en juin 2018.

Confidentialité

Les informations recueillies dans le cadre de cette recherche demeurent confidentielles. Le chercheur s'engage à respecter la confidentialité des données. Un numéro substitué au nom des participants permet de garantir l'anonymat. Les données sont traitées pour l'ensemble du groupe de participants et non de manière individuelle. Les transcriptions sont rendues anonymes. En cas de retrait de l'étude, possible à tout moment par courriel, le matériel sera détruit. Les données sont conservées cinq ans sur support papier et électronique sous clés avec un accès réservé puis détruites manuellement et électroniquement.

Les variables et les hypothèses étudiées

Les variables étudiées sont les variables suivantes : la formation réflexive autour des besoins, défis des familles face aux pleurs et le SBS et facteurs protecteurs, les croyances des professionnels envers les habiletés parentales et les pratiques d'aide auprès des familles.

La variable dépendante est la variable « pratique d'aide ». La variable indépendante est la variable « formation réflexive ». Les variables intermédiaires sont la variable « croyance envers les habiletés parentales » et la variable cognitive.

Plusieurs hypothèses sont testées. La première hypothèse formulée est que la formation réflexive permet de modifier l'orientation des pratiques d'aide :

- H0 : La formation réflexive ne permet pas de modifier la pratique d'aide
- H1 : La formation réflexive permet de modifier la pratique d'aide

Les différents types de pratique sont testés séparément : guidance directe, expertise, pouvoir d'agir et autosuffisance.

L'hypothèse suivante peut être formulée, soit la croyance sur les habiletés parentales influence l'orientation de pratique d'aide :

- H0 : La perception des habiletés parentales ne peut pas influencer la pratique.
- H1 : La perception des habiletés parentales peut influencer la pratique.

Une autre hypothèse est que la croyance sur les habiletés parentales peut être ébranlée par la formation :

- H0 : La formation ne peut pas influencer la croyance
- H1 : La formation influence la croyance

La collecte des données

La collecte des données s'est effectuée en plusieurs phases, de 2014 à 2017. Trois phases ont donc été nécessaires. La première phase de collecte de données consiste à recueillir des données avec un échantillon de participants provenant d'un même milieu.

La collecte est ciblée au domaine de la santé communautaire. Le projet a été soumis à la direction enfance famille du conseil départemental de la Vendée en France. La proposition du développement de la recherche sur ce terrain particulièrement provient d'un médecin de l'institution sensibilisé à l'objet de recherche autour des pleurs avec une ouverture sur l'axe du soutien des habiletés parentales. Des groupes ont été constitués de manière aléatoire par la direction selon les disponibilités et l'engagement volontaire. Une deuxième phase a permis de collecter des données dans un contexte de travail communautaire assez similaire dans un autre lieu géographique au niveau du grand Genève. Une troisième phase, rendue possible grâce à la réflexion suscitée lors d'une intervention demandée par un terrain de pratique pour des nouveaux collaborateurs, a permis de recueillir des données dans un contexte hospitalier. Les données ont été récoltées auprès d'un groupe d'intervenants accompagnant les familles en maternité et d'un autre groupe constitué de professionnels rencontrant des bébés et des familles dans divers services tels que l'unité des bébés, l'unité de développement, la néonatalogie et les urgences pédiatriques. Le recours à plusieurs études de contextes permet d'offrir des résultats plus convaincants que l'étude d'un seul milieu, car si « un résultat se vérifie dans un contexte et, [selon] son profil, se vérifie également dans un contexte comparable [...], le résultat est plus robuste » (Huberman & Miles, 2003, p. 62). L'examen de plusieurs cas renforce la validité des résultats et permet de reproduire de manière potentielle les mêmes résultats dans des contextes différents. Cette collecte de données s'apparente à une prise de notes relevant d'une démarche ethnographique et peut permettre de vérifier la saturation des données lors de l'analyse.

Les instruments de collecte des données

Le choix des instruments de collecte des données s'est fait dans l'objectif d'explorer la signification que les professionnels donnent à la démarche d'accompagnement des familles. Cela passe par les discours des professionnels. La perspective interprétative teinte le choix des outils de collecte de données. Pour comprendre le thème de l'étude, le point de vue des acteurs concernés semble une étape essentielle. Les professionnels de santé interviennent avec les familles sur le terrain et sont en interaction avec une réalité, la leur, à laquelle ils donnent une signification. Le travail de recherche essaye de recueillir et d'analyser la signification donnée par les participants en s'intéressant notamment aux croyances. La posture épistémologique et la manière d'appréhender la thématique de recherche de manière participative induisent des démarches de collecte de données pour permettre aux acteurs de terrain de partager leurs expériences, leur point de vue selon le sens donné. Ce partage est riche et nécessite une exploration et une écoute attentive. Au fur et à mesure de l'analyse, des allers et retours au monde empirique se font pour valider et enrichir les analyses de nouveaux questionnements et angles de vision.

Celle-ci s'effectue principalement à l'aide de questionnaires auto administrés ou administrés par le chercheur lors de l'intervention et des entretiens semi-directifs. L'entrevue de recherche qualitative permet d'avoir accès à leurs perspectives. D'autres données pertinentes, issues des discours des professionnels de santé en lien avec les éléments associés à l'objet de recherche et retranscrits sur le journal de bord, ont également été prises en considération. Le journal de bord du chercheur se révèle un outil

central de l'étape de développement. Elle permet d'adopter une pratique réflexive et de consigner les résultats de la démarche réflexive du concepteur et des acteurs engagés dans l'expérience de développement. Cette collecte de données s'apparente à une prise de notes relevant d'une démarche ethnographique en lien avec l'observation et l'immersion dans un groupe (Laperrière, 2003). Le respect des règles d'éthique et l'information claire sur l'utilisation du contenu des discussions permettent d'avoir une position continue de collecte de données et de recherche. L'observation directe et la prise de notes sont des moyens de récolte des données qui permettent de compléter les données des questionnaires et des entretiens semi-dirigés effectués après l'intervention avec plusieurs participants. La démarche multiple de recueil des données permet la triangulation et garantit la validité des résultats (Pourtois & Desmet, 1988). Les informations obtenues avec un groupe font l'objet d'une vérification avec les autres groupes. On superpose et combine diverses techniques pour recueillir les données pour compenser le biais inhérent à chacune d'entre elles. La stratégie permet également de vérifier les résultats produits quant à leur justesse ou stabilité (Mucchielli, 2009).

L'Échelle (questionnaire) d'inventaire sur les orientations des pratiques d'aide envers les familles et les parents

Cette échelle validée par Lacharité et Gagnier en 1999 est proposée aux intervenants pour mieux connaître leur perception et leur pratique. Le questionnaire a été testé préalablement par la méthode d'entretien cognitif sur une population de 25 infirmiers pour vérifier la compréhension des items. Les propriétés psychométriques de l'échelle sont bonnes pour l'ensemble du questionnaire. Au niveau fidélité, selon de Montigny et

Lacharité (2002, 2008), l'échelle totale obtient un alpha de Cronbach de 0,86 pour la consistance interne. L'alpha de chaque sous-échelle est de 0,88 pour l'échelle d'expertise regroupant huit items, et de 0,69 pour l'échelle d'habilitation regroupant également huit items. Elle permet de mesurer la contribution des facteurs du contexte dans la production des problèmes et soutien du pouvoir d'agir des parents face à ces facteurs (croyances) que le praticien privilégie dans sa pratique professionnelle. Le temps requis pour la passation du questionnaire auto administré est de 45 minutes. Il comprend 32 items. Le participant indique son choix de réponse sur une échelle de Likert cotée de 1 à 5. Les chiffres se déclinent selon la norme suivante : *Tout à fait à ce que je pense* (5); *Moyennement ce que je pense* (4); *Plus ou moins à ce que je pense* (3); *Opposé à ce que je pense* (2); *Tout à fait à l'opposé de ce que je pense* (1). Le questionnaire est ensuite codé selon quatre items : expertise, guidance directe, autosuffisance et habilitation (empowerment). Plus le résultat est élevé pour chaque catégorie, plus cela correspond à un modèle d'aide. Les croyances des intervenants ont également été explorées lors des ateliers réflexifs à l'aide de questions ouvertes sur les parents, les pleurs et la collaboration.

Un questionnaire comprenant un volet sociodémographique

Ce questionnaire permet d'avoir une photographie des participants, incluant la sensibilité autour des pleurs.

Un canevas d'analyse de l'intervention auprès des parents est construit pour que l'intervenant puisse évaluer l'intervention réalisée à l'aide de l'outil.

Un entretien semi-directif individuel

Le but de l'entretien est de compléter les données issues des questionnaires et du journal de bord et de recueillir l'expérience des participants sur le programme et son développement.

Les entretiens avec les professionnels après consentement sont conduits majoritairement par le chercheur. Quelques entretiens ont été menés par une assistante de recherche. Elle a préalablement été entraînée à l'entretien et n'a pas eu de contact préalable avec les professionnels. La durée prévue pour l'entrevue s'élève à 45 minutes.

Le canevas d'entretien est construit autour des thèmes à explorer déterminés grâce à la recension des écrits (voir Appendice C) et autour de la technique de l'incident critique largement utilisée pour étudier la pratique des infirmières et des médecins. L'utilisation de l'approche de l'incident critique permet d'obtenir autant de détails qu'il en est possible sur l'expérience des professionnels pour avoir une image de leur utilisation de l'approche familiale participative. Des questions semi-ouvertes permettent aux professionnels de décrire leur intervention familiale et d'explorer comment le programme de formation impacte leur pratique des soins aux familles.

Le traitement et l'analyse des données

L'analyse du processus de développement du programme inclut la conception, la réalisation et les phases d'essai, en tenant compte des données recueillies à chacune des phases de la démarche de recherche et des données scientifiques.

Les données quantitatives ont d'abord été consignées dans un fichier Microsoft Excel©. Un double sur support papier a été gardé par le chercheur. L'analyse statistique a été effectuée en double contrôle à l'aide du logiciel SPSS (*Statistical Package for Social Science*) version 22. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les variables issues de l'échantillon démographique et du contexte. L'aspect quantitatif fait l'objet d'une analyse non paramétrique en lien avec un échantillon réduit de participants. Un *t*-test apparié a été utilisé pour comparer les scores des professionnels du questionnaire d'orientation des pratiques d'aide avant et après l'implémentation de l'approche systémique participative dans la pratique.

Les paramètres d'analyse sont principalement qualitatifs dans ce devis mixte. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits littéralement par le chercheur ou une assistante. Ils sont analysés selon la méthode d'analyse inductive par catégories conceptuelles et thématiques. Il ne s'agit pas seulement de synthétiser les entretiens ou de faire une analyse de contenu, mais de rechercher le sens inscrit dans chaque verbatim (Paillé & Mucchielli, 2012). Ces auteurs définissent la catégorie comme l'expression d'une lecture du réel qui peut se modifier autant que le phénomène le permet. L'analyse peut s'appuyer sur la parole des participants au travers des récits phénoménologiques qui permettent la prise de recul.

Un premier travail de lecture et relecture par les deux personnes séparément a permis une première analyse des phénomènes perçus. Une liste des phénomènes a été regroupée sur une carte heuristique en utilisant un logiciel. Les catégories ont subi des évolutions d'intitulés et de regroupement au fur et à mesure des entretiens. Les verbatims ont été mis en lien avec les catégories. La lecture approfondie a permis de déterminer des sous-catégories représentées sur la carte initiale. Les catégories ont été mises en parallèle avec les besoins des familles et les pratiques professionnelles présentés dans les deux premiers chapitres selon une méthode inductive. Les résultats de recherche, fondés sur l'observation systématique et l'adéquation des analyses avec les observations, permettent de respecter les exigences scientifiques. Les mots proviennent des participants et les concepts appartiennent à des perspectives théoriques. Les données empiriques sont analysées en continu en les reliant à des catégories créées par le chercheur. En même temps, des énoncés théoriques émergent et permettent de juger de l'adéquation entre leurs ébauches théoriques et les données empiriques (Glaser, 2001; Laperrière, 2003). Infirmer les ébauches théoriques permet de réajuster en les modifiant ou en trouvant d'autres concepts théoriques plus adéquats (Strauss, 1987). Une structure est progressivement imposée aux données, à partir d'allers-retours entre les perspectives théoriques du chercheur et les observations empiriques jusqu'à saturation des données (Guillemette & Luckerhoff, 2012; Laperrière, 2003).

Synthèse

Ce chapitre a permis de présenter et d'argumenter la méthode pour permettre de répondre de manière théorique et plausible à la question de recherche. Le choix d'utiliser des méthodes mixtes avec un volet quantitatif et qualitatif permet de recueillir la perception des acteurs et de mieux comprendre le processus. La reconnaissance de l'importance de l'implication de tous les acteurs selon une philosophie pragmatiste dans des recherches collaboratives fait évoluer l'articulation entre recherche, décision et action pour une meilleure opérationnalisation (Cajaiba & Avenier, 2013; Lavergne & Mondémé, 2008). Les données recueillies permettent de faire émerger la théorie au service de la pratique.

Chapitre 5

Résultats

Cette section résume les résultats du programme. Ils sont présentés selon deux parties, une partie issue de l'analyse quantitative des questionnaires et une autre qui combine la première analyse à l'analyse qualitative des entretiens. L'observation effectuée lors des ateliers réflexifs a été incluse. Le choix de la présentation des résultats a été pris pour favoriser l'adéquation des analyses avec la direction donnée par les données émergentes.

Des pratiques d'aide qui évoluent

Les participants ont entendu parler des pleurs et du SBS, mais la majorité d'entre eux ont des connaissances partielles. Le type de pratique des participants est analysé.

À partir du questionnaire d'orientation de pratiques d'aide, quatre variables (le pouvoir d'agir des parents, l'expertise du soignant, la guidance directive et l'autosuffisance), regroupant chacune huit items du questionnaire, sont mesurées (voir Figure 10). Les variables ont été mesurées avant la formation. Les orientations les plus représentées sont l'orientation « pouvoir d'agir » et l'orientation « expertise » pour respectivement 68,16 % et 64,4 % des participants. L'orientation « guidance directe » est de 58,05 % et 35,41 % des participants ont une orientation vers « l'autosuffisance des personnes » (voir Tableau 5).

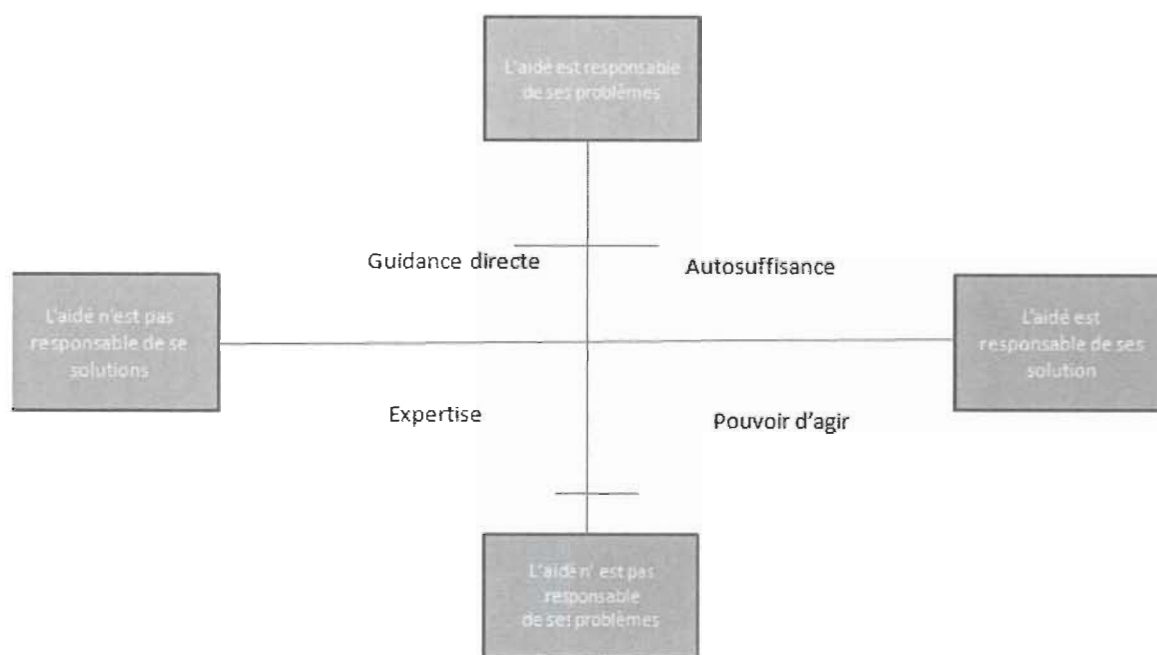


Figure 10. Modèle d'alliance entre aidants et aidé de Brickman et al. (1982).

Tableau 5

Comparaison des perceptions des pratiques d'aide et des connaissances sur le SBS

t-test	Variabes (N = 35)	Pourcentage	Moyenne
	Habilitation		
	Avant	68,16	4,24
	Après	74,31	4,07
	Expertise (3-5)		*
	Avant	64,40	2,99
	Après	60,07	2,67
	Guidance (3-5)		*
	Avant	58,05	2,01
	Après	53,81	2,68
	Autosuffisance (3-5)		
	Avant	35,41	2,91
	Après	32,78	2,90

Tableau 5

Comparaison des perceptions des pratiques d'aide et connaissances sur le SBS (suite)

t-test	Variables (N = 35)	Pourcentage	Moyenne
	Habileté parentale		
	Avant	45,70	4,68
	Après	55,80	4,70
	Réciprocité de l'aide		*
	Avant	47,06	3,36
	Après	81,80	4,18
	Utilisation des réseaux naturels		*
	Avant	45,40	3,39
	Après	81,80	4,18
	Adhésion aux principes d'empowerment		
	Avant	82,20	4,24
	Après	100,00	4,28
	Soutien spontané		*
	Avant	36,30	3,27
	Après	62,5	4,09
	Conseils normatifs à suivre		*
	Avant	74,29	3,29
	Après	93,93	2,77
	Connaissances sur le SBS		*
	Avant	43,00	
	Après	88,00	

Note. * Correspond à p -value, $p < 0,05$

Les réponses au questionnaire distribué en amont de la formation ont été comparées à celles recueillies après afin de vérifier les hypothèses de recherche. Les résultats indiquent une légère modification de la variable « pouvoir d'agir » avant et après la formation avec 68,16 % des répondants ayant cette orientation avant et 74,31 % après, sans signification statistique. Concernant la pratique professionnelle de type « expert » concernant plus de la moitié des participants, elle recule de 4,4 % après la formation avec

une signification statistique. La « guidance directive » diminue également pour 4,2 % participants ainsi que « l'autosuffisance » pour 2,63%, mais seul le résultat de la guidance est significatif. L'hypothèse nulle est acceptée ($p > 0,05$), la formation réflexive ne permet pas de modifier l'orientation des pratiques d'aide de manière significative en ce qui concerne la pratique « habilitation » mais est rejetée pour la pratique « expert », en effet la formation réflexive diminue la pratique de type « expert ».

Les parents sont plutôt perçus comme non responsables des problèmes et plus ou moins responsables des solutions. Les résultats se déplacent un peu vers la responsabilité des solutions après l'intervention. Les participants peuvent avoir une pratique plutôt participative en ayant quelques traits de pratique « expert ».

Une variable « croyance des habiletés parentales » a été créée à partir d'un des items afin de préciser la perception des participants : 47,06 % des personnes ont une croyance positive ou facilitante avant et 55,8 % après, sans signification statistique, $p > 0,05$ (0,551). Le changement est attribuable au hasard. La croyance sur les habiletés parentales peut influencer l'orientation de pratique d'aide. Elle peut être une variable intermédiaire sur la pratique d'aide. Cette variable, croisée avec la variable « expert » permet d'observer une corrélation faible avec une perception négative des habiletés parentales, et cela, avant et après la formation réflexive. Un des items concerne spécifiquement le soutien de valorisation. La perception de ce type de soutien a subi une légère modification. Soixante-dix-neuf pourcent (79 %) des participants pensent qu'il est important de reconnaître les

réussites et les capacités des parents et 85,7 % après. Cette vision de la valorisation est à mettre en parallèle avec la variable « soutien des habiletés parentales ». Quelques personnes ont modifié positivement leur perception.

L'adhésion aux principes d'aide de Dunst, efficaces dans la relation parent-professionnel (voir Chapitre 2), est également mesurée pour trois groupes de participants pour spécifier certains points. Les participants adhèrent très majoritairement à l'ensemble des principes avant et après la formation sans précision pour chacun des principes ni signification statistique. Deux participants (18,18 %) n'adhéraient pas à l'ensemble des principes avant, mais y adhéraient après. Les données ont alors été traitées par question. Le fait d'adopter une attitude positive et invitante envers le parent semble partagé par tous pour un soutien plus efficace. Lors des premiers ateliers réflexifs, ce principe a été discuté par certains participants. Pour un soutien efficace, l'intervenant permet que le processus de décision soit clairement contrôlé par le parent. Le fait de susciter un sentiment de coopération et de responsabilité partagée (collaboration) pour satisfaire un besoin ou résoudre un problème est susceptible de promouvoir un fonctionnement positif. Le parent ne doit pas avoir l'impression d'être anormal. Le soutien a plus de chance d'être bénéfique si la personne aidée est encouragée à acquérir des habiletés ou stratégies permettant de réduire le besoin d'aide futur. Le fait qu'elle puisse se percevoir elle-même comme responsable des changements est également accepté par tous.

Trois principes obtiennent une adhésion modérée par seulement 39,4 % participants et plus de 75,76 % d'adhésion après. Le résultat est significatif ($p < 0,05$) : le soutien est reçu favorablement si l'intervenant offre du soutien spontanément sans attendre une demande, le parent a la possibilité de retourner la pareille et l'intervenant l'approuve clairement et le professionnel encourage l'utilisation des réseaux naturels de soutien sans les remplacer ni ne les suppléer par un réseau d'aide professionnel. Le soutien spontané est faiblement perçu par 36,3 % des participants contre 63,6 % après formation. Les professionnels ont une perception de la réciprocité de l'aide à 45,4 % avant la formation et le double après (81,8 %). L'utilité des réseaux obtient des résultats identiques.

Le questionnaire comporte également des questions concernant le syndrome du bébé secoué (SBS) que les professionnels doivent prévenir. Tous les participants en ont entendu parler via leur milieu professionnel. La question sur le risque d'induire des lésions en jouant est majoritairement positive avec quelques personnes perplexes. La question : « Est-ce que tout le monde peut secouer un bébé? » obtient une réponse positive. Les personnes comprennent dans cette question que cela peut toucher toutes les catégories de personnes et que nous pouvons tous avoir envie de secouer un bébé. La question : « Le geste est-il associé à de la maltraitance? » entraîne une réponse majoritairement négative, certaines personnes ne savent pas. La question sur la répétition du geste entraîne des réponses diverses comme celle sur le risque que les enfants gardent majoritairement des séquelles. Les questions sur l'infraction pénale ou non et sur l'obtention ou non d'une indemnité est difficile pour les participants. Les recommandations en matière de

secouement sont peu connues. Environ un quart de l'échantillon les connaît. Les connaissances sur le SBS et les pleurs ont augmenté entre le début et la fin de la formation pour tous les participants.

La combinaison des données qualitatives et quantitatives

L'analyse qualitative des entretiens semi-directifs est utilisée pour compléter l'analyse quantitative afin de mieux comprendre le processus du programme de formation. Au niveau quantitatif, on constate une augmentation de la pratique participative et une diminution de la pratique paternaliste. La formation réflexive a un impact sur la pratique. La question de recherche est la suivante : Comment une formation réflexive participative des professionnels de santé peut-elle permettre le développement de pratiques d'aide soutenant le pouvoir d'agir des familles dans un contexte de pleurs ?

Les résultats quantitatifs demandent donc à être précisés à l'aide des entretiens. Les personnes ayant participé à ceux-ci parlent assez volontiers de leur pratique après la formation et des changements constatés. Quatre thèmes principaux émergent des entretiens. Les compétences relationnelles, participatives et réflexives des professionnels et le processus de développement des compétences autour du pouvoir d'agir sont présentés. Les éléments facilitant l'accompagnement des familles sont ressortis. Plusieurs verbatims sont présentés pour rester au plus près des parties prenantes.

Développement des compétences autour du pouvoir d'agir des familles

L'orientation de pratique professionnelle de type « expert réseau d'aide professionnel » est importante avant l'intervention. Lors des entretiens, une sage-femme évoque sa pratique d'avant la formation en mentionnant « ... *un rôle plus d'expert à patient... je ne voyais peut-être pas assez cet esprit de collaboration avec la famille* ». La pratique antérieure est définie comme davantage centrée sur l'enfant en lien avec une spécialisation de puéricultrice. La moins bonne connaissance des familles est mentionnée, notamment en ce qui concerne la prévention en néonatalogie en association avec un accompagnement jugé moindre : « *Donc forcément, on pouvait moins bien les accompagner* ». La pratique relevait de l'écoute empathique « *naturelle en tant qu'infirmière, mais cela n'allait pas plus loin* ». Le père n'est pas systématiquement rencontré et n'est pas impliqué autant que la mère. Une des infirmières spécialisées mentionne une sensibilisation à la théorie McGill utilisée par les étudiants en formation initiale et une utilisation du Génogramme dans les services de pratique. Trois infirmières spécialisées de l'échantillon total, au bénéfice d'une formation courte systémique, connaissent celui-ci. L'approche, utilisée dans certaines situations de vulnérabilité sociale, questionne certains participants lors du premier atelier réflexif par exemple dans des visites à domicile postpartum.

Les résultats obtenus au questionnaire en amont de l'intervention indiquent que l'approche reste assez traditionnelle avec une certaine sensibilité au « pouvoir d'agir ». Les principes de Dunst présentés dans le chapitre théorique ont servi de support à la

formation réflexive (voir Chapitre 2). La réciprocité de l'aide est une des thématiques qui a suscité beaucoup de questionnements lors des ateliers réflexifs pour tous les groupes, notamment sur la forme prise par les remerciements des familles mais aussi les remerciements prodigués aux familles. L'intervention permet de changer la perception.

La qualité de l'accompagnement des familles avant la formation est jugée peu satisfaisante pour la majorité des professionnels interviewés. Certains professionnels ne s'estimaient pas suffisamment compétents sur la thématique des pleurs et du bébé secoué et n'en parlaient pas. La satisfaction et le sentiment de compétence des professionnels à l'égard d'une intervention préventive soutenant les habiletés parentales autour des pleurs ont évolué positivement depuis le début de la formation pour tous les participants aux entretiens. Sur une échelle de 0 à 10, il est évalué de 3,5 en moyenne avant la formation.

« Je pensais les accompagner dans leurs habiletés parentales mais en fait, je ne valorisais pas assez leurs propres ressources...Je pouvais prendre prétexte d'un moment de découragement et d'appel à l'aide pour proposer l'intervention de la travailleuse familiale sans prendre le temps de vérifier si la mère, le plus souvent, avait pensé elle-même à ce dont elle aurait eu le plus besoin...et vérifier les ressources auxquelles elle voulait plutôt faire appel ».
(Nancy)⁵

Les ateliers réflexifs ont permis une évolution de l'accompagnement auprès des familles et de « *comprendre certaines ruptures avec les familles* » (Aude). Le sentiment de compétence a augmenté à 8 sur 10 en moyenne après la formation. Les chiffres de 7 ou 8 sont argumentés comme tels par un participant. « *je suis très contente de la formation*

⁵ Des noms fictifs ont été attribués aux participants dans les extraits d'entretiens.

mais je ne suis pas au point » (Aude). D'autres personnes évaluant à 8 ou 9, mentionnent avoir acquis de l'assurance, de la maîtrise, pour vraiment aborder le sujet. La satisfaction est associée au fait de *« juste laisser ouvert la discussion et de répondre à leurs questions et d'avoir des retours positifs, je trouve cela hyper intéressant. Moi, je continue à valoriser tout ce qu'ils font »* (Anna). L'amélioration de la pratique est recherchée avec *« l'utilisation des outils pour être plus efficace »* et un *« besoin de se familiariser avec la méthode, le Génomogramme, l'Écocard »* (Noémie). Le retour positif des parents contribue au sentiment de compétence : *« Il est vrai qu'au niveau estime de soi-même, c'est toujours positif (les remerciements), je n'attends pas forcément cela, mais il est vrai que cela renforce notre moral »*. Certains participants évaluent leur sentiment de compétence après la formation à 6 et associent ce chiffre à un besoin de renforcer leur pratique en pratiquant davantage pour améliorer l'entretien selon un processus : *« Pour mener un meilleur entretien et être vraiment satisfait, c'est un processus »*. Le projet a permis *« une prise en charge des familles plus complète (E802), une meilleure prise en charge des familles, notamment sur la façon de mener un entretien, pointer les difficultés, trouver des solutions »*. Les connaissances sont acquises au cours de la pratique professionnelle. Pour quelques participants, la majorité des pratiques se font de manière intuitive mais l'accompagnement peut être affiné.

Le retour des familles peut également servir d'indicateur quant aux compétences développées et à l'efficacité du soutien. Les professionnels expriment surtout une perception positive de leur intervention par les parents *« avec souvent un bon retour »*.

Elle se manifeste par des remerciements pour plusieurs participants, des retours verbaux positifs sur la réponse à leurs besoins, leurs inquiétudes, leurs interrogations avant la naissance et l'observation d'une sérénité accrue, voire une détente et davantage de sollicitations. Les remerciements ne sont pas toujours présents même si certains incidents critiques comme une anxiété sont devenus positifs pour les parents. Les parents sont plus sereins, plus détendus, plus apaisés, rassurés, satisfaits d'être mieux préparés, compétents et s'autorisent à demander de l'aide sans être jugés. *« Ils sont plus à l'écoute de bébé par rapport aux pleurs. Au lieu de le laisser pleurer seul dans son berceau et nous appeler, l'avaient pris eux-mêmes, ont essayé de le calmer, rassurer... et après ont appelé ».*

« Le retour est plutôt positif, car la patiente m'a remerciée de l'aide apportée dans la nuit en lien avec les pleurs de son bébé, malgré qu'elle ait géré seule son bébé toute la nuit. Elle s'est peut-être sentie rassurée sur ses compétences maternelles ».
(Line)

« Les parents sont mieux préparés, ils savent que le bébé pleure et que des fois c'est normal de ne pas avoir de moyen de le calmer. Les mères s'imaginaient pas que le bébé pleure autant »
(Paula)

Deux professionnels ont mesuré la perception de la pratique d'aide des parents à l'aide de l'échelle de pratique d'aide version parent auprès de 20 parents (Barbe-Coulon & Dufey-Verga, 2017). Les parents ont tous évalué positivement leur pouvoir d'agir après l'entretien préventif participatif délivré par les professionnels autour des pleurs.

Des compétences relationnelles

Les compétences développées dans la pratique sont en lien avec une posture pour permettre de créer du lien.

Adopter une attitude d'ouverture positive

Les participants perçoivent les attitudes positives envers les pleurs ou les familles démunies et peu confiantes comme aidantes pour permettre leur adaptation. L'ouverture est une valeur qui permet d'éviter de donner des règles directives et qui offre une souplesse pour trouver le côté positif avec les parents. Cette ouverture est mise en parallèle avec l'ouverture du projet qui permet une souplesse dans l'accompagnement des parents dans leur rôle, « *ceci comme avec les parents pour trouver le côté positif* » et pour « *voir les ressources des familles* ». Les participants qualifient l'accompagnement prodigué comme « *surtout soutenir, guider dans leur chemin, rassurer, faire preuve de souplesse* », pour suivre leur façon de faire et s'adapter à eux.

Créer du lien

Les entretiens menés après la formation réflexive mettent en avant des compétences relationnelles comme l'écoute active, la reformulation, la disponibilité, l'empathie, la communication, notamment avec des familles confrontées à « *bébé qui pleure beaucoup* ». Par exemple l'objectif d'un participant est « *d'essayer de mieux entourer les familles, éviter l'isolement, favoriser l'écoute des parents et se rendre disponible* ».

Cette relation de confiance, pour permettre aux parents de livrer leur ressenti, était ressortie lors des ateliers réflexifs.

Le fait de « *montrer sa disponibilité permet de créer des liens et un attachement avec le personnel, en général, apprécié* » (Paola).

« Si nous nous rendons disponibles dans des situations de sevrage ou de contexte social, c'est en général ressenti et apprécié par les parents, quand on accorde du temps c'est qu'on accorde de l'importance, après ils se confient ou ils se confient pas, ils nous disent ce qu'ils ont envie de nous dire, mais généralement c'est apprécié qu'on accorde du temps, c'est le gros point. »
(Léa)

Inviter à la rencontre les deux parents

La formalisation de la rencontre programmée et l'invitation des pères sont des changements effectués dans leur pratique par certains participants. Cela peut également se révéler un atout pour susciter la participation et la communication verbale des parents avec des propositions systématiques d'un « *horaire qui convient au père maintenant* ».

« Ce qui a changé c'est qu'on n'hésite pas à fixer un rendez-vous avec les parents. C'est un rendez-vous ou voilà jeudi 10 h par exemple, êtes-vous dispo? C'est vraiment un temps que l'on se donne l'un et l'autre. Alors que quand c'est plus informel, on a peut-être moins le temps, on est pris dans les soins et quand nous sommes disponibles, des fois le parent n'est pas là. Alors que quand on se fixe un rendez-vous, l'échange est plus formel et les parents participent volontiers et nous parlent volontiers, ils se confient. »
(Lou)

Des compétences participatives

Les professionnels peuvent collaborer avec les familles dans divers contextes tout en renforçant leur pouvoir d'agir et en normalisant leurs ressentis.

Collaborer avec les familles

Les ateliers réflexifs ont permis d'explorer la perception des professionnels sur la collaboration avec les familles avant l'apport théorique. La collaboration permet le partage, l'échange, le soutien des parents, la réflexion et la confiance dans les professionnels compétents. Les professionnels perçoivent la collaboration comme un moyen (pour les parents) de réagir de façon appropriée, de prendre confiance et d'être soulagés. Les facilitateurs à la collaboration sont la connaissance du service de santé communautaire, la création du lien de confiance, prendre le temps, l'acceptation du partage de connaissances, la cohérence, la demande d'aide des parents, l'intervention précoce. Un des participants mentionne la mise en valeur des connaissances et les actions déjà mises en place par les parents et leurs ressources. Les risques se situent au niveau de la multitude de solutions et la dépendance professionnelle. Les obstacles perçus par les participants en début d'atelier sont l'absence de confiance, la méfiance, la multiplicité des interventions professionnelles parfois recherchées par les parents avec des discours différents et contradictoires, le refus de l'aide, les professionnels trop centrés sur eux-mêmes et leurs préoccupations, la non-collaboration des parents, le manque de temps, le souhait des parents de réponses efficaces rapidement et la maltraitance. Ce dernier point est un point relevé dans le journal de bord comme un frein à l'utilisation d'une approche participative visant le pouvoir d'agir des parents dans un contexte de vulnérabilité sociale. La collaboration effective avec les parents, du point de vue des participants interviewés après la formation réflexive, consiste à les faire chercher leurs propres solutions les plus adaptées à leur situation familiale. Un partage ou un apport de connaissances peut être

effectué par les professionnels si nécessaire. Il s'agit d'accompagner les parents dans l'expression de leur compréhension des pleurs, de l'impact des pleurs pour eux et de leur ressenti, « *d'essayer qu'ils comprennent seuls et prennent leur propre décision* ». Le soutien a consisté à « *aider à positiver les pleurs, partir des besoins des gens et de l'empowerment* » pour un autre. La collaboration est un travail en commun entre parents et professionnels en partant du vécu des parents, en les écoutant, les soutenant, en prenant en compte leur histoire de vie et en ayant confiance en eux en tant que parents : « *Les parents sont acteurs dans la mise en place de conseils* ». La collaboration avec les familles pour une sage-femme permet de co-construire et d'avoir un objectif commun.

« On trouve des pistes ensemble sur le thème qu'on va aborder, on réfléchit l'un et l'autre comment travailler ensemble et c'est toujours bénéfique pour l'enfant puisque du coup on va dans le même sens, s'ils ont des attentes nous allons faire le maximum pour aller dans ce sens pour y répondre et donc l'enfant va profiter de la relation avec les parents et du lien que l'on pourrait avoir après ».
(Léa)

Renforcer le pouvoir d'agir des parents dans divers contextes sociaux difficiles

Le premier atelier réflexif a permis aux participants d'identifier certains obstacles au devenir parents : la maladie, les carences psychoaffectives, les antécédents de maltraitance, la grossesse non désirée, la déficience intellectuelle, l'absence de création de liens, la parentalité adolescente, les pleurs de l'enfant, les faibles ressources personnelles, les difficultés sociales, l'héritage et l'histoire des parents. Les entretiens post-intervention font ressortir des situations sociales ou une maltraitance chez un des parents comme présentée dans l'extrait suivant :

« C'était une famille avec un troisième enfant, et les deux autres enfants étaient placés. On m'avait demandé d'intervenir dans cette famille pour d'emblée

carrément chercher des arguments pour un placement. Au vu des différentes rencontres que j'ai pu faire, c'est vrai que les parents étaient dans une grande précarité intellectuelle et culturelle. C'était pauvre, mais au final il y avait un minimum de capacité parentale. Ce qui fait qu'au retour de ma visite je n'avais aucun élément pour faire un écrit et demander le placement de cet enfant. Ce que les professionnels ont déploré. Avec cette maman, j'y suis allé beaucoup avec une approche en valorisant ce qu'elle faisait et par mimétisme. J'apportai le baigneur et notamment pour le prendre je lui disais que c'était mieux de faire comme ça que ce que vous faites. C'est une maman qui arrivait à saisir les conseils, conseils simples et un conseil par visite, elle prenait ces conseils par mimétisme. Entre temps, ils ont reçu un courrier de délation en pointant des choses négatives de ce qu'ils vivaient. Mais il n'y avait rien de fondé et rien de vrai. Ils disaient que le papa fumait, mais il fumait toujours sur le balcon. Ils disaient que le ménage était sale. Mais c'était propre, pas super propre mais adapté pour un enfant... des éléments objectifs alors que dans la délation c'était très négatif. J'ai dû changer de secteur après, ce que j'ai su c'est que cet enfant a été hospitalisé, il a eu de la maltraitance suspectée. Cela a rajouté de l'inquiétude, car la crainte de cette maman c'était le placement de son enfant, « je ne veux pas que l'on place mon enfant » elle voulait toujours montrer le mieux qu'elle pouvait faire. C'était sa crainte permanente. Moi j'y allais vraiment en posant des objectifs simples avec elle et le papa. Avant moi, on avait fait un échange avec ma collègue, elle avait été claire en mettant des objectifs, que l'on ne met pas en placement mais s'il y avait des risques, on serait amené à le faire ».

(Cyriel)

Cet extrait d'un entretien avec un participant décrit l'approche participative centrée sur les compétences parentales et souligne le partage des informations avec la famille sur la situation renforçant ainsi son pouvoir d'agir. Le soutien de valorisation est une stratégie pour accompagner des familles en situation sociale ou non. Cela permet de « *donner confiance à tous les parents, sentis souvent démunis par rapport au retour à la maison* ». Les parents ont besoin de prendre confiance en eux d'autant qu'ils ont parfois envers eux-mêmes des attentes élevées. Lors des « *3-4 jours (à la maternité), accentuer sur les points positifs ...peut aider pour la suite, pour qu'ils rentrent déjà plus confiants et sereins* ».

Une approche centrée sur le positif et les compétences est proposée dans une situation de précarité et permet le suivi d'une famille.

« Dans les situations où il y a une grande précarité sociale, intellectuelle. Ou ils sont dans la grande négligence, du coup je fais attention aux éléments, aux capacités positives de la maman et j'essaye de la valoriser, notamment une maman qui venait en consultation, un suivi très lourd avec des carences affectives. Du coup j'ai demandé au médecin de pointer tout ce qui va bien et d'oublier ce qui ne va pas. Du coup cette maman accepte et continue le suivi. Est-ce qu'inconsciemment elle se rend compte que l'on tient compte de ces capacités. Mais il y a toujours du lien. Je pense que, suite à la formation, il faut pointer ce qui est positif et ne pas poser des objectifs trop ambitieux non plus. C'est les fruits de la formation ».
(Cyriel)

Susciter la narration et normaliser le ressenti

Plusieurs participants ont relevé la propension des parents à exprimer leurs ressentis sur les pleurs des nourrissons lors de rencontres parfois informelles « *en parlant librement* ». Les questions systémiques permettent de faire verbaliser et de susciter la narration. Certains parents expriment trouver les pleurs intolérables ou ressentir des émotions comme de la tristesse, de la pitié, un agacement et parfois de la culpabilité, des sentiments négatifs dans un moment sensé être heureux. Plusieurs situations sont relatées et présentées dans les extraits suivants :

« Le fait d'en parler librement, je trouve que les mamans s'autorisent plus facilement à exprimer leurs sentiments négatifs qu'elles peuvent avoir du bébé, Je trouve que c'est tout à fait normal. Elles peuvent dire qu'elles en ont ras le bol d'entendre le bébé pleurer. Elles peuvent me dire qu'elles ont envie de le balancer par la fenêtre et elles savent qu'il ne faut pas le faire. Et elles se libèrent de leurs pensées négatives. Elles verbalisent plus facilement, quand elles ont fait ça et qu'elles peuvent me dire qu'il ne faut pas passer à l'acte. Je me sens plus rassuré ».
(Cyriel)

Les sentiments négatifs avec parfois des pensées de passage à l'acte sont normalisés par les professionnels. La verbalisation des pensées négatives permet aux parents de verbaliser l'attitude inadaptée du passage à l'acte.

« Une situation où une maman n'en pouvait plus elle n'avait pas de soutien de la part de son compagnon non plus. Du coup j'étais inquiet et j'ai proposé des rencontres assez rapprochées. Des moments où on abordait tout cela et qui réellement, pas dans le passage à l'acte, mais qui le frôlait. On a mis en place un suivi plus régulier. C'est une maman déjà suivie par les collègues, quand je lui ai posé la question carrément, elle s'est effondrée et a parlé... Le fait d'en parler l'avait libérée... Je pense que le fait d'en parler comme ça, ça démystifie quelque chose chez les mamans, elles se sentent plus à l'aise après. »
(Cyriel)

L'inquiétude entraîne parfois des émotions telles que la peur et même la colère des parents qui peuvent se diriger vers les professionnels.

« L'inquiétude des parents, cela est désagréable. Ou quand les parents sont en colère ou fâchés et donc agressifs envers nous, cela peut arriver. Souvent, c'est un manque de communication, ce n'est pas toujours facile à gérer. On va leur expliquer les soins que l'on fait, nous allons essayer de savoir pourquoi ils sont énervés, la plupart du temps on arrive à faire baisser la tension. Il faut de la disponibilité, de l'écoute et ne pas monter dans les tours avec eux, ce n'est pas toujours évident face au manque de temps et de disponibilité que l'on peut avoir. »
(Paula)

Les professionnels reconnaissent les émotions des parents attribuées à l'anxiété même lorsqu'eux-mêmes peuvent être affectés. Ils utilisent la communication pour comprendre les raisons. Celle-ci a souvent pour effet de diminuer l'émotion et d'augmenter des capacités d'écoute et de disponibilité plutôt que de continuer le cycle de la violence.

Les parents peuvent narrer des éléments de leur histoire personnelle. La relation avec les familles peut être influencée par le genre. Certains pères peuvent se confier plus facilement à un élément masculin comme l'ont relaté quelques professionnels.

« C'était un jeune papa, son premier enfant et pour lequel l'arrivée de cet enfant avait réveillé tout son passé et comme j'étais un élément masculin, il s'est autorisé à révéler son passé qui était douloureux, il avait subi des attouchements sexuels. Il a pu me dire que si je n'étais pas un homme il ne se serait jamais autorisé à m'en parler. Pour certains pères, ça permet d'être plus à l'aise dans l'échange et la discussion. »
(Cyril)

Un entretien participatif semi-structuré

Le passage suivant est extrait du récit d'une rencontre familiale par un professionnel :

« C'était un dialogue et en plus, j'ai eu la chance de ne pas avoir les parents du bébé d'à côté dans la chambre, car quand je suis arrivée, la maman avait la petite dans les bras et elle dormait et j'ai fait tout l'entretien avec sa petite... Ce n'était pas un moment qui la pénalisait par rapport au temps... avec son bébé. J'ai un peu balayé tout ce qu'on avait fait à la première journée de formation, du coup je me suis beaucoup servi des cartes, un peu du petit livret et de quelques grandes lignes statistiques de l'apport théorique sur les pleurs. Du coup je suis partie du génogramme pour aborder, car ce n'est pas évident d'amorcer le début de l'entretien. J'ai fait un génogramme que j'ai complété, car il n'y avait vraiment aucune ébauche. Ensuite, j'ai fait une Écocarte avec la maman, car ça n'avait pas été fait. Ensuite, j'ai dû prendre quelques apports théoriques pour parler des pleurs. Ensuite, ça avait enchaîné, la maman m'a parlé de son aîné de 14 ans, comment cela s'est passé. Après, j'ai embrayé avec les petites cartes sur les stratégies, donc elle m'a parlé des stratégies qu'elle avait déjà mises en place pour son aîné. Ensuite, je lui ai donné quelques autres idées qu'elle n'avait pas utilisées pour son aîné et qui pouvaient être utiles avec sa deuxième. Puis, j'ai terminé par la prévention du bébé secoué, du coup cela a clôturé l'entretien. Je pense que ça a duré plus que 15 minutes, la maman était très preneuse et a bien parlé. Je n'ai pas fait attention à l'heure, elle avait le temps et moi j'avais le temps. On aurait pu plus cibler et raccourcir, mais ça avait été apprécié par la maman. Je l'ai remerciée et elle m'a remerciée aussi de comment on en avait parlé. Cela me sert pour la suite d'être plus à l'aise, voilà on affine l'entretien pour les prochains ».
(Harry)

Ce verbatim fait apparaître la structure de l'entretien : la préparation de l'entretien, l'exploration à l'aide des cartes sur le ressenti, les outils systémiques type Génogramme et Écocarte (voir Figures 5 et 6), les stratégies d'adaptation, la conclusion et les remerciements. Il fait également ressortir certaines conditions favorables à la rencontre avec les familles, notamment le climat dans lequel elle s'effectue : l'intimité, la présence des membres de la famille, l'échange entre l'intervenant et la famille et la communication par l'utilisation « *de mots simples comme discutés (en formation)* ».

Les cartes co-construites avec les premiers professionnels rencontrés permettent la narration des familles en respectant certaines étapes et en s'adaptant à chaque famille par l'emploi de certains thèmes ou questions (cartes). Une participante rapporte « avoir grillé une étape avec une famille », connue seulement depuis une visite à domicile, en ne prenant pas le temps de présenter l'entretien, elle s'est sentie trop intrusive :

« Elle (la mère) répondait souvent, je ne sais pas, et ne pouvait pas verbaliser ses ressentis même avec mon aide... Si je l'aidais, elle semblait ne pas comprendre, je pense que pour cette personne, j'aurais dû utiliser qu'une seule carte par séance pour respecter son rythme... Cela m'a servi de leçon : ne pas vouloir avancer trop vite! Pour deux autres familles, cet outil (les cartes) a été efficace pour faire émerger le vécu d'enfant des parents et exprimer ce qu'ils voulaient pour leur enfant. Une mère par exemple a fait remarquer à monsieur qu'il niait ses propres besoins vis-à-vis de ses parents (grands-parents du bébé). Madame a sollicité monsieur pour oser dire à sa belle-mère de ne pas laisser pleurer son enfant. »
(Sandra)

Les cartes questions ont permis, au travers d'une communication circulaire dans le couple, de faire émerger des différences d'opinions et une affirmation des rôles des pères et mères avec la grand-mère.

Explorer le réseau environnemental

Des extraits de verbatims peuvent mentionner l'exploration du réseau environnemental à l'aide l'écocarte et la prise en compte du contexte en lien avec l'épuisement et le soutien conjugal. « *Finalement, elle avait repris le travail, ça allait mieux. Elle avait un réseau familial, un compagnon mais avec des tensions dans le couple* » (Henriette).

En cas d'inquiétude du professionnel concernant l'isolement ou des tensions, des rencontres plus fréquentes ont été proposées. Un professionnel rapporte une situation où « *Le contexte environnemental jouait, elle était en conflit avec son compagnon. Elle n'avait pas d'aide, elle était seule, premier enfant* » (Henriette).

Des compétences réflexives

Les professionnels démontrent des compétences réflexives observables lors des ateliers et des entretiens pour une meilleure compréhension du contexte des pleurs et des préoccupations parentales. Ils s'interrogent sur le sens, les croyances, la prévention autour des facteurs protecteurs.

Quels défis et préoccupations parentales ?

Les entretiens réalisés avec plusieurs participants permettent de mieux comprendre les préoccupations parentales autour de situations pré ou postnatales.

En début de formation réflexive, le devenir parents est interrogé faisant ressortir des éléments positifs comme donner et recevoir de l'amour, transmettre, s'accomplir et ressentir du plaisir familial et d'autres plus négatifs comme la responsabilité, l'exigence, la remise en question, l'inquiétude, le manque de liberté et les difficultés. Les pleurs sont perçus par les participants comme une source d'inquiétude, d'angoisse, d'irritabilité, de fragilisation, d'insécurité et des tensions des parents, la signification et les raisons des pleurs avec un décryptage complexe sont interrogées, notamment l'origine organique. Les croyances, le regard sociétal et le discours des grands-parents peuvent être contraignants.

Les aspects positifs des pleurs sont l'expression du bébé vivant qui se fait entendre avec des besoins à connaître, qui ne se fait pas oublier et qui peut alerter sur le mal-être. Avant la formation, certains professionnels expriment leurs perceptions des besoins des pères et des mères. Ils pensent qu'ils ont besoin de comprendre, d'être rassurés, déculpabilisés, de comprendre leur enfant, ses besoins, d'être écoutés, d'échanger dans un lieu, de partager, de normaliser et d'avoir du soutien, des relais, des solutions.

Lors des entretiens post-intervention, les participants ont identifié plusieurs défis parentaux des familles qui s'articulent autour des stress rencontrés et de la fatigue influencée par le contexte environnemental. Les professionnels relèvent les préoccupations, voire parfois le grand désarroi des familles avec un jeune enfant lors des consultations parent-enfant, des visites à domicile ou en milieu hospitalier lors de l'arrivée des parents aux urgences pédiatriques pour pleurs du nourrisson et bébé secoué. Les pleurs

sont perçus par les professionnels de santé comme des incidents stressants pour les parents qui souhaiteraient parfois un mode d'emploi qui n'existe pas. Ceux-ci se retrouvent souvent surpris ou démunis face aux difficultés et au décalage entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel. Le stress peut concerner le fait de ne pas savoir pourquoi le bébé pleure ou de ne pas avoir de réponses aux pleurs.

Deux participantes ont souhaité explorer l'expérience des parents lors de l'implantation de l'entretien participatif aux familles en service de santé communautaire. Quatre-vingt-treize pourcent (93%) des 20 familles rencontrées se disent peu sensibilisées et souhaitent recevoir une information sur les pleurs par les professionnels. Certaines familles ont évoqué la banalisation, les conseils inappropriés, les interrogations et le sentiment d'être impuissantes et inefficaces.

Les besoins perçus par les participants en début de formation sont comparés aux besoins exprimés par les familles aux répondants. Le besoin de mieux comprendre l'enfant pour les parents est présent aux deux phases. Les professionnels interviewés rapportent certaines des paroles de parents retranscrites montrant leur anxiété envers les pleurs de l'enfant : « *C'est angoissant* » ou « *Je suis inquiète* ». Les parents confient : « *Mon fils dort peu la journée, pleure beaucoup, avec une fin de journée particulièrement difficile et reste inconsolable pendant plusieurs heures* » ou « *J'ai l'impression de ne pas comprendre mon bébé et je me sens démunie* » ou encore « *Les pleurs sont imprévisibles, incompréhensibles... Est-ce normal ?... Est-ce le signe d'une maladie ?* ».

La perception du sentiment de compétence parentale est plutôt faible pour les professionnels qui donnent des exemples de remarques de parents comme : « *Je me sens impuissante* », « *Je suis épuisée, dépassée* », « *Je me sens nulle* », « *J'ai l'impression d'être un mauvais parent* » ou encore « *Je me sens incompétent* ».

Les entretiens réalisés indiquent que les pleurs ne sont pas les seules préoccupations des parents : « *Il n'y a pas que les pleurs* ». La fatigue est également citée ainsi que des difficultés d'allaitement, de sommeil ou la volonté d'être des parents parfaits ou encore, dans certaines situations, le placement de l'enfant. Les mères sont fatiguées et démunies, sous tension parfois. La fatigue présente chez plusieurs familles incite certains professionnels à proposer un relai aux familles pendant le séjour hospitalier, par exemple en prenant « *un moment le bébé pour que la maman puisse souffler* ». L'isolement et les tensions conjugales peuvent s'ajouter à l'épuisement comme l'indique ce professionnel en évoquant « *une maman à bout...*(Henriette).

Les professionnels ont pu percevoir l'importance d'apprendre à poser les bonnes questions pour connaître la situation et les besoins de la famille comme d'être rassurée par exemple ou de se reposer. Certains soignants répondent de manière informelle sans outils.

Prévenir en soutenant les besoins et en abordant spontanément les pleurs

Les participants relèvent la réflexion effectuée grâce au projet pour accompagner et réassurer les parents dans leur nouveau rôle parental et transmettre des messages aux parents en lien avec la normalité des pleurs, la tolérance aux pleurs et la prévention.

Une réflexion est initiée par plusieurs participants sur le sujet des défis notamment les pleurs et l'abord dans la pratique. Pour eux, le fait de parler des pleurs renforce la sécurité des parents et les prépare aux situations qui peuvent se présenter à eux :

« Rien que d'en parler aux hommes au cours de prépa, cela les aide à se familiariser et sécuriser sur ce qui va se passer, les mettre un peu plus en confiance et accepter les diverses situations qui vont se présenter à eux pour l'accouchement et pour le postpartum ».

« Ce qui a changé pour moi depuis la formation : la sensibilisation aux pleurs, avant c'était un sujet que je n'abordais pas forcément. Et du coup, dans les visites post-naissance, je dirais que ça fait partie des thèmes que j'aborde dans ma check-list. Du coup... ça permet aux parents de vraiment parler de ce problème ».
(Cyriel)

« La tolérance des pleurs, cela m'a beaucoup aidé par rapport à la prévention en cours de préparation. Ceci permet d'ouvrir la discussion et d'aborder d'autres sujets que je n'arrivais pas à aborder auparavant comme le SBS ».
(Sacha)

« Du coup (après) les bénéfices en lien avec les pleurs du bébé, j'aborde directement la problématique du bébé secoué. J'aborde aussi la mort subite du nourrisson, en lien avec le risque du bébé secoué, le passage à l'acte. Je fais vraiment le lien entre les deux. C'est vrai que les mamans se délivrent plus facilement en nous disant qu'elles sont épuisées et qu'elles se demandent si ça va durer ou pas. Ça m'a permis d'avoir plus d'aisance pour aborder ce sujet sans les juger et qu'elles se sentent jugées ».
(Lucie)

La connotation négative des pleurs, liée au contexte sociétal, est interrogée sur son influence dans la réponse des parents et de certains professionnels aux pleurs de l'enfant. Le renforcement de la signification positive des pleurs est un changement constaté, « *le fait d'être plus positif face aux pleurs, renforcer le côté positif...il ne faut pas toujours être négatif face aux pleurs* » (Chantal). Les professionnels interrogés font preuve de réflexivité sur des techniques à appliquer. « *C'est compliqué, car nous sommes comme les parents, nous aimerions avoir un mode d'emploi, savoir quoi dire aux parents et quoi faire, mais ce n'est pas possible* » (Léa). Lors des ateliers, certains professionnels avaient exprimé dans attentes de « recettes » à appliquer. La réponse aux pleurs est un phénomène culturel lié à des croyances interrogées comme pour ce professionnel :

« Il y a beaucoup de croyances au niveau des pleurs, on banalise, on ne sait pas quoi leur répondre aux parents. On leur dit que c'est physiologique et que le bébé est sain mais après... Après, si on va en Afrique ou en Amérique du sud, ils sentiront peut-être pas les pleurs comme un problème, car ils réagissent depuis la nuit des temps différemment de nous, ils se posent pas autant de questions, ils les nourrissent, ils les changent, ils les portent et se demandent pas si l'enfant deviendra plus capricieux s'ils le portent trop, par rapport aux croyances ».
(Léa)

Le rôle des professionnels est questionné sur comment accompagner les parents à mieux connaître le besoin de proximité parentale exprimé au travers des pleurs :

« Préparer au fait que les bébés vont pleurer et les aider à être en contact avec leur enfant, bien expliquer « qu'il a peut-être besoin de vous et qu'il va se calmer avec vous ». Des fois, c'est vraiment juste les laisser dormir et prendre le bébé c'est un besoin ».
(Chantal)

Donner du sens

Dans les situations de vulnérabilité sociale, les professionnels sont amenés à donner du sens pour permettre aux parents de modifier leur perception des événements.

« Cela nous arrive régulièrement, plutôt dans les situations sociales que l'on accueille. J'en ai deux en tête : soit dans des situations de sevrage avec un contexte social pas toujours évident, donc là c'est difficile de parler de certaines choses quand on envisage un placement d'un bébé ou quand on sait qu'il va y avoir un retrait de garde. Car du coup, cela n'a plus le même sens de faire une prévention de mort subite du nourrisson ou de parler des pleurs alors qu'on sait qu'ils vont voir peut-être leur bébé un temps donné au foyer ...ou dans un autre contexte avec un point de rencontre. Mais je vais continuer à en parler, car cela n'a pas lieu d'être ».
(Paola)

Le programme préventif permet également de « détecter mais aussi d'accompagner les situations à risque en créant et gardant le lien » (Marie).

Certaines représentations prénatales sont mentionnées par les participants, elles entraînent des « lignes directrices » pour la naissance présentant le risque de déstabiliser certains parents à la naissance et de les laisser dépourvus : « *La confiance s'acquiert surtout du fait qu'ils sont ouverts sur le fait qu'il y a des situations qu'ils ne peuvent pas comprendre. Et il faut être indulgents avec eux-mêmes* ». Les parents, le père ou la mère peuvent se sentir jugés comme relatés par des participants. Une piste partagée par un père est rapportée. « *Ils se sentent moins jugés quand ils sont avec leur enfant dans la manipulation, car ils ont des gestes moins à l'aise que la maman... à travers le regard d'un professionnel* ». Les professionnels adaptent leurs exigences envers les parents en proposant un accompagnement personnalisé aux familles, basé sur des approches

probantes soutenant les compétences parentales, y compris dans des situations de vulnérabilité plutôt que sur des représentations. Des attentes trop élevées peuvent s'apparenter à de la maltraitance.

« En généralité on a des attentes qui sont trop ambitieuses pour certaines familles et qui pour nous sont simples mais qui pour ces gens-là n'ont pas forcément de sens et du coup à vouloir les élever, je pense qu'on les maltraite. Ça fait écho à la formation : ils savent ce qu'il faut faire, mais ils n'ont pas les moyens de les mettre en œuvre. Je rencontre beaucoup de gens comme ça en difficulté, ils savent ce qu'il faut faire mais sont incapables de le mettre en œuvre...du coup ce que je m'autorise à faire, c'est de leur apporter des conseils et montrer le geste en apportant un baigneur afin qu'ils apprennent par mimétisme ...Ils font avec ce qu'ils sont, et il faut valoriser un peu les éléments positifs même si cela ne correspond pas à notre théorie. On ne peut pas leur demander plus que ce qu'ils peuvent faire. Dans la mesure où on n'est pas en danger, ce n'est pas primordial en mon sens. Mais je pense qu'il faut savoir prendre du recul aussi, car je n'aurais jamais agi comme ça en débutant (dans le service) il y a 9 ans... Et la formation aussi. À force d'être avec des situations très dégradées où on se rend compte que quoi qu'on fasse, on a l'impression qu'on n'apporte pas grand-chose, enfin c'est l'impression que j'ai, donc je pense qu'il faut vraiment tirer les points positifs pour essayer de les améliorer. Je crois qu'il faut partir des compétences des gens et de ce qu'on a des grandes théories, il faut faire le lien. Mais il ne faut pas avoir d'exigences démesurées face à cette population-là. »
(Cyriel)

Les éléments facilitateurs et les freins pour accompagner les familles

Les entretiens font ressortir les éléments facilitateurs et les freins pour accompagner les familles dans le contexte étudié. L'intérêt du type de formation, la communication et les freins sont présentés.

La formation alliant théorie et réflexivité, un atout

L'évaluation des ateliers par les participants fait également ressortir comme des points forts les apports théoriques systémiques, les outils et le plan construit par le formateur pour mener un entretien. Les éléments théoriques permettent aux intervenants d'acquérir des connaissances sur la thématique des pleurs et demeurent disponibles en entretien par le biais des cartes.

« C'est d'avoir premièrement une partie théorique en lien avec les pleurs des enfants. Et d'avoir un peu de statistiques sur la durée des pleurs, etc., permettent d'avoir des connaissances plus approfondies et de pouvoir expliquer aux parents que c'est quelque chose de fréquent de tel âge à tel âge par exemple. Les petites cartes (créées)...permettent de pouvoir faire un rappel, de se dire que c'est là à proximité au cas où. »
(Elena)

La formation est jugée utile par les personnes interviewées ainsi que par l'ensemble des participants lors de l'évaluation des ateliers réflexifs. Les entretiens mettent en évidence une confrontation récurrente des professionnels à la problématique des pleurs dans les différents contextes, tant hospitalier que communautaire.

« Pour moi cette petite formation est essentielle, d'ailleurs on ne comprend pas trop pourquoi les pédiatres n'en parlent pas du tout juste avant le retour à domicile. C'est tellement important, tous les bébés pleurent et pourtant on n'en parle pas. C'est un paradoxe. On parle beaucoup par exemple de la mort subite du nourrisson, alors que, je n'ai pas les pourcentages en tête, mais je pense que ça arrive très peu par rapport aux pleurs. Tous les bébés pleurent, ce n'est pas plus important mais c'est aussi important d'en parler. La formation était vraiment essentielle pour moi et je suis super contente d'avoir pu y assister. »
(Léa)

L'évaluation des ateliers réflexifs est réalisée à l'aide d'un questionnaire utilisant pour la cotation une échelle de Likert en 5 points : *Excellent* (5), *Très bon* (4), *Bon* (3),

Moyen (2) et *Insuffisant* (1). Les questionnaires distribués à la fin des deux ateliers réflexifs pour évaluer ces derniers indiquent une satisfaction globale des professionnels. Les deux séminaires bénéficient d'une bonne évaluation globale. Seulement 2 % des participants ont évalué le premier atelier comme étant moyen. La cotation sous forme d'échelle de Likert en 5 points a été simplifiée en *Accord* ou *Pas d'accord*. Les critères d'évaluation des ateliers concernent la pertinence des objectifs, l'équilibre conceptualisation pratique, la structure et la clarté de l'atelier, la durée adaptée au contenu et l'importance de la thématique pour la pratique sont évalués. Le contenu est interrogé sur sa pertinence, sa compréhension et le fait de contribuer à renforcer les compétences des professionnels sur les pleurs, les émotions, les besoins des enfants, des pères et des mères et les pratiques d'aide centrées sur la famille. La dynamique de groupe, l'écoute et le partage, la séance favorisant le partenariat entre professionnels, la présence de l'engagement, de la confiance et du respect dans le groupe sont également explorés ainsi que l'originalité et l'aspect novateur de l'approche et la qualité et diversité de l'ensemble des supports utilisés et pour finir, la poursuite du programme. Toutes les rubriques sont évaluées positivement à plus de 92,4 % avec une moyenne de 97,2 % sauf l'item dévolu à la durée qui récolte 74,4 % d'accord. Pour le deuxième séminaire, 100 % des participants évaluent positivement l'atelier sauf pour la durée qui obtient 79,5 % d'accord. Plusieurs commentaires concernent la durée. Les premiers groupes proposent d'augmenter la durée d'une heure pour augmenter le temps d'échanges en raison de l'ampleur du sujet ou alors de diminuer la quantité d'éléments abordés. Les remarques des premiers groupes de formation ont permis des réajustements. Les supports utilisés sont considérés variés.

Le cahier de l'intervenant et les cartes sont appréciés. Les ateliers sont en relation avec le terrain de travail et les cas présentés concrets.

Les notes inscrites dans le journal de bord permettent de qualifier la dynamique des participants qui relatent leur expérience de terrain et interagissent entre eux et avec le chercheur. Le respect des uns et des autres est présent. Plusieurs participants relèvent le caractère interactif dans le groupe. Les points forts des ateliers sont les échanges, de partage et d'écoute entre professionnels, entre professionnel et animateur en lien avec la taille des groupes, la formation. Les échanges concernent les connaissances et les expériences. La richesse et la qualité de l'intervention sont relevées. Le contenu sur les stratégies d'adaptation et les réponses proposées sont décrits comme très intéressants. L'idée de la prévention autour des pleurs est appréciée et est considérée comme utile dans la prévention du SBS. Les raisons d'aborder les pleurs sans qu'il s'agisse d'une demande des parents sont un point fort.

Les notes retranscrites sur le journal de bord font état des observations du chercheur. Certains temps sont ressentis comme fastidieux comme la passation des questionnaires ou certaines parties plus théoriques sur l'approche systémique. Dans l'évaluation des ateliers, les participants relèvent l'intérêt de l'approche systémique, des apports théoriques, des outils et du plan distribué pour mener un entretien. Certains participants du premier groupe proposent davantage d'apports théoriques sur les pleurs avec un document spécifique. Ces observations ont permis de faire évoluer les ateliers réflexifs pour les différents groupes

en créant un document spécifique relatif aux pleurs et à leurs significations. Pour répondre aux premiers groupes, un outil permettant de faire le lien entre la théorie et la pratique et permettant de guider l'intervention a été créé en plus du plan proposé pour mener l'entretien et soutenir la réflexion des participants. Le deuxième atelier réflexif, effectué trois mois et demi environ après la première rencontre, permet de faire un bilan de l'implémentation sur le terrain. L'utilisation des cartes peut servir de base à une discussion ouverte. La vidéo d'un entretien autour des pleurs avec les parents est appréciée par plusieurs groupes pour aborder la théorie.

La formation suscite l'intérêt des répondants qui la proposent pour qu'un maximum de professionnels de différentes disciplines soit formé, pour favoriser la cohérence et l'appui de l'accompagnement infirmier. En effet, plusieurs participants interviewés ont la perception que les soignants sont démunis, tant en maternité où le projet est soutenu par la responsable que dans d'autres services hospitaliers par rapport à la problématique des pleurs. Ils pensent que nombreux sont les professionnels qui évitent le sujet s'ils n'ont pas de connaissances pour répondre. Les participants hospitaliers lors des entretiens et des ateliers souhaitent inclure cette formation à la formation hospitalière des nouveaux collaborateurs en pédiatrie sur une demi-journée minimum. Cette sensibilisation expérimentée avec un groupe a suscité l'intérêt et l'implication des professionnels.

« Je pense que les professionnels se sentent démunis aussi par rapport à ça, si on ne sait pas quoi répondre, on va éviter le sujet. Ceci, car on n'aura pas de réponse à donner si les parents posent trop de questions. C'est peut-être ça. »
(Léa)

« C'est un support qui pourrait être utilisé par plus de personnes et même en toucher deux mots au médecin, car nous pouvons faire un entretien infirmier, mais des fois c'est un autre poids quand c'est dit par un médecin. Puis, s'il en dit simplement deux mots quand il fait la remise du carnet de santé puis la prévention de la mort subite du nourrisson. »
(Léa)

Certaines sages-femmes hospitalières considèrent la formation plus utile *« pour les sages-femmes indépendantes qui voient les familles plus tard... correspondant plus au moment où la famille ressent un épuisement, ce qui n'est pas forcément le cas aussi tôt ici à l'hôpital »*.

La pratique participative, un élément facilitant : la communication et le transfert

Les professionnels ont émis plusieurs suggestions pour faire suite au projet et proposent des messages à transmettre : *« Être à l'écoute et laisser les parents essayer de trouver des solutions »*.

La collaboration parents professionnels est mise en avant avec des personnes référentes pour créer le lien, accompagner et permettre la verbalisation de besoins.

« Il y un réseau mis en place suite à un syndrome du bébé secoué. Il faudrait que les personnes référentes effectuent un suivi (avec les familles) et non avoir un entretien avec tel infirmier puis un autre entretien avec une autre infirmière ».
(Anna)

Pour communiquer, en pratique, un projet de rencontre pour le retour à domicile avec les parents en maternité et dans les services de santé communautaires serait facilitant pour accompagner les parents pour plusieurs professionnels.

« L'idéal, ce qu'on essaie de faire dans les 3-4 premiers jours ; un entretien Génogramme Écocarte, etc. un entretien infirmier. Car on ne leur saute pas dessus dès l'arrivée, car ils ont déjà tout plein de choses à emmagasiner, ils changent de lieu donc il leur faut un petit temps pour les laisser atterrir. »

(Léa)

« Mettre en place justement un temps dédié à la discussion, plutôt en groupe, sur les sujets importants, les besoins des parents sur le retour à la maison...nous changeons de responsable et restons dans l'attente de la rencontrer...si cela se met en place dans l'année ce serait chouette. »

(Isaure)

Une participante interviewée propose la mise en place *« d'une consultation externe, pour éviter d'engorger les urgences, ce serait bien »*. Lors du deuxième atelier réflexif hospitalier hors maternité, d'autres participants ont également émis cette proposition. Le support pour les parents de *« sensibilisation aux ressources face aux pleurs »* sous forme d'*« un imprimé sur les pleurs, disponible dans tous les endroits concernés »*, en salle d'attente (aux urgences), à remettre à la sortie de la maternité et qui fasse le lien avec la *santé communautaire*», est considéré comme facilitant. Il est considéré comme *« indispensable »* pour certains qui proposent de participer à la co-construction, *« car quand on a un petit support, on n'hésite pas à s'en servir. »*.

Les participants proposent de transférer l'approche participative. Elle permet d'évoquer d'autres préoccupations parentales : *« Les pleurs, cela engendre beaucoup de choses : le bébé secoué. La fatigue je pense que cela est une priorité aussi. Ça revient à parler du sommeil et puis le couple, la vie de couple avec le bébé. »* L'accompagnement à l'allaitement est concerné : *« L'accompagnement à l'allaitement se fait de manière*

identique avec des besoins de parents d'être rassurés, accompagnés ».

L'accompagnement du maternage proximal (allaitement, portage) est considéré comme une stratégie de transfert. Le portage et l'allaitement sont des stratégies citées pour répondre aux pleurs et faire baisser le stress parental. La prévention et la suspicion de maltraitance sont également évoquées. La mise en place de l'entretien prénatal en ayant un lieu adapté est proposée. Une des participantes souhaite transférer l'approche et fabriquer un outil pour mener les consultations.

Les freins

Certains éléments peuvent s'avérer stressants pour les soignants. Ils concernent l'enfant, les parents et eux-mêmes : un bébé impossible à calmer, pleurs stridents et une difficulté à savoir rassurer les parents, se sentir impuissant à rassurer des parents face à des pleurs extrêmes et des parents très angoissés, mettre en pratique les entretiens. La mauvaise maîtrise des outils proposés ou la peur d'une mauvaise interprétation des dires des parents peuvent être sources de stress. Le fait de ne pas avoir de retour du père souvent dans le vécu des familles est un point de difficulté soulevé par un participant.

« Ce que je peux trouver difficile, c'est que certaines fois, je me demande jusqu'à où je vais dans les questions, jusque dans l'intimité des gens, parfois il peut y avoir un évitement d'une question du coup... Peur de la réaction qu'ils peuvent avoir face à cette question ».
(Anna)

Certains professionnels interviewés peuvent être surpris par la question dans le canevas d'entretien sur les obstacles à l'intervention participative. D'après eux, cela ne prend pas beaucoup de temps.

« Des obstacles par rapport à l'approche participative avec les familles en lien avec l'accompagnement des pleurs du nourrisson ? Non je pense que ce n'est pas un obstacle, je pense que j'ai acquis de l'assurance pour vraiment aborder le sujet. ».
(Cyriel)

« Par rapport aux entretiens (avec les familles) ? Alors non pas d'obstacles, que ce soit des médecins, cela va prendre 1 minute, enfin ça ne prend pas beaucoup de temps. Mais voilà c'est utile d'avoir un petit outil pour faciliter l'entretien. ».
(Léa)

De nombreux professionnels mentionnent cependant comme obstacle « le manque de temps imparti », dans les services en lien avec la charge de travail qui revient souvent. Les arguments évoqués également lors des échanges dans les ateliers réflexifs sont nombreux. Quelques-uns sont présentés ici :

« Le principal obstacle est le manque de temps que l'on peut avoir à faire des entretiens, c'est une réalité qui revient sûrement. Les entretiens de famille prennent du temps à faire et ensuite à retranscrire. Tout le monde est intéressé par cela, mais nous n'avons pas le temps à disposition. »
(Anna)

Le manque de locaux ou de lieu adapté est également mentionné. Le moment de l'intervention pose également question, en prénatal ou lors du séjour à la maternité rythmée par les visites et les soins, le jour et la nuit : « Choisir le bon moment pour aborder le sujet (des pleurs) », « Trouver le moment entre les visites de la famille, les soins à faire au bébé, l'accompagnement à l'allaitement... c'est l'obstacle pour moi. ». L'intervention est difficile à mettre en place la nuit, mais aussi pour certaines sages-femmes en préparation à la naissance.

Quelques professionnels évoquent qu'une information en prénatal peut être positive alors que d'autres peuvent trouver la grossesse comme un moment peu propice. Des difficultés peuvent être soulevées, par exemple lors de la préparation à la naissance (PAN). *« En PAN, avoir ce moment idéal, qu'on a du mal à trouver aux séjours postpartum, prendre ce moment juste pour la discussion et pas pour les soins, cela est souvent difficile ».*

« La maternité c'est presque un peu trop tôt. Après on a quand même parlé de comment on peut mieux les préparer pour le retour à domicile, de parler des pleurs et expliquer que cela peut être positif. Le vrai travail c'est quand ils sont à la maison, ici ils sont bien, c'est un hôpital privé, il y a toujours quelqu'un qui peut répondre aux besoins. Alors qu'à la maison ils peuvent se retrouver tout seuls. Et c'est à ce moment-là qu'il y a plus de travail. Je pense ceci est un obstacle du projet. Il faudrait trouver un moyen qu'ils reviennent à la maternité plus tard sinon. »
(Isabelle)

Les parents qui pourraient être non réceptifs, peu à l'écoute, pour diverses raisons sont cités comme un frein. Le barrage linguistique complexifie également la communication comme le mentionne ce participant, mais qui peut être contourné en utilisant le partenariat avec d'autres intervenants ressources:

« Des parents par exemple qui sont très abordables mais ne parlent que l'anglais avec un accent de leur pays qui est pas facile à comprendre. Et moi mon niveau d'anglais ne me permet pas de faire l'entretien. Oui un obstacle et qui ne l'ai pas pour certains infirmiers et les médecins même les internes, ils parlent très bien l'anglais. C'est pour ça que si eux sont déjà aussi sensibilisés à ça, même s'ils ne font pas un entretien d'1/4 d'heure, en 2 minutes ils peuvent bien leur parler en anglais et aborder les points principaux. »
(Léa)

Synthèse des résultats

Cette section des résultats illustre les données recueillies tant par l'analyse quantitative que qualitative. La partie qualitative permet de recueillir la perception des participants en lien avec leur pratique. Les résultats qualitatifs récoltés pendant les entretiens ont été regroupés en utilisant les lettres de l'acronyme PLEURS pour permettre de visualiser la pratique des intervenants selon l'expérience de chacun des acteurs de la relation, l'enfant, les parents et les professionnels au cours de l'expérimentation sur le terrain (voir Figure 11). Plusieurs stratégies d'accompagnement basées sur les besoins et les compétences des parents ont permis de les préparer face aux défis, dont le stress des pleurs, notamment dans le besoin d'être rassuré sur les compétences. L'ouverture positive est une attitude qui permet de créer du lien, de donner du sens, de collaborer avec les familles et de renforcer le pouvoir d'agir des parents même en contexte social difficile en valorisant les forces. Les compétences professionnelles apparaissent également renforcées par la formation réflexive.

Le programme de formation réflexive est jugé utile au professionnel pour offrir un accompagnement soutenant le besoin des parents dans le contexte des pleurs et a permis de renforcer le pouvoir d'agir et le sentiment de compétence des professionnels. Certains résultats font l'objet de la discussion dans le chapitre suivant.

Pleurs	Participation Enfant	Parents	Professionnels <small>ParentForceFamille©</small>
P	Pic 6 semaines, Paroxystiques, Pas prévisibles Période	Préoccupation Partage Pouvoir d'agir Proximité	Positiver les pleurs Prévention : facteurs protecteurs Pouvoir d'agir : Valoriser Partenariat avec la famille et les autres intervenants
L	Longs (4-5h/j parfois) Langage	Langage des signes Liens d'attachement	Liens de collaboration à créer
E	Expression à Ecouter Excessifs (ou perçus)	Emotion Epuisement Entourage Existence Expérience Espoir	Entretien participatif préventif Engagement, Exploration, Ecoute, Empathie Espace... Expérience à faire émerger Expertise à reconnaître <u>Empowerment</u> Espoir
U	Universels	Utiles	Utilité de la formation réflexive pour les différents intervenants
R	Résistants à la consolation Robustesse	Ressenti Répondre Relation Ressources	Renforcer les compétences Respect Réflexivité Rencontre en individuel et en groupe
S	Signal Soir S'amenuisent	Stress, Soutien Sens Stratégies: STOP	Sens à donner Soutenir sensibilité parentale SBS à prévenir Sensibiliser, des supports Sentiment de compétence

Figure 11. La pratique préventive des professionnels autour des pleurs.

Chapitre 6

Discussion

Cette section permet d'interpréter les résultats obtenus en lien avec les pratiques professionnelles participatives et préventives et le sentiment de compétence des professionnels. Quelques recommandations pour la pratique sont ensuite énoncées avant de présenter les retombées de l'étude et les implications pour de futures recherches sur les pratiques participatives en périnatalité.

L'objectif de la recherche était d'évaluer l'impact d'une formation réflexive collaborative soutenant les habiletés parentales dans le contexte du défi présenté par les pleurs sur la pratique des professionnels de santé en contact avec des familles avec de jeunes enfants. L'évaluation basée sur un devis mixte concerne le processus de construction et l'efficacité de la formation réflexive sur les pratiques professionnelles. L'hypothèse de l'efficacité du programme participatif réflexif pour développer une approche participative avec les familles dans un contexte de pleurs est confirmée par l'analyse quantitative et qualitative. La combinaison des méthodes dans la phase post-intervention permet de mieux comprendre l'évolution vers des pratiques professionnelles participatives. L'analyse qualitative permet d'affiner l'analyse quantitative post-test en décrivant le type de pratique et de stratégies utilisées par les professionnels. Les résultats de cette étude de faisabilité montrent qu'un programme de formation court basé sur le soutien des forces et du pouvoir d'agir des familles, dans un contexte périnatal, est efficace pour développer les compétences participatives des professionnels de la santé.

Ces compétences permettent d'aller à la rencontre des familles. Les résultats sont comparables avec d'autres études effectuées avec des professionnels prenant part à des programmes de formation de deux jours notamment pour intégrer l'approche systémique familiale à leur pratique (Goudreau et al, 2006 ; Le Grow & Rossen, 2005 ; Lietz, 2011 ; Svavarsdottir,&al., 2015). Ce résultat est plutôt encourageant pour le développement de formations futures en lien avec des interventions à visée préventive et centrées sur la famille. Il s'agit de rester humble sur l'efficacité de la formation réflexive participative en évitant de généraliser ces conclusions prometteuses basées sur un devis simple groupe pour initier des pratiques participatives basées sur les forces des familles.

Des pratiques professionnelles participatives soutenant les besoins des parents

Les défis principaux de la transition à la naissance mentionnés par les professionnels, le stress des pleurs et la fatigue sont retrouvés dans la littérature (Coulon, 2015; de Montigny & Lacharité, 2008; Kurth et al., 2010; Stern & Bruschiweiller-Stern, 1998). Les entretiens auprès des professionnels ont révélé des habiletés parentales comme la propension à collaborer, la narration des défis parentaux, des antécédents de maltraitance et des émotions ressenties ainsi que les stratégies d'adaptation faisant émerger leurs ressources dans un contexte de pleurs des nourrissons. La curiosité et l'ouverture sur une meilleure compréhension de leur enfant sont présentes même lors d'incompréhensions concernant la situation. Elles s'apparentent à des compétences relevant de la découverte dans le modèle de la sensibilité parentale et à la capacité de fonction réflexive (Bell, 2002; Lacharité & Lafantaisie, 2016). Les parents ont la capacité de tester et trouver leurs

propres stratégies de proximité physique avec l'enfant. Ils sont capables de demander de l'aide ce qui correspond à des forces. Les professionnels ont pu renforcer la sensibilité parentale ou la relation parent-enfant en mettant en exergue les besoins de l'enfant tout en valorisant les compétences des parents.

Les pratiques professionnelles décrites favorisent le pouvoir d'agir en mobilisant les forces et ressources des familles pour tendre vers l'autonomie dans une relation plus symétrique reconnaissant l'expérience parentale et facilitant l'engagement parental dans l'entretien (Lemay, 2009; Miron & Jean, 2002). Les trois types de soutien rencontrés, informatif, de valorisation et émotionnel, correspondent aux besoins exprimés précédemment par les parents et font ressortir certaines conditions pour offrir le soutien. L'entretien formel permet d'officialiser la rencontre dans un lieu adéquat. Formaliser permet de reconnaître la valeur de l'entretien, un soin à part entière révélant l'expertise du professionnel. L'entretien semi-structuré permet de cibler dans un temps précis, facilite les échanges et laisse la place aux interventions spontanées. Cela permet également de reconnaître l'existence et l'expérience de la famille en lui consacrant un temps pour explorer ses préoccupations (Duhamel, 2015; Wright & Leahay, 2014). La troisième étape du cycle de vie familiale du couple avec un jeune enfant comporte certains principes de changements universels vérifiés dans la plupart des systèmes familiaux, mais indissociables dans le contexte de la pratique clinique, d'éléments importants inhérents à la culture, l'ethnicité, la spiritualité et le genre (McGoldrick et al., 2015). Ceux-ci influencent le vécu de cette phase de transition pendant laquelle l'identité parentale ou

personnelle se définit ou se redéfinit. Les perceptions d'efficacité en réponse aux événements perturbateurs de la vie se développent également (Bradley & Pauzé, 2008; Meleis et al., 2000). La narration proposée pendant l'entretien permet à la personne de construire son identité individuelle et familiale en plus de découvrir des possibilités et de préserver l'espoir (Gottlieb, 2014 ; Persson & Benzein, 2014). Les événements prennent sens dans un contexte relationnel où l'observateur devient partie prenante de la relation et aide à co-construire un sens, une autre histoire (Epston, 2016). Certains professionnels utilisent des stratégies de soutien informel, lors de soins. Ce type de soutien présente l'avantage d'engager l'échange, mais l'absence de structure risque d'entraîner des flots d'échanges verbaux et non verbaux parfois difficiles à gérer (Wright & Leahay, 2014).

Le soutien informationnel, mentionné comme important pour les parents par les professionnels interviewés, au sujet des défis de la naissance, est évalué comme peu satisfaisant dans les écrits (Capponi & Horbacz, 2007). Les participants donnent des indicateurs d'un soutien informationnel adapté aux besoins des parents, faisant référence à des valeurs comme le respect, l'ouverture, l'utilisation d'un vocabulaire compréhensible et positif, la disponibilité et la souplesse, toutes essentielles pour le développement de la communication (Watzlawick et al., 1972). La disponibilité ressort comme une condition favorable au soutien informationnel et répond aux besoins des parents qui la perçoivent encore assez faiblement (Capponi & Horbacz, 2007). La souplesse et l'ouverture décrites par les participants au profit d'une rigidité de contenu normatif permettent de tisser la relation, de diminuer le stress et de renforcer le sentiment de maîtrise (Oria & Camus,

2013). Les parents souhaitent être informés sur les pleurs et les besoins des nourrissons pour diminuer leur anxiété et faciliter l'adaptation (Coulon & Baillod, 2012; Coulon, 2015; de Montigny & Lacharité, 2008; Simonet et al., 2014). Ce soutien des parents dans le développement de la connaissance des comportements ou des compétences de leur enfant favorise la sensibilité parentale, le sentiment de maîtrise sur la situation et diminue le stress parental (Trivette et al., 2010). L'ensemble de ces valeurs favorisent l'évolution des croyances des parents et leur adaptation (Wright & Bell, 2009). La formation réflexive a permis aux professionnels de prendre conscience des conditions de développement et d'apprentissage favorables pour les parents. En effet, ce besoin des parents de soutien spontané n'était que peu ressorti dans le premier atelier réflexif et dans les résultats du questionnaire préliminaire concernant le soutien spontané à offrir.

Le soutien de valorisation est une des stratégies utilisées par les soignants avec les familles. Il démontre une attitude positive centrée sur les forces et les ressources des familles, déterminante pour la qualité de la relation avec la famille (Dunst, Trivette, & Deal, 1994; Sveinbjarnadottir et al., 2011). Cette attitude de soutien est facilitée par une approche centrée sur la famille (Benzein, Johansson, Årestedt, & Saveman, 2008). Les entretiens avec les professionnels font ressortir les habiletés ou les compétences des parents rencontrés sur le terrain. La verbalisation des forces individuelles et familiales améliore le fonctionnement familial (Svavarsdottir, Sigurdardottir, & Tryggvadottir, 2014). Certains parents ont pu narrer leurs doutes concernant leurs compétences et leur crainte d'être jugés, notamment les pères et parfois les mères, comme décrits dans

certaines recherches sur les pères (Coulon, 2015; de Montigny, Gervais, & Dubeau, 2017). Ces résultats concernant la diminution du sentiment de compétence parentale sont corroborés par plusieurs auteurs (Landgren & Hallström, 2011; McGrath et al., 2008). Chaque personne est unique et ne peut être ni comparée aux autres ni évaluée par le biais de normes puisqu'elle est en changement perpétuel selon son propre rythme et celui de son environnement (Pepin, Ducharme, & Kérourac, 2010). Le contexte environnemental et l'histoire familiale font également partie des récits. La narration permet de déconstruire certaines histoires, de donner un sens à l'expérience vécue et d'agir sur le comportement et l'adaptation. Les questions systémiques utilisées pour la narration sont déjà une intervention en soi, d'où l'emploi des termes conversations thérapeutiques (White, 2003; Wright & Leahay, 2014). Donner un sens permet d'accroître l'efficacité des interventions (Doane & Varcoe, 2014). Cette utilisation de l'approche narrative augmente également le sentiment de compétence de l'intervenant. Ces résultats concernant la diminution du sentiment de compétence parentale sont corroborés par plusieurs auteurs (Landgren & Hallström, 2011; McGrath et al., 2008). Les familles peuvent parfois s'interroger et être confuses sur l'intention du professionnel de santé qui félicite et valorise. Cela peut indiquer que les familles ont peu l'expérience de cette approche de soins centrés sur la famille valorisant les compétences, moins fréquente qu'une approche traditionnelle centrée sur les déficits (Barbe-Coulon & Dufey-Verga, 2017). Les entretiens ont mis en avant la difficulté du partage d'une attitude centrée sur le développement du pouvoir d'agir par tous les intervenants dans les situations à risque de négligence. Le participant a su s'ajuster au contexte et à la capacité d'agir des familles pour rechercher des solutions

répondant tant aux intérêts du parent qu'à ceux de son enfant. Un mandat de contrôle social ne donne pas de prérogatives de décider à la place de la personne ni le droit d'exercer tout pouvoir sur la relation d'aide suscitant la réflexion d'un participant (Lemay, 2007). Le respect des droits des enfants et des parents, la reconnaissance de la vulnérabilité des personnes et leurs besoins légitimes sont néanmoins compatibles avec ce contexte de pratique avec l'approche soutenant le pouvoir d'agir en modifiant la manière de penser les problèmes sociaux et en recherchant des solutions multiples (Rappaport, 1987).

Des pratiques préventives basées sur les forces

Le soutien de l'engagement parental vise les deux parents. La collaboration avec les pères est possible comme l'ont montré les participants, les deux parents étant sensibles au soutien reçu, qui positif augmente le bien-être de la famille (de Montigny, Lacharité, & Amyot, 2006). Les pères restent moins ciblés que les mères dans notre échantillon, certains participants expriment des représentations de besoins moindres pendant la formation réflexive même après l'apport de connaissances. Les auteurs de secouement sont majoritairement des hommes. Des interventions ou programmes de soutien ou développement des compétences parentales mettent en lien le manque d'aisance des professionnels pour intervenir avec ceux-ci (de Montigny, Devault, Este, Fleurant, & Nascimento, 2011; Panter-Brick et al., 2014). Cependant, les pratiques collaboratives sont décrites comme influençant positivement la perception des événements périnataux, de leur contrôle et de leur sentiment d'efficacité (de Montigny & Lacharité, 2008). Ces auteurs mentionnent que le soutien reçu par les professionnels et le sentiment de compétence

paternel influencent l'engagement parental. Forget le définit comme un continuum dans la participation et la préoccupation du père biologique ou substitut, à l'encontre du développement et du bien-être tant physique que psychologique de son enfant (Forget, 2009). L'intervention adressée aux deux parents diminue les tensions entre les parents, améliore leur confiance en soi et les pratiques parentales (Brousseau, 2012; Frank, Keown, & Sanders, 2015). L'engagement du père, un acteur important à reconnaître dans une perspective de prévention influence positivement la dynamique familiale, les membres de la famille : la conjointe avec une diminution du stress des parents et de l'enfant, et diminue le risque de négligence (Allen & Daly, 2005; Paquette et al., 2009 ; Pleck 2007). Les pères qui s'engagent tôt avec leur enfant ont une disponibilité et une participation aux soins et à l'éducation deux ans plus tard (Lamb, 2004). L'intervention en période de transition à la parentalité a des effets positifs sur le sentiment d'efficacité paternelle et les interactions père-enfant (Doherty, Erickson, & La Rossa, 2006; Eggebean & Knoester, 2001; Hudson, Campbell-Rossman, Fleck, Elek, & Shipman, 2003; Musser et al., 2013).

Le moment d'intervenir avec les familles autour des pleurs et des défis émotionnels questionne les sages-femmes. Le séjour à la maternité ne leur semble pas le plus propice en lien avec les nombreuses informations dispensées. Les échanges pendant les ateliers réflexifs font ressortir des questionnements concernant le moment pour proposer l'intervention en prénatal et en postnatal précoce, notamment la nuit. Cependant, une participante narre une situation qui a permis d'aborder les pleurs tout en renforçant les stratégies et compétences de la mère. Barr et son équipe (2009) recommandent la mise en

place de l'intervention préventive à différents moments, en prénatal, en postnatal pendant le séjour à la maternité et dans les trois premières semaines suivant la naissance. L'étude de Oommen et al. (2011) préconise également de développer le soutien dans le postpartum. La prise en compte prénatale de la dimension psychique de la parentalité est importante pour dépister des familles plus vulnérables avec des difficultés émotionnelles, voire une dépression (touchant 15 à 20 % des femmes), risquant d'impacter le fœtus et l'enfant (Bolten et al., 2012; Milgrom et al., 2008). Elle permet de mettre en place un réseau professionnel, pré et postnatal, avec une sensibilité accrue aux problématiques de santé mentale, souvent non identifiées, en renforçant le réseau amical ou familial susceptible de soutenir les parents en cohérence (Austin et al., 2010). La préparation à la naissance ou l'entretien prénatal mis en place en France et testé en Suisse semble un moyen favorable au même titre que l'entretien postnatal précoce (Nanzer, 2009; Tari & Riquet, 2016). Françoise Molénat propose de renforcer la sécurité émotionnelle des parents et futurs parents afin de mieux mobiliser leurs ressources pour prévenir des troubles du développement émotionnel du jeune enfant (Molénat, 2003, 2013).

La répétition des informations et un accompagnement à différents moments, avant le pic des pleurs situé à 6 semaines de vie, permettent une meilleure sensibilisation des personnes selon les moments de disponibilité ou de réceptivité. La culture du risque, qui reste prégnante dans le domaine de la vulnérabilité sociale comme relatée par certains participants, laisse peu de place au soutien réel et à l'espoir d'une évolution positive. Le partenariat entre les différents acteurs autour d'une situation et l'objectif poursuivi mérite

une réflexion future. La connaissance et les compétences de curiosité bienveillante sont mises en avant par les participants pour mieux comprendre le contexte et soutenir selon les besoins. Les ateliers et les entretiens ont permis de mettre en évidence les éléments clés de l'intervention préventive autour des pleurs. Il s'agit dans un premier temps d'aller à la rencontre de la famille, de faire connaissance avec elle, de mieux comprendre le contexte, de s'intéresser à la perception de la transition à la naissance, aux changements vécus, de s'interroger sur ses préoccupations, ses ressentis et différentes significations en lien avec les pleurs et les besoins de la famille. Un deuxième temps permet de normaliser les préoccupations, les émotions ressenties par les parents et de mieux comprendre les pleurs. Les stratégies d'adaptation incluant la réponse à apporter aux signaux des bébés sont valorisées. Cette valorisation est complétée par la mise en place ou le renforcement des facteurs de protection avant de terminer en remerciant la famille. Cette manière de procéder rappelle le déroulement de l'entretien de famille selon le modèle de Calgary, présenté aux participants lors du premier atelier réflexif. Le type d'intervention préventive centrée sur les forces présente des bénéfices pour les parents qui acceptent l'intervention et sont satisfaits. Ils se sentent reconnus, verbalisent leur ressenti, s'adaptent davantage grâce à une meilleure connaissance et un développement de stratégies et améliore leur santé et leur bien-être. En effet, les individus, les familles et les communautés aspirent à une meilleure santé et possèdent la motivation nécessaire pour l'atteindre, renforcée par une approche des soins fondés sur les forces (Gottlieb & Gottlieb, 2014). L'intervention, partie intégrante du rôle professionnel, a une bonne faisabilité et un coût modéré comparativement au coût engendré par diverses consultations pour pleurs et motifs

associés sans compter le SBS et ses séquelles potentielles. Cela corrobore le fait qu'une intervention à faible coût par des professionnels de santé, dont les infirmiers, peut être efficace (Altman et al., 2011). La santé d'une nation est sa ressource la plus précieuse. « L'investissement dans la santé est bénéfique à plusieurs égards », en investissant un franc suisse dans l'encouragement précoce, on économise 4 francs en dépense de santé et aide sociale (Promotion Santé Suisse, 2017, En ligne). Le soutien précoce permet des économies de santé en évitant des interventions ultérieures plus coûteuses en lien avec l'absentéisme au travail, l'adaptation scolaire, les séparations, les psychothérapies et parfois des hospitalisations impliquant les membres de la famille, la mère, le père et l'enfant.

Le sentiment de compétence professionnel

Pour comprendre le changement opéré, il est nécessaire de s'intéresser au ressenti de ce changement par les personnes. Le deuxième atelier, situé à distance de l'intervention, a permis de l'explorer. L'étude s'appuie sur le besoin d'intervenants démunis de renforcer leurs compétences d'accompagnement des familles confrontées au stress causé par les pleurs du bébé. Le sentiment de compétence a évolué positivement pour tous les participants aux entretiens. Le retour sur l'investissement est important pour l'installation d'une posture réflexive durable (Perrenoud, 2013). On peut transposer un des principes d'aide de Dunst concernant une efficacité accrue si les bénéfices sont supérieurs au coût. Certains participants mentionnent un développement professionnel et personnel en cours. Les bénéfices d'utiliser une approche théorique se situent au niveau du développement de

l'identité professionnelle des infirmiers (Lee & Fawcett, 2013). La recherche participative basée sur l'approche réflexive est également un point de départ à ce développement (Berger et al., 2009; Descamps-Bednartz et al., 2012; Hensler et al., 2001; Morrissette, 2013). Les bénéfices de la formation continue réflexive sont mentionnés à plusieurs reprises lors des ateliers réflexifs et des entretiens comme un support pour le développement de leurs compétences (Garrino, Gregorino, Gargano, & Grazia Bedin, 2010; Guillaumin, 2009). Ces résultats confirment l'utilité pour les professionnels de santé de jouer un rôle actif et de se développer professionnellement et confirment également l'utilité de leur octroyer ce pouvoir d'agir. Ces deux éléments sont décrits dans la littérature comme deux facteurs de protection contre l'épuisement professionnel et le départ de la profession (Addor et al., 2015; de Oliveira, Griep, Portela, & Rotenberg, 2017). Le processus de développement visant à maximiser le potentiel de la personne, à la fois par une reconnaissance de son expertise individuelle et par l'appropriation par celle-ci de l'expertise des autres, peut être transposé au pouvoir d'agir des professionnels (Bandura, 2003; Rappaport, 1984). Les croyances d'auto efficacité et le potentiel d'action de la communauté des praticiens engagés dans la recherche découlent de leur pouvoir d'agir. Celui-ci émerge du développement et du partage des connaissances entre des professionnels compétents aux intérêts et préoccupations semblables autour du développement de l'enfant malgré une diversité professionnelle.

La satisfaction plus ou moins élevée des participants correspond à une des phases du changement où le stress est plus présent, la phase d'éveil. Certains sont davantage dans la

phase d'intégration, caractérisée par une meilleure maîtrise des nouvelles pratiques, voire de ritualisation, transformant les nouvelles pratiques en pratiques établies. Ces différents résultats confirment que le changement est un processus qui implique une phase de transition où l'incertitude, l'instabilité, des perturbations et des réactions sont légitimes chez les personnes concernées (Collerette, Lauzier, & Schneider, 2013). Les enjeux du changement de pratiques ainsi que l'aspect psychosocial sont identifiés pour les destinataires au travers de leurs perceptions.

Dans le développement participatif de la formation sur les interventions soutenant les habiletés parentales, avant l'implémentation, la première étape a été d'accompagner les intervenants au travers de la forme réflexive des ateliers pour qu'ils identifient les compétences parentales de réflexion de façon à intégrer à leur pratique des actions permettant de faire émerger la fonction réflexive parentale (Lacharité & Lafantaisie, 2016). Il s'agit de l'observation de la capacité d'une personne à mentaliser pour saisir le niveau de mentalisation tangible et opérationnelle. La deuxième étape a consisté à guider la pratique participative en intégrant la théorie. La création du « prêt à s'entretenir » sous forme de cartes a permis de répondre aux demandes d'outils concrets des participants aux premiers ateliers pour guider la pratique et développer la pratique réflexive (Perrenoud, 2001). Cette réponse s'inscrit dans la modification d'un mode de fonctionnement du chercheur, pour prendre en compte les aspects humains dans la mise en œuvre des changements entrepris (Burnes & Jackson, 2011; Gilley, Mc Millan, & Gilley, 2009).

La phase de préparation aux changements et les croyances des destinataires face au changement de pratique conditionnent le degré d'engagement. Les croyances en matière d'habiletés parentales et de collaboration ont évolué pour certains participants (Armenakis, Bernerth, Pitts, & Walker, 2007). La direction et l'importance du changement concernant les croyances, influencées par le changement d'éléments bio psychosociaux spirituels, ne sont pas prévisibles (Wright & Leahay, 2014). Des expériences répétées peu probantes sont parfois nécessaires pour les modifier (Wright & Leahay, 2014). Les entretiens ont permis d'interroger les préoccupations, incidents stressants ou obstacles susceptibles de révéler certaines résistances (Bareil, 2004). La pratique réflexive peut susciter des résistances en confrontant le participant à son propre regard et au regard d'autrui (Perrenoud, 2005). Elles s'apparentent à « l'expression implicite ou explicite des réactions de défense à l'endroit de l'intention du changement » (Collerette, Delisle, & Perron, 1997, p. 94). Le temps est un élément mentionné par plusieurs participants. On peut apparenter ces résistances à des croyances contraignantes des professionnels à une approche systémique familiale décrites dans les écrits (Duhamel, 2015; Gottlieb & Gottlieb, 2014; Wright & Leahay, 2014). Certains participants mentionnent une peur et un risque d'intrusion dans l'intimité des personnes qui pourrait freiner la communication. Une des hypothèses est que ces peurs s'apparentent à d'autres croyances contraignantes dissuadant d'utiliser l'approche systémique participative, comme la peur d'être confronté à des émotions trop intenses ou encore de ne pas être capable de répondre aux questions des familles ou d'être dépassé par les problématiques rencontrées (Wright & Bell, 2009; Wright & Leahay, 2014). Les expériences rencontrées s'avèrent déterminantes dans les

approches envers les familles en lien avec des notions d'intersubjectivité (Verdon, Lavoie, & Blondeau, 2014). Une émotion fait résonance pour le praticien (Elkaïm, 1995). La notion de dysharmonie peut également s'appliquer aux situations de suspicion de maltraitance où les professionnels ne sont pas en accord entre eux sur la conduite à adopter comme relaté par un participant qui expose être mal à l'aise. Les professionnels ne font pas référence à un modèle théorique, mais à leur propre perception risquant de provoquer une rupture de la relation avec les familles. Le modèle intersubjectif permet de considérer les relations de la même façon, non pas en mettant une distance entre soi et la famille mais en se centrant sur soi et en donnant du sens pour ajuster sa posture. Il permet également d'appréhender différemment la notion de temps (Verdon et al., 2014).

Les résultats montrant les interventions mises en place par les professionnels auprès des familles permettent de faire le lien avec les « 4 E » du modèle d'approche systémique familiale Calgary de Wright et Leahay (2014). Les soignants ont reconnu l'existence de la famille, son expertise, son expérience et l'espoir possible par la mise en évidence et la mobilisation des ressources existantes pour chercher des solutions. Il s'agit de renforcer les liens avec le réseau naturel, la famille élargie, le couple, de reconnaître la capacité de la famille à faire face à l'avenir et d'orienter la famille vers d'autres ressources. La recherche collaborative a permis de donner le pouvoir d'agir aux professionnels impliqués dans le développement du programme de formation réflexive pour construire une intervention concrète dans la pratique. Cette pédagogie participative a été constructive en permettant de faire émerger les représentations et l'expérience des participants, grâce à la

taille limitée des groupes. L'existence des professionnels de santé et leur rôle est mis en avant. Ils ont partagé leur expérience tout au long de la formation réflexive et des entretiens, leur expertise qui était sous-jacente s'est trouvée renforcée par des apports plus théoriques et l'expérimentation pratique. Le E d'espoir pour les professionnels correspond à l'évolution et l'amélioration de pratique avec des recommandations émergentes pour la pratique (figure 12). L'initiative de changement demande de poursuivre l'accompagnement après le changement en laissant aux personnes le pouvoir d'agir tout en les orientant et les valorisant dans leurs efforts pour s'adapter. Cela permet de faciliter la réussite et l'implication dans une culture organisationnelle professionnelle pas toujours favorable.

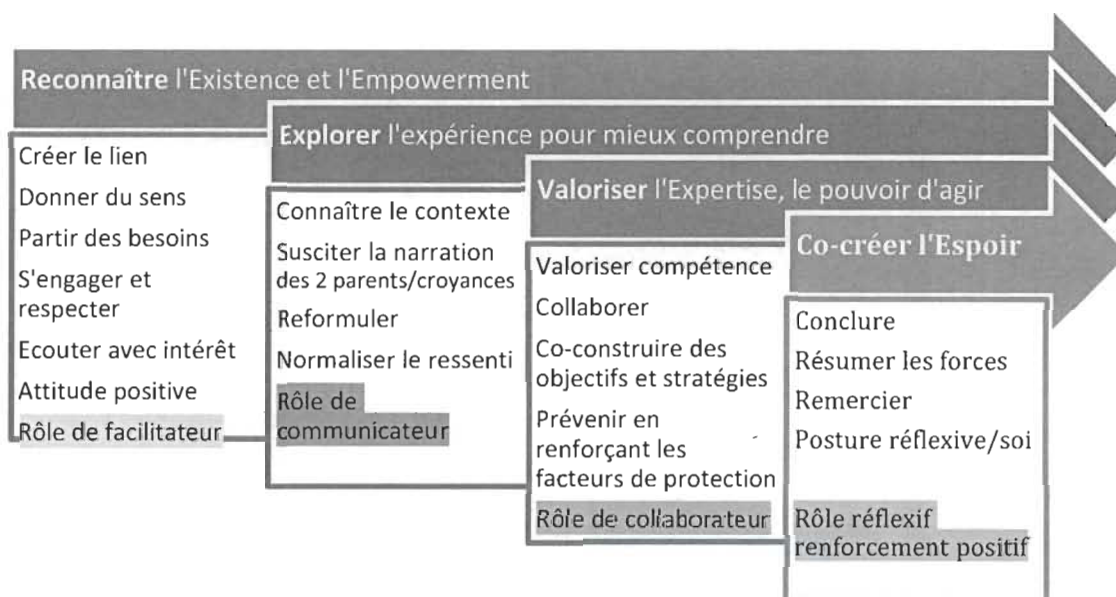


Figure 12. Recommandations pour la pratique de soutien des parents autour des pleurs

Retombées

Cette recherche interventionnelle participative a abouti à la co-construction d'un film basé sur l'expérience de parents avec un nourrisson qui pleure. L'objectif est de sensibiliser aux défis que rencontrent les parents et de mieux comprendre le bébé. Cinq professionnels de santé, infirmiers spécialisés et un médecin, issus des premières rencontres, très impliqués dans le projet, ont souhaité participer à la construction du scénario et à son réajustement. Il repose sur des données scientifiques et empiriques (verbatim) provenant d'expériences parentales et professionnelles autour des pleurs et de la fatigue (Barbe Coulon et al., 2012 ; Coulon et al., 2015). Le film « Je pleure donc je suis », sorti en décembre 2017, a été financé par le Conseil départemental de la Vendée très impliqué dans cette problématique de santé. Il pourrait servir de support pour engager l'échange et permettre de sensibiliser à différents moments opportuns. Ce moyen est susceptible d'atteindre une population conséquente de parents, grands-parents, de personnes professionnelles ou non au contact d'enfant (assistantes maternelles). Les premiers résultats de l'évaluation (n = 450, professionnels de santé, étudiants en formation et familles) sont positifs tant pour les parents que pour les praticiens ou ceux en devenir. 90 % relèvent la pertinence du thème dans le devenir parent et le renforcement cognitif sur l'épuisement parental, les pleurs et les émotions. La prévention du SBS avec ce support suscitant l'émotion est possible pour 80,6 % des professionnels ou étudiants, avant ou après la naissance, doit s'accompagner d'un échange pour 95 % de tous les répondants. L'échange autour des "cartes famille", permet de renforcer les compétences parentales avec une vision commune du bien-être et développement de l'enfant.

Ce chapitre de discussion a permis d'interpréter les résultats de la recherche et de les relier aux concepts théoriques en faisant ressortir les compétences, tant des familles que des professionnels. La recherche est dite participative. La sensibilité théorique a permis la mise à jour des représentations sur l'intervention des professionnels avec les familles due à l'expérience professionnelle et les connaissances acquises. L'évolution de « s'entretenir avec les familles » au fur et à mesure des ateliers réflexifs et des lectures a permis de mieux délimiter l'objet de recherche et le développement d'un programme écosystémique en diminuant le cadre explicatif des défis auxquels les parents sont confrontés dans la collaboration avec les professionnels. En cours d'analyse, des allers et retours ont eu lieu vers la recension des écrits pour éviter d'influencer les résultats de l'étude. La sensibilité théorique concerne le processus.

Le chercheur, inclus dans les parties prenantes, a pu faire ressortir quelques éléments de réflexion. La réflexion sur la pratique se développe à trois niveaux. Le premier niveau permet d'interroger les moyens utilisés pour atteindre le développement d'une intervention préventive participative autour des pleurs, soit la formation réflexive soutenue par un modèle théorique. Le deuxième niveau concerne les hypothèses pour analyser l'activité d'enseignement, les interventions éducatives et les effets observés. Le dernier niveau est en lien avec une réflexion critique permettant de lier l'amélioration des pratiques participatives à la qualité des soins et de la faire reconnaître au niveau des politiques publique, familiale, sanitaire et sociale (Cambon & Alla, 2014; Cambon, Ridde, & Alla, 2010).

Conclusion

« Il faut tout un village pour élever un enfant ».

Adage africain

Cette recherche collaborative a permis d'explorer quelques savoirs à construire, incertains autour de l'accompagnement des familles. Ceux-ci sont devenus le moteur de la réflexion sur l'action. Le soutien de la parentalité, basé sur les principes directeurs internationaux et la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (OMS, 1986), n'est efficace que s'il répond aux attentes des familles et surtout s'il correspond aux spécificités de leurs besoins et préoccupations. La perception des besoins des deux parents et leurs besoins réels de recevoir un soutien informatif et émotionnel valorisant sur les pleurs, leurs significations et la réponse à apporter ont servi de point de départ à la réflexion selon la question de recherche suivante : Comment la formation réflexive peut-elle permettre le développement et l'implantation de pratiques soutenant le pouvoir d'agir et les besoins des familles dans un contexte particulier de pleurs avec les professionnels de santé ?

Les facteurs de réussite de la collaboration au sein des équipes, des relations parent-intervenant et de la relation chercheur-professionnels sont identiques. Les éléments facilitants sont l'orientation pour donner le sens, la construction de la confiance, l'écoute, la clarification des rôles de chacun, l'engagement, l'implantation dans la pratique et l'évaluation avant la poursuite. Les professionnels de santé ont pu émettre leur perception

et prendre connaissance de celle des parents de l'aide reçue et des besoins d'aide dans un parcours de santé postnatal. Les résultats ont permis de répondre positivement à la question de recherche. Les acteurs ont eu l'occasion de mieux comprendre leurs pratiques et de les faire évoluer. L'approche préventive traditionnelle basée sur les déficits et les facteurs de risque a reculé au profit d'une approche préventive centrée sur les forces visant le soutien de l'engagement parental et de leur fonction réflexive. La recherche participative, qui place le chercheur dans une position symétrique pour offrir une autre façon de penser le rapport à l'apprentissage, a favorisé l'émergence des ressources discursives pour permettre aux professionnels de santé de négocier leur relation à la pratique en leur laissant l'espace de liberté nécessaire à la construction de leur propre savoir. Les professionnels ont pu dessiner une intervention centrée sur les forces, les compétences et le pouvoir d'agir des familles à visée préventive. Ils ont démontré leur rôle actif, leur réflexion dans les propositions et les actions menées, et ce, tant au niveau des ateliers réflexifs que dans les exemples de pratiques rapportées.

La recherche autour d'un défi parental permet d'améliorer les connaissances sur les représentations et les pratiques professionnelles en lien avec les pleurs des nourrissons, la prévention et le soutien des habiletés parentales. Le cadre théorique a permis de présenter un ensemble de concepts sur la pratique professionnelle participative et la recherche collaborative fondée sur la pratique réflexive. Il a abouti à la construction d'un programme de formation réflexive préventif autour des pleurs soutenant les habiletés parentales pour les professionnels de terrain en intégrant la voix des intervenants de terrain et de quelques

parents pour évaluer la faisabilité de l'intervention. L'intervention a permis de viser les deux parents. L'efficacité auprès de la population des parents demande à être mesurée sur une plus grande échelle.

Limites et perspectives

Ce travail comporte des limites et n'a pas la prétention de traiter tous les aspects du soutien à la parentalité. Avec l'aide des professionnels, il propose de construire une pratique d'aide collaborative susceptible de répondre aux besoins d'accompagnement des parents face aux défis des premiers mois de vie avec un nourrisson. Une des limites repose sur la sensibilité du chercheur et son impact sur les choix effectués. L'objectif de la cohérence de la recherche a été poursuivi. Certes, la recherche est conduite et analysée sans le bénéfice de la comparaison scientifique entre deux groupes. Cependant, à ce stade de développement d'un programme de recherche participative, son utilité est interrogée, voire décriée en lien avec l'objectif qui n'était pas tant d'évaluer l'efficacité d'un programme de formation mais de le co-construire, ce qui ne peut se faire avec un groupe contrôle. L'avantage de la recherche collaborative est de pouvoir approfondir et éclaircir les informations collectées par l'intermédiaire des ateliers réflexifs, des entretiens et du journal de bord du chercheur. Les perceptions, subjectives, recueillies ont permis de collaborer et de co-construire avec les professionnels, ce qui est difficile à concilier avec une évaluation. Plusieurs biais peuvent être relevés lors du recueil de l'information à tous les niveaux, de l'analyse documentaire, des entretiens, questionnaires aux observations effectuées. Le principal biais est un biais de désirabilité sociale des participants qui

consiste à adopter un comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé ou même observé. La motivation pour ce comportement vient de la mise en confiance et de la valorisation de la personne devenue sujet d'intérêt. Le nombre de dix-sept entretiens menés avec des personnes issues de contextes professionnels différents pour obtenir des points de vue variés a permis de réduire ce biais. Le recours à une autre personne pour quelques entretiens est également un point positif.

Au niveau des perspectives de recherche, les limites méthodologiques quantitatives ont été soulignées en ce qui concerne l'échantillon restreint et sa représentativité relative. Les résultats pourront être vérifiés dans d'autres contextes et dans une perspective interdisciplinaire santé-social. Les résultats ne permettent pas de généraliser le programme. Ils proposent des pistes de recherches ultérieures, de transfert et d'adaptation selon le contexte de pratique. Les méthodes utilisées sont à considérer pour répondre aux problématiques actuelles de santé publique dans un champ interdisciplinaire en Europe. Elles permettent de vérifier l'adéquation de la formation réflexive et des outils proposés à une utilisation pratique sur le terrain selon la perception des intervenants et de quelques parents. L'efficacité et la qualité du service ne se mesurent pas sur la perception des prestataires de leurs actions, mais sur les effets sur la clientèle. Cette mesure est prévue lors d'une prochaine recherche pour vérifier l'efficacité de l'intervention préventive soutenant les habiletés et le pouvoir d'agir des parents en utilisant un devis quasi-expérimental avec groupe de comparaison pour permettre de conclure sur l'effet de l'intervention auprès des deux parents. On pourrait évaluer l'efficacité du programme

finalisé de formation réflexive autour des pleurs et des pratiques participatives en comparaison avec une formation sur les pleurs et le SBS.

En ce qui concerne les perspectives de formation, le modèle logique d'intervention développé à partir du cadre théorique en lien avec les résultats du programme avec les professionnels peut servir de base pour former les futurs professionnels de santé. Ce travail se veut un préalable à des recherches futures ayant pour objectif de soutenir la santé psychosociale et le pouvoir d'agir des familles et de prévenir la négligence, notamment dans un contexte interculturel et interprofessionnel. Les pratiques d'aide participatives centrées sur les forces qui semblent encore assez étrangères aux parents peuvent être renforcées et évaluées dans le but d'améliorer les pratiques professionnelles pour tendre vers des pratiques visant l'excellence (*Best Practice*). La supervision sur le terrain pourrait contribuer à implanter les pratiques centrées sur la famille. Des changements positifs de la supervision reçue ont été perçus dans le domaine santé social de l'enfance (Lietz, Hayes, Cronin & Julien-Chinn, 2014). Au niveau pratique et gestion, la formation à l'utilisation du modèle d'approche systémique participative offre des perspectives. Elle peut permettre de définir les objectifs, les priorités, les conditions de travail et de développer le travail en interdisciplinarité (Hewison, 2007; McCrae, 2012; Sieloff & Raph, 2011), de favoriser les meilleures pratiques, mais également d'attirer et de retenir un personnel à qui on offre la possibilité de se former, d'expérimenter et d'écrire son expérience, permettant ainsi une satisfaction accrue des infirmières (Brunelle, 2009; Cifali & André, 2015; Gottlieb & Gottlieb, 2014).

Références

- Aarthun, A., & Akerjordet, K. (2014). Parent participation in decision-making in health-care services for children: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(2), 177-191.
- Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(1), 31-40.
- Adams, T. E., Holman Jones, S. A., & Ellis, C. (2014). *Autoethnography: Understanding qualitative research*. Oxford: Oxford University Press.
- Adamsbaum, C., Grabar, S., Mejean, N., & Rey-Salmon, C. (2010). Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. *Pediatrics*, 126(3), 546-555.
- Adamson, K. (2013). Predictors of relationship quality during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31, 160-171.
- Addor, V., Jeannin, A., Morin, D., Lehmann, P., Jeanneret, F. R., & Schwendimann, R. (2015). How to identify and recruit nurses to a survey 14 and 24 years after graduation in a context of scarce data: Lessons learnt from the 2012 nurses at work pilot study on nurses' career paths. *BMC Health Services Research*, 15(1), 120.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., & Waters, E. (1978). Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Allen, F. M., & Warner, M. (2002). A developmental model of health and nursing. *Journal of Family Nursing*, 8(2), 96-135. doi: 10.1177/107484070200800202
- Allen, S. M., & Daly, K. J. (2005). Fathers and the navigation of family space and time. Dans W. Marsiglio, G. Fox, & K. Roy (Éds), *Situated fathering: A focus on physical and social space* (pp. 49-70). Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Altet, M. (2000). L'analyse de pratiques : une démarche de formation professionnalisante? *Recherche et formation*, 35, 25-41.
- Altimier, L. (2008). Shaken baby syndrome. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22(1), 68-76.
- Altman, R. L., Canter, J., Patrick, P. A., Daley, N., Butt, N. K., & Brand, D. A. (2011). Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma. *Pediatrics*, 128(5), e1164-e1172.

- André, N., & Yvart, F. X. (2015). Changement de la variabilité de la fréquence cardiaque en réponse à un traitement par la respiration profonde chez des patients cardiaques avec troubles anxieux : un protocole exploratoire à cas unique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 25(4), 168-176.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Armenakis, A. A., Bernerth, J. B., Pitts, J. P., & Walker, H. J. (2007). Organizational change recipients' beliefs scale: Development of an assessment instrument. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 43(4), 481-505.
- Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles : temps, chaos, processus*. Toulouse : Erès.
- Austin, M. P. V., Hadzi-Pavlovic, D., Priest, S. R., Reilly, N., Wilhelm, K., Saint, K., & Parker, G. (2010). Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: How prevalent are they and can we improve their detection?. *Archives of Women's Mental Health*, 13(5), 395-401.
- Balas-Chanel, A. (2013). *La pratique réflexive. Un outil de développement des compétences infirmières*. Paris : Elsevier Masson.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Londres: Macmillan.
- Bandura, A. (2003). *Auto efficacité le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck.
- Barbe-Coulon, D., & Dufey-Verga, M. (2017). La perception des parents d'un enfant hospitalisé quant à leurs compétences. *Soins, pédiatrie, puériculture*, 38(299), 45-48.
- Barbier, J. M. (1998). *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (2^e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Bareil, C. (2004). *Gérer le volet humain du changement : tirer avantage du modèle des 7 phases de préoccupations, agir en fonction des besoins des individus, comprendre autrement la résistance au changement*. Éd. de la Fondation de l'entrepreneurship.
- Barlow, J., Davis, H., McIntosh, E., Jarrett, P., Mockford, C., & Stewart-Brown, S. (2007). Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: Results of a multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *Archives of Disease in Childhood*, 92(3), 229-233.

- Barlow, K. M., Thomson, E., Johnson, D., & Minns, R. A. (2005). Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy. *Pediatrics*, 116(2), e174-e185.
- Barr, R. G., Rivara, F. P., Barr, M., Cummings, P., Taylor, J., Lengua, L. J., & Meredith-Benitz, E. (2009). Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behaviors regarding crying and shaken-baby syndrome in mothers of newborns: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 123(3), 972-980.
- Barr, R. G., Trent, R. B., & Cross, J. (2006). Age-related incidence curve of hospitalized shaken baby syndrome cases: Convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse & Neglect*, 30(1), 7-16.
- Barr, R. G., Konner, M., Bakeman, R., & Adamson, L. (1991). Crying in! Kung San infants: a test of the cultural specificity hypothesis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 33(7), 601-610.
- Bechtel, K., Le, K., Martin, K. D., Shah, N., Leventhal, J. M., & Colson, E. (2011). Impact of an educational intervention on caregivers' beliefs about infant crying and knowledge of shaken baby syndrome. *Academic Pediatrics*, 11(6), 481-486.
- Bell, J. M., Wright, L. M., Svavarsdottir, E. K., & Jonsdottir, H. (2011). The illness beliefs model: Creating practice knowledge for families experiencing illness suffering. *Family Nursing in Action*, 15-51.
- Bell, L. (2002). *Établissement de la relation parents enfant*. Repéré à <http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/pdf/InfirmiereClinicienne-vol5no2-Bell.pdf>
- Belsky, J., & de Haan, M. (2011). Annual research review: Parenting and children's brain development: The end of the beginning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4), 409-428.
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., & Saveman, B. I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162-180.
- Berger, D., Pizon, F., Bencharif, L., & Jourdan, D. (2009). Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes. *Didaskalia*, 34(juin), 35-66. doi: 10.4267/2042/30429
- Bergonnier-Dupuy, G., & Robin, M. (2007). *Couple conjugal, couple parental : vers de nouveaux modèles*. Paris : Érès.

- Bigras, M., LaFreniere, P. J., & Dumas, J. E. (1996). Discriminant validity of the parent and child scales of the Parenting Stress Index. *Early Education and Development*, 7(2), 167-178.
- Bigras, M., & Paquette, D. (2000). L'Interdépendance entre les sous-systèmes conjugal et parental : une analyse personne-processus-contexte. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(2), 91-102.
- Binet, E. (2014). Les pleurs de la petite enfance : une question d'attachement? Éclairages théoriques. *Les métiers de la petite enfance*, 20(212), 31-35.
- Bolten, M. I., Fink, N. S., & Stadler, C. (2012). Maternal self-efficacy reduces the impact of prenatal stress on infant's crying behavior. *The Journal of Pediatrics*, 161(1), 104-109.
- Bondas-Salonen, T. (1998). New mothers' experiences of postpartum care: A phenomenological follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 165-174.
- Bornstein, M. H., Putnick, D. L., Suwalsky, J. T., & Gini, M. (2006). Maternal chronological age, prenatal and perinatal history, social support, and parenting of infants. *Child Development*, 77(4), 875-892.
- Bouchard, G. (2014). The quality of the parenting alliance during the transition to parenthood. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 46, 20-28.
- Bourdieu, P. (Éd., 2001). *Objectiver le sujet de l'objectivation*. Repéré à <https://anthropohira.wordpress.com/2015/02/23/bourdieu-objectiver-le-sujet-de-l'objectivation/>
- Boutet, A., & Trémenbert, J. (2009). Mieux comprendre les situations de non-usage des TIC – Le cas de l'Internet et de l'informatique. Réflexions méthodologiques sur les indicateurs de l'exclusion dite numérique. *Les Cahiers du Numérique*, 5(1), 69-100.
- Bowlby, J. (1978). Attachement et perte: L'attachement (vol. 1). Paris: PUF.
- Bradley, M. F., & Pauzé, R. (2008). Cycle de vie familiale, échec dans la résolution des tâches développementales et apparition de l'anorexie à l'adolescence. *Thérapie familiale*, 29(3), 335-353.
- Brazelton, T. B. (1962). Crying in infancy. *Pediatrics*, 29(4), 579-588.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. (1991). *Les premiers liens*. Paris : Stock.

- Brazelton, T. B., Nugent, J. K., & Bruschiweiller-Stern, N. (2001). *Échelle de Brazelton : évaluation du comportement néonatal*. Traduction française de N. Bruschiweiller-Stern et D. Candilis-Huisman. Éditions Médecine & Hygiène.
- Brickman, P., Rabinowitz, V. C., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E., & Kidder, L. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37, 368-384.
- Brodiez-Dolino, A. (2015) La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique, *Informations sociales*, 188, 10-18.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Massachusset: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *Annals of Child Development*, 6, 187-249.
- Brousseau, M. (2012). Interventions et programmes en contexte de négligence : évolution et défis de l'intervention auprès des familles. *Enfances, familles, générations*, 16, 95-112.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé. Concepts, méthodes et modèles* (2^e éd.). Paris : Dunod.
- Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques: un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et organisation des soins*, 40(1), 39-48. doi: 10.3917/pos.401.0039.
- Burnes, B., & Jackson, P. (2011). Success and failure in organizational change: An exploration of the role of values. *Journal of Change Management*, 11(2), 133-162.
- Caffey, J. (1972). The parent-infant traumatic stress syndrome (Caffey-Kempe syndrome), (battered babe syndrome). *The American Journal of Roentgenology, Radium Therapy, and Nuclear Medicine*, 114(2), 218-229.
- Cajaiba, A. P., & Avenier, M. J. (2013). Recherches collaboratives et constructivisme pragmatique : éclairages pratiques. *Recherches qualitatives*, 32(2), 201-226.
- Cambon, L., & Alla, F. (2014). *Recherche interventionnelle en santé publique, transfert de connaissances et collaboration entre acteurs, décideurs et chercheurs. Le défi français de l'innovation*. Repéré à http://www.iresp.net/files/2014/12/Web_QSPn%C2%B027.web-1.pdf

- Cambron, L., Ridde, V., & Alla, F. (2010). Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 58(4), 277-283.
- Capponi, I., Bacro, F., & Boudoukha, A. H. (2013). Effets différentiels des types de soutien social sur l'anxiété maternelle périnatale. *Bulletin de psychologie*, (3), 209-224.
- Capponi, I., & Horbacz, C. (2007). À propos de l'invisibilité de l'anxiété périnatale. *Perspectives Psy*, 46(4), 362-367.
- Carbaugh, S. F. (2004). Understanding shaken baby syndrome. *Advances in Neonatal Care*, 4(2), 105-117.
- Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. (2013). *Un outil pour l'évaluation*. Repéré à http://www.excellencepourenfantsados.ca/sites/default/files/docs/outils_pour_levaluation_des_programmes.pdf
- Charmaz, K. (2006) *Constructing grounded theory - A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications.
- Chen, H. T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation and effectiveness*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Chiesa, A., & Duhaime, A. C. (2009). Abusive head trauma. *Pediatric Clinics of North America*, 56(2), 317-331.
- Chocat, J. (2009). *Le savoir d'expérience : une mise en récit à explorer entre pratique réflexive et didactique professionnelle*. [En ligne]. Document repéré le 24 mars 2012 de <http://www.infiressources.ca>
- Cifali, M., & André, A. (2015). *Écrire l'expérience: vers la reconnaissance des pratiques professionnelles*. Presses universitaires de France.
- CNAPE. (2017). *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*. Repéré à <http://www.cnape.fr/files/news/1899.pdf>
- Collerette, P., Delisle, G., & Perron, R. (1997). *Le changement organisationnel : théorie et pratique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Collerette, P., Lauzier, M., & Schneider, R. (2013). *Le pilotage du changement* (2^e éd.). Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Comité SPSU. (2007). Rapport annuel. Swiss Pediatric Surveillance Unit. Recherche de maladies pédiatriques rares chez les enfants hospitalisés. *Société suisse de pédiatrie et Office fédéral de la santé publique*, 39, 704-712.
- Corlett, J., & Twycross, A. (2006). Negotiation of care by children's nurses: lessons from research. *Paediatric Nursing*, 18(8), 34-37.
- Coulon, D. (2015). L'expérience des pères en lien avec les pleurs des nourrissons. *Revue de l'Association suisse des infirmières puéricultrices*, 88, 16-18.
- Coulon, D., & Baillod, L. (2012). Sensibilisation et prévention autour des pleurs du nourrisson. *Les cahiers de la puéricultrice*, 258, 26-29.
- Coulon, D., & Baillod, L. (2012). *Rapport de recherche Projet Cyberlearn Pleurs*. Université de Suisse Occidentale à Sierre.
- Coulon, D., & Baillod, L. (2013). *Atelier de groupe autour des pleurs*. Lyon : Journées ANPDE.
- Coulon, D., & Congiu-Mertel, L. (2016). *À l'écoute des familles. L'approche narrative*. Affiche présentée à la deuxième journée narrative francophone, Nantes.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Corrigan, C. P., Kwasky, A. N., & Groh, C. J. (2015). Social support, postpartum depression, and professional assistance: a survey of mothers in the midwestern United States. *The Journal of Perinatal Education*, 24(1), 48-60.
- Coulon, D., & deMontigny, F. (2014). *Rapport de recherche*. Université du Québec à Trois Rivières.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2^e éd). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cyrułnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob.
- Dagenais, C., & Ridde, V. (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Montréal, QC : Université de Montréal.
- Deater-Deckard, K., Smith, J., Ivy, L., & Petrill, S. A. (2005). Differential perceptions of and feelings about sibling children: Implications for research on parenting stress. *Infant and Child Development*, 14(2), 211-225.

- Delage, M. (2009). Comment s'attache-t-on dans un couple?. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, (1), 87-105.
- de Montigny, F., Devault, A., Este, D., Fleurant, A., & Nascimento, L. C. (2011). Nursing students' perceptions of their experiences with fathers during their family nursing clinical practicum. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 20(4), 649-657.
- de Montigny, F., Gervais, C., & Dubeau, D. (2017). La place des pères en périnatalité : le programme québécois « Initiative Amis des pères au sein des familles ». *Revue de médecine périnatale*, 9(4), 216-220.
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2002). Perceptions des pères et des mères primipares à l'égard des moments critiques des 72 premières heures postnatales. *Revue québécoise de psychologie*, 23(2), 57-77.
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2008). Modeling parents and nurses' relationships. *Western Journal of Nursing Research*, 30(6), 743-758.
- de Montigny, F., Lacharité, C., & Amyot, É. (2006). The transition to fatherhood: The role of formal and informal support structures during the post-partum period. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 15(4), 601-609.
- Dennis, C. L., Janssen, P. A., & Singer, J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(5), 338-346.
- de Oliveira, D. R., Griep, R. H., Portela, L. F., & Rotenberg, L. (2017). Intention to leave profession, psychosocial environment and self-rated health among registered nurses from large hospitals in Brazil: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 21-31.
- Depallens, S., Maeder, P., & Cheseaux, J. J. (2014). *N'attendez pas le second secouement pour faire le diagnostic!* Paris : Conférence internationale sur le SBS/TCI.
- DePanfilis, D. & Dubowitz, H. (2005). Family connections: A program for preventing child neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 108-123.
- DeSanto-Madeya, S. (2007). Using case studies based on a nursing conceptual model to teach medical-surgical nursing. *Nursing Science Quarterly*, 20(4), 324-329. doi: 10.1177/0894318407307159
- Descamps-Bednarz, N., Desgagné, S., Maheux, J.-F., & Savoie-Zajc, L. (2012). La mise au jour d'un contrat réflexif comme régulateur de démarches de recherche

- participative : le cas d'une recherche-action et d'une recherche collaborative. *Recherches en éducation*, 14, 129-152.
- Descamps-Bednarz, N., & Savoie-Zajc, L. (2007). Action research and collaborative research: Their specific contributions to professional development. *Educational Action Research*, 15(4), 577-596.
- De Singly, F. (2003). Intimité conjugale et intimité personnelle : à la recherche d'un équilibre entre deux exigences dans les sociétés modernes avancées. *Sociologie et sociétés*, 35(2), 79-96.
- Desgagné, S. (2005). La participation de l'utilisateur, praticien ou citoyen, à la production d'un savoir crédible : une avenue incontournable. Dans L. Sauvé, I. Orellana, & E. van Steenberghe (Éds), *Éducation et environnement : un croisement de savoirs*. Montréal : Association francophone pour le savoir -ACFAS, *Cahiers scientifiques*, 104, 175-185.
- Deslauriers, J. P., & Kérisit, M. (1997). *Le devis de recherche qualitative*. Dans J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Éds), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 85-109). Montréal : Gaétan Morin.
- deVries, M. W. (1984). Temperament and infant mortality among the Masai of East Africa. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1189-1194.
- de Weerth, C., Zijlmans, M. A., & Riksen-Walraven, J. M. (2015). Associations between maternal prenatal cortisol concentrations and child outcomes: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 53, 1-24.
- Dewey, J. (1967). *Logique : la théorie de l'enquête*. Paris : Presses universitaires de France.
- Deyo, G., Skybo, T., & Carroll, A. (2008). Secondary analysis of the "Love me... never shake me" SBS education program. *Child Abuse & Neglect*, 32(11), 1017-1025.
- Dias, M. S., Rottmund C. M., Cappos, K. M., Reed, M. E., Wang, M., Stetter, C., ... Klevens, J. (2017). Association of a postnatal parent education program for abusive head trauma with subsequent pediatric abusive head trauma hospitalization rates. *Pediatrics*, 171(3), 223-229. doi: 10.1001/jamapediatrics.2016.4218
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403-425.

- Doane, G. H., & Varcoe, C. (2014). *How to nurse: Relational inquiry with individuals and families in changing health and health care contexts*. Philadelphie: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Doherty, W. J., Erickson, M. F., & La Rossa, R. (2006). An intervention to increase father involvement and skills with infants during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 20, 438-447.
- Doise, W., & Mugny, G. (1981). *Le développement social de l'intelligence* (Vol. 1). Paris : InterEditions.
- Dubeau, D., Devault, A., & de Montigny (2012). La coparentalité : le défi d'un travail d'équipe pour les parents. Dans F. de Montigny, A. Devault, & C. Gervais (Éds), *La naissance de la famille. Accompagner les parents et les enfants en période périnatale* (pp. 163-177), Montréal : Chenelière Éducation.
- Dugnat, M. (2002). Santé mentale et psychiatrie périnatales : renouveler l'approche de la prévention. *Dialogue*, 3(157), 29-41.
- Duhamel, F. (2015). *La santé et la famille*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Dunning, M. J., & Giallo, R. (2012). Fatigue, parenting stress, self-efficacy and satisfaction in mothers of infants and young children. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(2), 145-159.
- Dunning, M. J., Seymour, M., Cooklin, A., & Giallo, R. (2013). Wide awake parenting: Study protocol for a randomised controlled trial of a parenting program for the management of postpartum fatigue. *BMC Public Health*, 13(1), 1-9.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1996). Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care. *Pediatric Nursing*, 22(4), 334-343.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1994). *Enabling and empowering families*. Cambridge, MA: Brookline.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & LaPointe, N. (1994). Meaning and key characteristics of empowerment. Dans C. J. Dunst, C. M. Trivette, & A. G. Deal (Éds), *Supporting and strengthening families, Vol. 1: Methods, strategies and practices* (pp. 12-28). Cambridge, MA: Brookline.
- Dutertre-LePoncin, H. (2012). Accueillir et punir : les professionnels à la question. *Spirale*, (2), 44-47.

- Eggebeen, D. J., & Knoester, C. (2001). Does fatherhood matter for men? *Journal of Marriage and Family*, 63, 381-393. doi: 10.2307/3654599
- Elkaïm, M. (1995). *Panorama des thérapies familiales*. Paris : Éditions du Seuil.
- Ellingson, K. D., Leventhal, J. M., & Weiss, H. B. (2008). Using hospital discharge data to track inflicted traumatic brain injury. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(4), S157-S162.
- Epston, D. (2016). Re-imagining narrative therapy: A history for the future. *Journal of Systemic Therapies*, 35(1), 79-87.
- Esdaile, S. A., & Greenwood, K. M. (2003). A comparison of mothers' and fathers' experience of parenting stress and attributions for parent-child interaction outcomes. *Occupational Therapy International*, 10(2), 115-126.
- Ethier, L. S., Couture, G., Lacharité, C., & Gagnier, J. P. (2000). Impact of a multidimensional intervention programme applied to families at risk for child neglect. *Child Abuse Review*, 9(1), 19-36.
- Evans, L., Hall, M., Jones, C. M., & Neiman, A. (2007). Did the Ottawa Charter play a role in the push to assess the effectiveness of health promotion? *Promotion & Education*, 14, 28-30.
- Fanconi, M., & Lips, U. (2010). Shaken baby syndrome in Switzerland: Results of a prospective follow-up study, 2002-2007. *European Journal of Pediatrics*, 169(8), 1023-1028.
- Favez, N., & Frascarolo, F. (2011). Le développement des interactions triadiques mère-père-enfant. *Devenir*, 23(4), 359-377.
- Favez, N., & Frascarolo, F. (2013). Le coparentage : composants, implications et thérapie. *Devenir*, 25(2), 73-92.
- Fawcett, S. B., White, G. W., Balcazar, F. E., Suarez-Balcazar, Y., Mathews, R. M., Paine, A. L., ... Smith, J. F. (1994). A contextual-behavioral model of empowerment: Case studies with people with physical disabilities. *American Journal of Community Psychology*, 22(4), 471-496.
- Fear, W. J. (2007). Program evaluation theory: The next step toward a synthesis of logic models and organizational theory. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 4(7), 13-25.
- Feeney, J. A., Hohaus, L., Noller, P., & Alexander, R. P. (2001). *Becoming parents*. New York, NY: Cambridge University Press.

- Fetterman, D. M., & Wandersman, A. (2005). *Empowerment evaluation principles in practice*. New York, NY: The Guilford Press.
- Foley, S., Kovács, Z., Rose, J., Lamb, R., Tolliday, F., Simons-Coghill, M., ... Kassai, T. (2013). International collaboration on prevention of shaken baby syndrome – an ongoing project/intervention. *Paediatrics and International Child Health*, 33(4), 233-238.
- Ford-Gilboe, M. (2002). Developing knowledge about family health promotion by testing the Developmental Model of Health and Nursing. *Journal of Family Nursing*, 8(2), 140-156.
- Forget, G. (2009). La promotion de l'engagement paternel, des archétypes à transformer, une pratique à construire. *Reflets : Revue d'intervention sociale et communautaire*, 15(1), 79-101.
- Frank, T. J., Keown, L. J., & Sanders, M. R. (2015). Enhancing father engagement and interparental teamwork in an evidence-based parenting intervention: A randomized-controlled trial of outcomes and processes. *Behavior Therapy*, 46(6), 749-763.
- Frascarolo-Moutinot, F., Darwiche, J., & Favez, N. (2009). Couple conjugal et couple coparental : quelle articulation lors de la transition à la parentalité? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, (1), 207-229.
- Freedman, S. B., Al-Harthy, N., & Thull-Freedman, J. (2009). The crying infant: Diagnostic testing and frequency of serious underlying disease. *Pediatrics*, 123(3), 841-848.
- Frey, W. H., & Langseth, M. (1985). *Crying: The mystery of tears*. Michigan: Winston Press.
- Froh, J. J., Sefick, W. J., & Emmons, R. A. (2008). Counting blessings in early adolescents: An experimental study of gratitude and subjective well-being. *Journal of School Psychology*, 46, 213-233.
- Futris, T. G., Schoppe-Sullivan, S. J. (2007). Mothers' perceptions of barriers, parenting alliance, and adolescent fathers' engagement with their children. *Journal of Applied Family Studies*, 56, 258-263.
- Gagné, C. (2015). *Facteurs psychologiques reliés à la satisfaction conjugale et l'ajustement parental lors de l'arrivée d'un enfant* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc.

- Garrino, L., Gregorino, S., Gargano, A., & Grazia Bedin, M.-G. (2010). Les compétences réflexives : un enjeu majeur dans la formation soignante. *Perspective soignante*, 37, 84-103.
- Gauchet, A., Shankland, R., Dantzer, C., Pelissier, S., & Aguerre, C. (2012). Applications cliniques en psychologie de la santé. *Psychologie française*, 57(2), 131-142.
- Gélinas, C., Lussier, Y., & Sabourin, S. (1995). Adaptation conjugale : le rôle des attributions et de la détresse psychologique. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 27(1), 21-35.
- Gervais, C., de Montigny, F., Lacharité, C., & Dubeau, D. (2015). The father friendly initiative within families: Using a logic model to develop program theory for a father support program. *Evaluation and program planning*, 52, 133-141.
- Gilley, A., McMillan, H. S., & Gilley, J. W. (2009). Organizational change and characteristics of leadership effectiveness. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 16(1), 38-47.
- Gingras, M. A., & Lacharité, C. (2009). Trois perspectives sur la personne, la famille et le changement. Dans C. Lacharité & J.-P. Gagnier (Éds), *Comprendre les familles pour mieux intervenir : repères conceptuels et stratégies d'action* (pp. 130-154). Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Girard, K., Miron, J. M., & Couture, G. (2014). Le développement du pouvoir d'agir au sein des relations parents-professionnels en contexte d'intervention précoce. *Phronesis*, 3(3), 52-62.
- Glaser, B. G. (2001). *The grounded theory perspective: Conceptualization contrasted with description*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glazier, R. H., Elgar, F. J., Goel, V., & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 25, 247-255.
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.
- Gottlieb, L. N., & Gottlieb, B. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces. La santé et la guérison de la personne et de la famille*. Paris : De Boeck.
- Goulet, C., Frappier, J. Y., Fortin, S., Déziel, L., Lampron, A., & Boulanger, M. (2009). Development and evaluation of a shaken baby syndrome prevention program. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38(1), 7-21.

- Goudreau, J., Duhamel, F., & Ricard, N. (2006). The impact of a family systems nursing educational program on the practice of psychiatric nurses: A pilot study. *Journal of Family Nursing*, 12(3), 292-306.
- Greene, J. C. (2006). Toward a methodology of mixed methods social inquiry. *Research in the Schools*, 13(1), 93-98.
- Gremmo-Feger, G., & Brest, P. C. (2007). Un autre regard sur les pleurs du nourrisson. Repéré à <http://www.co-naitre.net/wp-content/uploads/2016/04/pleursautre REGARDGGF09.pdf>
- Gueguen, C. (2014). *Pour une enfance heureuse : repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau*. Paris : Robert Laffont.
- Gugiu, P. C., & Rodriguez-Campos, L. (2007). Semi-structured interview protocol for constructing logic models. *Evaluation and Program Planning*, 30(4), 339-350.
- Guillaumin, C. (2009). La réflexivité comme compétence : enjeu des nouvelles ingénieries de la formation. *Cahiers de sociolinguistique*, 14, 85-101.
- Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2012). *Méthodologie de la théorisation enracinée*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gullan, R. L., LeRoy, M., Boxer, P., & Mahoney, A. (2014). Interaction between the parenting alliance and parent-child activities in a clinic-referred sample of 2 to 18-year-olds. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 303-311.
- Gutierrez, F. L., Clements, P. T., & Averill, J. (2004). Shaken baby syndrome: Assessment, intervention, & prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(12), 22-29.
- Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 458-466.
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M. H., Mbourou-Azizah, G., Da Silva, R. B.,... Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature. *Santé publique*, 27(1), 27-37.
- Haslam, D. M., Pakenham, K. I., & Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: The mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal*, 27(3), 276-291.

- Haute Autorité de santé. (HAS, 2017). *Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement*. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement
- Hawe, P., & Potvin L. (2009). What is population health intervention research? *Canadian Journal of Public Health*, 100(1), I8-I14.
- Hense, J., Kriz, W. C., & Wolfe, J. (2009). Putting theory-oriented evaluation into practice: A logic model approach for evaluating SIMGAME. *Simulation & Gaming*, 40(1), 110-133.
- Hensler, H., Garant, C., & Dumoulin, M. J. (2001) La Pratique réflexive, pour un cadre de référence partagé par les acteurs de la formation. Dans L. Paquay & R. Sirota (Éds), *Le praticien réflexif. La diffusion d'un modèle de formation, Recherche et formation*, 36. (pp. 29-42).
- Hernandez, M. (2000). Using logic models and program theory to build outcome accountability. *Education and Treatment of Children*, 23(1), 24-40.
- Hewison, A. (2007). Policy analysis: A framework for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 15(7), 693-699. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00731.x
- Hiscock, H., Cook, F., Bayer, J., Le, H. N., Mensah, F., Cann, W., ... St James-Roberts, I. (2014). Preventing early infant sleep and crying problems and postnatal depression: A randomized trial. *Pediatrics*, 133(2), e346-e354.
- Hobbs, C., Childs, A. M., Wynne, J., Livingston, J., & Seal, A. (2005). Subdural haematoma and effusion in infancy: An epidemiological study. *Archives of Disease in Childhood*, 90(9), 952-955.
- Holcomb-McCoy, C., & Bryan, J. (2010). Advocacy and empowerment in parent consultation: Implications for theory and practice. *Journal of Counseling & Development*, 88, 259-268.
- Horner, K. L. (1998). Individuality in vulnerability influences on physical health. *Journal of Health Psychology*, 3(1), 71-85.
- Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*, Ministère de l'emploi et de la solidarité. Ramonville Saint-Agne : Érés.
- Huberman, M. A., & Miles, M. B. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Paris: de Boeck.

- Hudson, D. B., Campbell-Grossman, C., Fleck, M. O., Elek, S., & Shipman, A. (2003). Effects of the new fathers network on first-time fathers' parting self-efficacy and parenting satisfaction during the transition to parenthood. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 26(4), 217-229.
- Hughes, F. M., Gordon, K. C., & Gaertner, L. (2004). Predicting spouses' perceptions of their parenting alliance. *Journal of Marriage and Family*, 66(2), 506-514.
- Hunzinger, U. A., & Barr, R.G. (1986). Increased carrying reduces infant crying: A randomized control trial. *Pediatrics*, 77, 641-648.
- Israël, J. (2005). *Bébé pleure, laisse-le pleurer*. Ramonville : Erès.
- James, E. L., Fraser, C., & Talbot, L. (2007). Vulnerable children in families affected by parental mental illness: The role of theory in program development. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 2(2), 142-153.
- Jodelet, D. (2007). *Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales*. Dans V. Haas & J.-M. Tremblay (Éds), *Les savoirs du quotidien. Transmissions, appropriations, représentations*, (pp. 235-255). Rennes : Les Presses universitaires de Rennes.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Towards a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133.
- Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, S., Bouteyre, E., Roth, M., Méthot, L., & Vasile, D. (2011). Résilience assistée et événements survenant au cours de l'enfance : maltraitance, maladie, divorce, décès des parents et troubles psychiatriques des parents. *Traité de résilience assistée*. Paris : Presses universitaires de France.
- Kaes, R. (2013) Face au mal être psychique dans les cultures hypermodernes, que peut la psychanalyse? *Bulletin de psychologie*, 526, 281-288.
- Kanita, A (2010). Father experience of postpartum depression. Dissertation Abstracts International: Section B. *The Sciences and Engineering*, 71(6-B), 3926.
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, 118, 3-34.
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1997). Neuroticism, marital interaction, and the trajectory of marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(5), 1075-1092.

- Karney, B. R., Story, L. B., & Bradbury, T. N. (2005). Marriages in context: Interactions between chronic and acute stress among newlyweds. Dans T. A. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Éds), *Emerging perspectives on couple's coping* (pp. 13-32). Washington, DC: APA.
- Katz, J. (2002). From how to why: On luminous description and causal inference in ethnography (part 2). *Ethnography*, 3(1), 63-90.
- Keefe, M. R., Barbosa, G. A., Froese-Fretz, A., Kotzer, A., M., & Lobo, M. (2005). An intervention program for families with irritable infants. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 30(4), 230-236.
- Keenan, H. T., Runyan, D. K., Marshall, S. W., Nocera, M. A., & Merten, D. F. (2004). A population-based comparison of clinical and outcome characteristics of young children with serious inflicted and noninflicted traumatic brain injury. *Pediatrics*, 114, 633-639.
- Kelly, P., & Farrant, B. (2008). Shaken baby syndrome in New Zealand, 2000-2002. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44(3), 99-107.
- Kelly, P., John, S., Vincent, A. L., & Reed, P. (2015). Abusive head trauma and accidental head injury: A 20-year comparative study of referrals to a hospital child protection team. *Archives of Disease in Childhood*, 100(12), 1123-1130.
- Kelly, P., MacCormick, J., & Strange, R. (2009). Non-accidental head injury in New Zealand: The outcome of referral to statutory authorities. *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 393-401.
- Kirsch, P., Esslinger, C., Chen, Q., Mier, D., Lis, S., Siddhanti, S., ... Meyer-Lindenberg, A. (2005). Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *Journal of Neuroscience*, 25(49), 11489-11493.
- Kolb, D. A. (2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Repéré à <http://ptgmedia.pearsoncmg.com/images/9780133892406/samplepages/9780133892406.pdf>
- Kurth, E., Kennedy, H. P., Spichiger, E., Hösli, I., & Zemp Stutz, E. (2011). Crying babies, tired mothers: What do we know? A systematic review. *Midwifery*, 27(2), 187-194.
- Kurth, E., Spichiger, E., Stutz, E. Z., Biedermann, J., Hösli, I., & Kennedy, H. P. (2010). Crying babies, tired mothers-challenges of the postnatal hospital stay: An interpretive phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(21), 1-10.

- Lacharité, C. (2009). L'approche participative auprès des familles. Dans C. Lacharité & J.-P. Gagnier (Éds), *Comprendre les familles pour mieux intervenir : repères conceptuels et stratégies d'action* (pp. 157-182). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Lacharité, C. (2011). Approche participative auprès des parents en situation d'autorité. Dans M. Boutanquoi (Éd.), *Interventions sociales auprès des familles en situation de précarité* (pp. 63-72). Paris : L'Harmattan.
- Lacharité, C. (2014). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : PAPFC2 Guide de programme* (éd. revue.). Trois-Rivières : CEIDEF/UQTR.
- 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*. Repéré à https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC1910/F_734632437_LesCahiersDuCEIDEF_vol_4.pdf
- Lacharité, C., Éthier, L., & Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, 484, 381-394.
- Lacharité, C., & Gagnier, J.-P. (1999). *Q-sort sur les orientations face à l'aide professionnelle envers les parents*. Document interne, Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et sa famille (CEIDEF), UQTR.
- 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., Moreau, J., & Moreau, M. L. (1999). Le point de vue des parents et des intervenants sur la collaboration dans le cadre des services en pédopsychiatrie. Dans M. Simard & J. Alary (Éds), *Actes du 5^e symposium québécois de recherche sur la famille* (pp. 297-311). Ste-Foy, Qc : Presses de l'Université du Québec.
- Lamb, M. E. (2004). *The role of the father in child development* (4^e éd.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Lamb, M. E., Teti, D. M., Bornstein, M. H., & Nash, A. (2002). Infancy. Dans M. Lewis (Éd.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (3^e éd., pp. 293-323), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Landgren, K., & Hallström, I. (2011). Parents experience of living with a baby with infantile colic a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 317-324. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00829.x

- Landry, M., & Guay, J. (1987). La perspective communautaire. Dans J. Guay (Éd.), *Manuel québécois de psychologie communautaire* (pp. 3-48). Chicoutimi : Gaëtan Morin éditeur.
- Laperrière, A. (2003). L'observation directe. Dans B. Gauthier & J.-P. Beaud (Éds), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (pp. 269-291). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Lau, Y. K. (2007). Patterns of post-divorce parental alliance and children's self-esteem in Hong Kong. *Journal of Divorce & Remarriage*, 47(3-4), 155-173.
- Laurin, I., René, J.-F., Dallaire, N., & Ouellet, F. (2007). Mères et pères en contexte de vulnérabilité : une démarche de recherche participative visant à favoriser une prise de parole en tant que parents et citoyens. Dans H. Dorvil (Éd.), *Problèmes sociaux Tome III : Théories et méthodologies de la recherche* (pp. 491-520). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lavergne, C., Mondémé, T. (2008). Pragmatismes : vers une politique de l'action située. *Tracés. Revue de sciences humaines*, 2, 5-22.
- Lavigueur, S., Coutu, S., & Dubeau, D. (2011). Donner la parole aux parents et miser sur leurs forces : la Trousse « Moi, comme parent... ». Dans C. Zaouche Gaudron, C. Safont-Mottay, O. Troupel-Cremel, V. Rouyer, & M. de Léonardis (Éds), *Précarités et éducation familiale* (pp. 423-430). Toulouse : Érès.
- Lavigueur, S., Dubeau, D., & Coutu, S. (2008). *Moi, comme parent*. Montréal, Qc : CECOM, Hôpital Rivière-des-Prairies.
- Lawler, K. A., Younger, J. W., Piferi, R. L., Jobe, R. L., Edmondson, K. A., & Jones, W. H. (2005). The unique effects of forgiveness on health: An exploration of pathways. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(2), 157-167.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer publishing company.
- Le Bossé, Y., & Dufort, F. (2001). Le pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des communautés : une autre façon d'intervenir. Dans F. Dufort & J. Guay (Éds), *Agir au cœur des communautés : l'intervenant comme agent de changement social* (pp. 87-100). Sainte-Foy, Qc: Presses de l'Université Laval.
- Lebovici, S., & Stoleru, S. (1983). *La mère, le nourrisson et le psychanalyste. Les interactions précoces*. Paris : Le Centurion.

- Lecomte, J. (2002). Qu'est-ce que la résilience. Question faussement simple. Réponse nécessairement complexe. *Pratiques psychologiques*, 1, 7-14.
- Lee, C., Barr, R. G., Catherine, N., & Wicks, A. (2007). Age-related incidence of publicly reported shaken baby syndrome cases: Is crying a trigger for shaking?. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(4), 288-293.
- Lee, R. C., & Fawcett, J. (2013). The influence of the metaparadigm of nursing on professional identity development among RN-BSN Students. *Nursing Science Quarterly*, 26(1), 96-98. doi: 10.1177/0894318412466734
- Leerkes, E. M., & Crockenberg, S. C. (2003). The impact of maternal characteristics and sensitivity on the concordance between maternal reports and laboratory observations of infant negative emotionality. *Infancy*, 4(4), 517-539.
- LeGrow, K., & Rossen, B. E. (2005). Development of professional practice based on a family systems nursing framework: Nurses' and families' experiences. *Journal of Family Nursing*, 11(1), 38-58.
- Lemay, L. (2007). L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 165-180.
- Lemay, L. (2009). Le pouvoir et le développement du pouvoir d'agir (empowerment) : un cadre d'intervention auprès des familles en situation de vulnérabilité. Dans C. L. & J.-P. G. (Éds), *Comprendre les familles pour intervenir mieux : repères conceptuels et stratégies d'action* (pp. 101-127). Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Lent, R. W. (2004). Toward a Unifying Theoretical and Practical Perspective on Well-Being and Psychosocial Adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 482.
- Lessick, M., Woodring, B. C., Naber, S., & Halstead, L. (1992). Vulnerability: A conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 6(3), 1-14.
- Leve, L. D., Scaramella, L. V., & Fagot, B. I. (2001). Infant temperament, pleasure in parenting, and marital happiness in adoptive families. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 545-558.
- Léveillé, S., & Chamberland, C. (2010). Toward a general model for child welfare and protection services: A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF). *Children and Youth Services Review*, 32(7), 929-944.

- Liabsuetrakul, T., Vittayanont, A., & Pitanupong, J. (2007). Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 33(3), 333-340.
- Lietz, C. A. (2011). Theoretical adherence to family center practice: Are strengths-based principles in family descriptions of child welfare services? *Children and Youth Service Review*, 33, 888-893.
- Lietz, C., Hayes, M., Cronin, T., & Julien-Chinn, F. (2014). Supporting family-centered practice through supervision: An evaluation of strengths-based supervision. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 95(4), 227-235.
- Liley, W., Stephens, A., Kaltner, M., Larkins, S., Franklin, R. C., Tsey, K., ... Stewart, S. (2012). Infant abusive head trauma: Incidence, outcomes and awareness. *Australian Family Physician*, 41, 823-826.
- Lind, K., Laurent-Vannier, A., Toure, H., Brugel, D. G., & Chevignard, M. (2013). Le syndrome du bébé secoué : les séquelles?. *Archives de pédiatrie*, 20(4), 446-448.
- MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Barlow, J., Fergusson, D. M., Leventhal, J. M., & Taussig, H. N. (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet*, 373(9659), 250-266.
- Maddux, J. E., & Lewis, J. (1995). Self-efficacy and adjustment. Dans J. E. Maddux (Éd.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment* (pp. 37-68). New York, NY: Plenum.
- Martin, C (2013) Penser la vulnérabilité, les apports de Robert Castel, *Alter European Journal of Disability Research*, 7, 293-298.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1987). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. London: New Science Library/Shambhala Publications.
- Mbiatong, J. (2013). Approche réflexive de la pratique professionnelle : quels enjeux pour les praticiens (Réflexivité et pratique professionnelle : Construire l'expérience). *Éducation permanente*, 196(3), 139-149.
- McBride, B. A., & Rane, T. R. (1998). Parenting alliance as a predictor of father involvement: An exploratory study. *Family Relations*, 47, 229-236.
- McBride, B. A., Schoppe, S. J., Ho, M., & Rane, T. R. (2004). Multiple determinants of father involvement: An exploratory analysis using the PSID-CDS data set. Dans R. D. Day & M. E. Lamb (Éds), *Conceptualizing and measuring father involvement* (pp. 321-340). Mahwah, NJ: Erlbaum.

- McCrae, N. (2012). Evidence-based practice: For better or worse. *International Journal of Nursing Studies*, 49(9), 1051-1053.
- McCraty, R., & Childre, D. (2004). The grateful heart the psychophysiology of appreciation. Dans R. A. Emmons & M. E. McCullough (Éds), *The Psychology of Gratitude* (pp. 230-255). New York, NY: The Oxford University Press.
- McGoldrick, M., Preto, N. A. G., & Carter, B. A. (2015). *The expanding family life cycle: Individual, family, and social perspectives*. Montréal: Pearson.
- McGrath, J. M., Records, K., & Rice, M. (2008). Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant Behavior and Development*, 31(1), 71-80.
- McHale, S. M., & Crouter, A. C. (2003). How do children exert an impact on family life. *Children's influence on family dynamics: The neglected side of family relationships*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- McNulty, J. K., & Karney, B. R. (2004). Positive expectations in the early years of marriage: Should couples expect the best or brace for the worst? *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(5), 729-743.
- Meirieu, P. (2005). *Jornadas el protagonismo des profesorado experiencias de aula y propuestas para su formacion Madrid*. Repéré à <http://www.meirieu.com/RAPPORTSINSTITUTIONNELS/formationmadrid.pdf>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Repéré à https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E., Schumacher, K., & Messias D. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Mendenhall, T. J., & Ballard, J. E. (2014). Including the family in research evaluating integrated care: A call for expanding investigators' scope beyond single-person measures. *Families, Systems, & Health*, 32(3), 291-302.
- Mersky, J. P., Berger, L. M., Reynolds, A. J., & Gromoske, A. N. (2009). Risk factors for child and adolescent maltreatment: A longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. *Child Maltreatment*, 14(1), 73-88.

- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., ... Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1), 147-157.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard: Harvard University Press.
- Miron, J. M., & Jean, N. (2002). *L'empowerment en CPE*. Trois--Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Miron, J. M., & Lacharité, C. (2003). *Mieux connaître pour se concerter, prévenir et intervenir en négligence : une recherche en CPE volet familial*. Trois-Rivières : Groupe de recherche en développement et de l'enfant et de la famille, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Miron, J. M., & Tochon, F. (2004). La difficile reconnaissance de l'expertise parentale. *Recherche & Formation*, 47(1), 55-68.
- Molénat, F. (2003). Ce que nous ont enseigné les parents. *Enfances & psy*, (1), 130-139.
- Molénat, F. (2013). La qualité des liens entre parents et professionnels : clé d'un accompagnement adéquat de l'enfant dans son développement?. *Contraste*, 1, 185-207.
- Mongeau, S., Asselin, P., & Roy, L. (2007). L'intervention clinique avec les familles et les proches en travail social. Pour une prise en compte de la complexité. *Problèmes sociaux*, 4, 187-214.
- Moore, M., Bates, M., Brierly-Bowers, P., Taaffe, P., & Clymer, R. (2012). *Well-being and its measurement*. Arlington: Defense Centers of Excellence for Psychological Health and Traumatic Brain Injury. doi: 10.1037/e534112013-001
- Morlot, R., & Salès-Wuillemin, E. (2009). Effet des pratiques et des connaissances sur la représentation sociale d'un objet : application à l'hygiène hospitalière. *Revue internationale de psychologie sociale*, 21(4), 89-114.
- Morris, S., St James-Roberts, I., Sleep, J., & Gillham, P. (2001). Economic evaluation of strategies for managing crying and sleeping problems. *Archives of Disease in Childhood*, 84, 15-19. doi: 10.1136/adc.84.1.15
- Morrisette, J. (2013). Recherche-action et recherche collaborative : quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs?. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 35-49.
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences sociales et humaines* (3^e éd). Paris : Armand Colin.

- Musser, A. K., Ahmed, A. H., Foli, K. J., & Coddington, J. A. (2013). Paternal postpartum depression: What health care providers should know. *Journal of Pediatric Health Care*, 27(6), 479-485.
- Nagy, P. (2000). *Le don des larmes au Moyen-Âge*. Paris : Albin Michel.
- Nanzer, N. (2009). *La dépression postnatale : sortir du silence*. Lausanne : Favre.
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: A transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 48-66.
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. (2012). Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal Child Health Journal*, 17(4), 616-623. doi 10.1007/s10995-012-1037-4.
- O'brien, M., & Peyton, V. (2002). Parenting attitudes and marital intimacy: A longitudinal analysis. *Journal of Family Psychology*, 16(2), 118-127.
- O'Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2007). Why, and how, mixed methods research is undertaken in health services research in England: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 7(1), 85.
- ONED. (2014). *Vulnérabilités, identifications des risques et protection de l'enfance. Nouveaux éclairages et regards croisés*. Paris : La Documentation Française.
- Oommen, H., Rantanen, A., Kaunonen, M., Tarkka, M. T., & Salonen, A. H. (2011). Social support provided to Finnish mothers and fathers by nursing professionals in the postnatal ward. *Midwifery*, 27(5), 754-761.
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Repéré à http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2016). *La maltraitance des enfants. Aide mémoire*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>
- Oria N., & Camus J. (2013). « Devenir mère à l'hôpital : parcours sociaux et rapports aux normes. Dans S. Ertul, J. P. Melchior, & E. Widmer, (Éds), *Éducation, individualisation des parcours sociaux et inégalités* (pp. 111-121). Paris, l'Harmattan.

- Ornstein, A. E., Fitzpatrick, E., Hatchette, J., Woolcott, C. G., & Dodds, L. (2016). The impact of an educational intervention on knowledge about infant crying and abusive head trauma. *Paediatrics & Child Health*, 21(2), 74-78.
- Ouellet, F., René, J. F., Durand, D., Dufour, R., & Garon, S. (2000). Intervention en soutien à l'empowerment dans Naitre égaux -Grandir en santé. *Travail social*, 13(1), 85-102. doi : 10.7202/000007ar
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Paley, B., Cox, M. J., Kanoy, K. W., Harter, K. S., Burchinal, M., & Margand, N. A. (2005). Adult attachment and marital interaction as predictors of whole family interactions during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 19(3), 420.
- Panter-Brick, C., Burgess, A., Eggerman, M., McAllister, F., Pruett, K., & Leckman, J. F. (2014). Practitioner review: engaging fathers—recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(11), 1187-1212.
- Papousek, M. (1996). Intuitive parenting: A hidden source of musical stimulation in infancy. *Musical beginnings: Origins and development of musical competence*, 88-112.
- Paquay, L., & Sirota, R. (dir., 2001). *Le praticien réflexif. La diffusion d'un modèle de formation*. INRP.
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619.
- Patrick, S., Garcia, J., & Griffin, L. (2010). The role of family therapy in mediating adverse effects of excessive and inconsolable neonatal crying on the family system. *Families, Systems, & Health*, 28(1), 19-29.
- Patton, M. Q. (2005). *Qualitative research*. New York, NY: John Wiley & Sons, Ltd.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *Jama*, 303(19), 1961-1969.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review: A new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(suppl 1), 21-34.

- Pelchat, D., & Lefebvre, H. (2005). *Apprendre ensemble : le PRIFAM. Programme d'intervention interdisciplinaire et familiale*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Montréal, Qc : Chenelière Éducation.
- Perrenoud, P. (2001). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. Paris : ESF éditeur.
- Perrenoud, P. (2004). Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation. *Éducation permanente*, (160), 35-60.
- Perrenoud, P. (2005). Assumer une identité réflexive. *Educateur*, 2, 30-33.
- Perrenoud, P. (dir., 2013). *Former des enseignants réflexifs : obstacles et résistances*. Bruxelles : De Boeck.
- Piaget, J. (1974). *La prise de conscience*. Paris : Presses universitaires de France.
- Pleck, J. H. (2007). Why could father involvement benefit children? Theoretical perspectives. *Applied Development Science*, 11(4), 196-202.
- Pluye, P., Gagnon, M. P., Griffiths, F., & Johnson-Lafleur, J. (2009). A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in Mixed Studies Reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 529-546.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (Éds, 2012). Designing and conducting quantitative studies to generate evidence for nursing. Dans *Nursing Research generating and assessing evidence for nursing practice* (pp. 53-118). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Popp, T. K., Spinrad, T. L., & Smith, C. L. (2008). The relation of cumulative demographic risk to mothers' responsivity and control: Examining the role of toddler temperament. *Infancy*, 13(5), 496-518.
- Porteous, N. L. (2009). La construction du modèle logique d'un programme. *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Dans V. Riddle & C. Dagenais (Éds), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 85-105). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (1988). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Bruxelles : Pierre Mardaga.

- Priel, B., & Besser, A. (2002). Perceptions of early relationships during the transition to motherhood: The mediating role of social support. *Infant Mental Health Journal*, 23(4), 343-360.
- Proctor, S. (1998). What determines quality in maternity care? Comparing the perceptions of childbearing women and midwives. *Birth*, 25(2), 85-93.
- Promotion Santé Suisse. (2015). *Encouragement précoce. Un bon démarrage pour une vie en bonne santé*. Repéré à https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/1-kap/fokusthemen/fruehe-foerderung/Argumentaire_Encouragement_precoce.pdf
- Promotion Santé Suisse. (2017). *Encouragement précoce*. Repéré à https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/1-kap/fokusthemen/fruehe-foerderung/Infographie_Encouragement_precoce.pdf
- Radesky, J. S., Zuckerman, B., Silverstein, M., Rivara, F. P., Barr, M., Taylor, J. A., ... Barr, R. G. (2013). Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*, 131(6), e1857-e1864.
- Rappoport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3, 1-7.
- Rappoport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148.
- Razurel, C., Benchouk, M., Bonnet, J., El Alama, S., Jarabo, G., & Pierret, B. (2010). Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum? Une démarche qualitative. *Revue Sage-femme*, 9(5), 240-249.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support, and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: A qualitative study. *Midwifery*, 27(2), 237-242. doi: 10.1016/j.midw.2009.06.005
- Reijneveld, S. A., van der Wal, M. F., Brugman, E., Sing, R. A. H., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Infant crying and abuse. *The Lancet*, 364(9442), 1340-1342.
- Renger, R., & Hurley, C. (2006). From theory to practice: Lessons learned in the application of the ATM approach to developing logic models. *Evaluation and Program Planning*, 29(2), 106-119.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321.

- Ridde, V., & Dagenais, C. (2013). *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Rideout, L. (2016). Nurses' perceptions of barriers and facilitators affecting the shaken baby syndrome education initiative: An exploratory study of a Massachusetts Public policy. *Journal of Trauma Nursing*, 23(3), 125-137.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 65-72.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J., & Ziglio, E. (2001). *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2003). *Evaluation: A systematic approach*. New York, NY: Sage publications.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). Expressing and assessing program theory. *Evaluation: A systematic approach*, 7, 133-168.
- Russell, B. S., Trudeau, J., & Britner, P. A. (2008). Intervention type matters in primary prevention of abusive head injury: Event history analysis results. *Child Abuse & Neglect*, 32(10), 949-957.
- Saginak, K. A., & Saginak, M. A. (2005). Balancing work and family: Equity, gender, and marital satisfaction. *The Family Journal*, 13(2), 162-166.
- Saint-Arnaud, Y. (2001). La réflexion dans l'action : un changement de paradigme. *Recherche et formation*, 36, 17-27.
- Salisbury, A. L., High, P., Twomey, J. E., Dickstein, S., Chapman, H., Liu, J., & Lester, B. (2012). A randomized control trial of integrated care for families managing infant colic. *Infant Mental Health Journal*, 33(2), 110-122.
- Salonen, A. H., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Järvenpää, A. L., Isoaho, H., & Tarkka, M. T. (2011). Effectiveness of an internet-based intervention enhancing Finnish parents' parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period. *Midwifery*, 27(6), 832-841.
- Salonen, A. H., Oommen, H., & Kaunonen, M. (2014). Primiparous and multiparous mothers' perceptions of social support from nursing professionals in postnatal wards. *Midwifery*, 30(4), 476-485.

- Savoie-Zajc, L. (2001). La recherche-action en éducation : ses cadres épistémologiques, sa pertinence, ses limites. Dans M. Anandon (Éd.), *Nouvelles dynamiques de recherche en éducation* (pp. 15-49). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Savoie-Zajc, L., & Descamps-Bednarz, N. (2007). Action research and collaborative research: Their specific contributions to professional development. *Educational Action Research*, 15(4), 577-596.
- Schön, D. (1992). *Le tournant réflexif. Pratiques éducatives et études de cas*. Montréal : Éditions Logiques.
- Schön, D. (1993). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions Logiques.
- Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions Logiques.
- Schulz, M. S., Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2006). Promoting healthy beginnings: A randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 20-31.
- Séjourné, N., Vaslot, V., Beaumé, M., & Chabrol, H. (2012). Intensité de la dépression postnatale dans un échantillon de pères français. *Psychologie française*, 57(3), 215-222.
- Seligman, M. (2011). *Flourish: A new understanding of happiness, well-being-and how to achieve them*. London: Nicholas Brealey Pub.
- Sellenet, C. (2007). *La parentalité décryptée : pertinence et dérives d'un concept*. Paris : Éditions L'Harmattan.
- Sellenet, C. (2009). Approche critique de la notion de « compétences parentales ». *La Revue internationale de l'éducation familiale*, 2(26), 95-116.
- Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., & Kaczorowski, J. (2006). Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*, 33(3), 210-220.
- Shankland, R., & André, C. (2014). Pleine conscience et psychologie positive : incompatibilité ou complémentarité. *Revue québécoise de psychologie*, 35(2), 157-178.

- Shapiro, A. F., Gottman, J. M., & Carrere, S. (2000). The baby and the marriage: Identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *Journal of Family Psychology*, 14(1), 59-70.
- Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: Effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), 840-862.
- Shields, L., Young, J., & McCann, D. (2008). The needs of parents of hospitalized children in Australia. *Journal of Child Health Care*, 12(1), 60-75.
- Sidani, S., & Braden, C. J. (2011). *Design, evaluation, and translation of nursing interventions*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Sieloff, C. L., & Raph, S. W. (2011). Nursing theory and management. *Journal of Nursing Management*, 19(8), 979-980. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01334.x
- Simonnet, H., Chevignard, M., & Laurent-Vannier, A. (2011). Conduite à tenir face aux pleurs du nourrisson; prévention du « syndrome du bébé secoué » par une information aux nouveaux parents en période néonatale. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54, e293.
- Simonnet, H., Laurent-Vannier, A., Yuan, W., Hully, M., Valimahomed, S., Bourennane, M., & Chevignard, M. (2014). Parents' behavior in response to infant crying: abusive head trauma education. *Child Abuse & Neglect*, 38(12), 1914-1922.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., Campbell, L., Tran, S., & Wilson, C. L. (2003). Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1172-1187.
- Skowronski, J. J., Milner, J. S., Crouch, J. L., & Harris, B. (2008). Parental responses to infant crying: The influence of child physical abuse risk and hostile priming. *Child Abuse & Neglect*, 32(7), 702-710.
- Smith, K. M., & Deguehery, K. A. (2008). Shaken baby syndrome education program. MCN. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 33(6), 371-375.
- Solter, A. J. (1999). *Pleurs et colères des enfants et des bébés : une approche révolutionnaire*. Paris : Jouvence.
- Soulet, M. A. (2013). Vulnérabilité et enfance en danger. Quels rapports? Quel apport?. Dans ONED (Éd.), *Vulnérabilités, identifications des risques et protection de l'enfance. Nouveaux éclairages et regards croisés* (pp. 128-139). Paris : La Documentation Française.

- Soulet, M. H. (2014). Les raisons d'un succès. La vulnérabilité comme analyseur des problèmes sociaux contemporains. Dans A. Brodiez-Dolino, I. Von Bueltzingsloewen, B. Eyraud, & C. Laval (Éds), *Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie* (pp. 59-64). Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28. doi: 10.2307/350547
- Stanciulescu, E. (1996). Tel enfant, tels parents : de la redéfinition et de la construction de l'enfance et de la parentatité. Dans R. B. Dandurand, R. Hurtubise, & C. Le Bourdais (Éds), *Enfances. Perspectives sociales et pluriculturelles* (pp. 237-255). Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université Laval.
- Starling, S. P., Patel, S., Burke, B. L., Sirotiak, A. P., Stronks, S., & Rosquist, P. (2004). Analysis of perpetrator admissions to inflicted traumatic brain injury in children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(5), 454-458.
- St-Cyr Tribble, D. (2001). *Les pratiques d'empowerment en première ligne : compréhension et évaluation de l'efficacité des interventions infirmières et psychosociales conduites auprès des parents. Rapport de recherche*. Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
- St-Cyr Tribble, D. S., Gallagher, F., Bell, L., Caron, C., Godbout, P., Leblanc, J., ... Couture, M. (2008). Empowerment interventions, knowledge translation and exchange: Perspectives of home care professionals, clients and caregivers. *BMC Health Services Research*, 8(1), 177.
- Stern, D. N. (1998). *La constellation maternelle*. Paris : Calmann-Lévy.
- Stern, D. N., & Bruschweiler-Stern, N. (1998). *La naissance d'une mère*. Paris : Odile Jacob.
- Stewart, T. C., Polgar, D., Gilliland, J., Tanner, D. A., Girotti, M. J., Parry, N., & Fraser, D. D. (2011). Shaken baby syndrome and a triple-dose strategy for its prevention. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 71, 1801-1807.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Svavarsdottir, E. K., Sigurdardottir, A. O., & Tryggvadottir, G. B. (2014). Strengths-oriented therapeutic conversations for families of children with chronic illnesses: Findings from the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *Journal of Family Nursing*, 20(1), 13-50.

- Sveinbjarnardottir, E. K., Svavarsdottir, E. K., & Saveman, B. I. (2011). Nurses attitudes towards the importance of families in psychiatric care following an educational and training intervention program. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(10), 895-903.
- Talvik, I., Alexander, R. C., & Talvik, T. (2008). Shaken baby syndrome and a baby's cry. *Acta Paediatrica*, 97(6), 782-785.
- Tari, C., & Riquet, S. (2016). L'entretien post natal précoce, un nouveau temps pour ajuster le diagnostic éducatif en éducation périnatale. *Education thérapeutique du patient*, 8(2), 20105, 1-13.
- Tarkka, M.-T., & Paunonen, M. (1996). Social support provided by nurses to recent mothers on a maternity ward. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1202-1206.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2011). *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (2^e éd.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Thomas, M. R., Gordon, M., Banks, S. S., & Wallace, C. (2016). *Parent training programs for managing infantile colic*. Repéré à http://clok.uclan.ac.uk/16770/1/_lha-022_pers-I_00068E5E_My%20Documents_Thomas_et_al-2016-The_Cochrane_Library.pdf
- Toussaint, L., & Jorgensen, K. M. (2008). Inter-parental conflict, parent-child relationship quality, and adjustment in Christian adolescents: Forgiveness as a mediating variable. *Journal of Psychology & Christianity*, 27(4), 337-346.
- Trifiletti, L. B., Gielen, A. C., Sleet, D. A., & Hopkins, K. (2005). Behavioral and social sciences theories and models: Are they used in unintentional injury prevention research?. *Health Education Research*, 20(3), 298-307.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Hamby, D. W. (2010). Influences of family-systems intervention practices on parent-child interactions and child development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30(1), 3-19.
- Turcotte, G., & Gaudet, J. (2009). Conditions favorables et obstacles à l'engagement paternel : un bilan des connaissances. Dans D. Dubeau, A. Devault, & G. Forget (Éds), *La paternité au XXI^e siècle* (pp. 39-70). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Vacher, Y. (2011). La pratique réflexive. *Recherche et formation*, 66, 65-78.
- Vandeleur, C. L., Fenton, B. T., Ferrero, F., & Preisig, M. (2003). Construct validity of the French version of the Dyadic Adjustment Scale. *Swiss Journal of Psychology*, 62(3), 167-175.

- Vandenplas, Y., Gutierrez-Castrellon, P., Velasco-Benitez, C., Palacios, J., Jaen, D., Ribeiro, H., ... Alarcon, P. (2013). Practical algorithms for managing common gastrointestinal symptoms in infants. *Nutrition*, 29(1), 184-194.
- Vellut, N., Cook, J., & Tursz, A. (2017). Qui sont les parents auteurs de secouements à enfants?. *Recherches familiales*, (1), 135-148.
- Verdon, C., Lavoie, M., & Blondeau, D. (2014). Les fondements de la relation infirmière/soigné revisités par un modèle construit autour de la philosophie de Gabriel Marcel. *Aporia*, 6(3), 30-40.
- Voelin, C., Nicod, F., & Cheseaux, J. J. (2006). Un observatoire de la maltraitance envers les enfants : une façon interactive de s'intéresser à cette problématique. *Revue médicale suisse*, 2(54), 538-541.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory*. New York, NY: George Braziller.
- Ward, H., & Jones, H. (2009). Le système de protection en Angleterre. *Santé, société et solidarité*, 1, 181-192.
- Ward, H., & Rose, W. (2002). *Approaches to needs assessment in childrens' services*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D., & Morche, J. (1972). *Une logique de la communication*. Paris : Édition Points.
- Weissman, S. H., & Cohen, R. S. (1985). The parenting alliance and adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 12, 24-45.
- Wessel, M., Cobb, J., Jackson, E., Harris, G., & Detwiler, A. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics*, 14(5), 421-435.
- White, M. (2003). Narrative practice and community assignments. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*, 2, 17-56.
- WHOQOL group. (1995). Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Widmer, E., Favez, N., Aeby, G., De Carlo, I., & Doan, M. T. (2012). *Capital social et coparentage dans les familles recomposées et de première union* (Vol. 13). Genève : Université de Genève.

- Will, T., & Bianchi-Demicheli, F. (2006). Comment naissent les mères? Expériences cliniques à la maternité de Genève. *Thérapie familiale*, 27(2006/2), 123-132.
- Winnicott D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.
- Winnicott D. W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Éditions Payot et Rivages.
- Wittorski, R. (2004). Les rapports théorie-pratique dans la conduite des dispositifs d'analyse de pratiques. *Éducation permanente*, 160, 61-70.
- Witvliet, C. V., & McCullough, M. E. (2007). Forgiveness and health: A review and theoretical exploration of emotion pathways. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 291-302. doi: 10.1007/s10865-007-9105-8
- Wood, A. M., Froh, J. J., & Geraghty, A. W. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 890-905.
- Wood, A. M., Joseph, S., & Linley, P. A. (2007). Coping style as a psychological resource of grateful people. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(9), 1076-1093.
- Wood, A. M., Joseph, S., Lloyd, J., & Atkins, S. (2009). Gratitude influences sleep through the mechanism of pre-sleep cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 43-48.
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary: 4th Floor Press. Repéré à https://dspace.ucalgary.ca/bitstream/handle/1880/48559/Beliefs_and%20Illness_2009.pdf;jsessionid=8E4B69433F1F1EC776129278BF134706?sequence=1
- Wright, L., & Leahey, M. (2014). *L'infirmière et la famille. Guide d'évaluation et d'intervention* (4^e éd.). Montréal : Erpi.
- Yampolskaya, S., Nesman, T. M., Hernandez, M., & Koch, D. (2004). Using concept mapping to develop a logic model and articulate a program theory: A case example. *American Journal of Evaluation*, 25(2), 191-207.
- Zeifman, D. M. (2001). An ethological analysis of human infant crying: Answering Tinbergen's four questions. *Developmental Psychobiology*, 39(4), 265-285.

Appendice A
Programmes sur les pleurs et le SBS

Programmes sur les pleurs et le SBS

Auteurs	But et population	Méthode	Principaux résultats/Perspectives
Altman et al. (2011) Niveau 6	Démontrer l'évidence d'un programme à faible coût délivré par des infirmières en maternité pour réduire statistiquement la survenue du SBS chez les enfants de moins de 1 an. 320 parents 16 enfants secoués sur la période totale New York (USA)	Étude quasi-expérimentale Groupe de comparaison entre des parents 5 ans et des parents ayant reçu l'intervention (période de 3 ans) Entretiens téléphoniques suivis qu'au 6 mois de l'enfant pour mesurer le souvenir de l'information éducative	Le programme a été suivi par 84,5 % des parents fréquentant la maternité. 97,8 % des parents interviewés se souviennent d'avoir regardé le film et 55,6 % estiment que l'information a été aidante dans les situations stressantes. Peu d'hommes ont été engagés et d'accord de participer à l'éducation. Pendant les années d'implantation du programme, le SBS a diminué, passant de 2,8 cas par an à 0,7 cas par an, soit 75 % de réduction. L'analyse des coûts du matériel éducatif comparé au coût de la vie en soins aigus ou chroniques dus au traumatisme soutient le programme. Les recherches doivent inclure des méthodes permettant d'atteindre plus les hommes.
Barlow et al. (2007) Niveau II	Évaluer l'efficacité et le coût effectif d'un programme de visites intensives à domicile pour améliorer l'issue des familles à risque de négligence. Femmes éligibles depuis la grossesse vulnérable : 131 Pratique de 40 médecins généralistes à travers 2 territoires Grande Bretagne	Étude multicentrique randomisée contrôlée Groupe contrôle : soins standards ($n = 64$) Groupe intervention : visites à domicile ($n = 67$)	Potentiel de renforcer le parentage et d'augmenter l'identification des enfants à risque d'abus et négligence dans les familles vulnérables. D'autres investigations sont nécessaires avec une étude longitudinale pour évaluer les effets dormants.

Auteurs	But et population	Méthode	Principaux résultats/Perspectives
Barr et al. (2009) Niveau II	Évaluer l'efficacité du programme PURPLE Crying sur le changement de connaissances maternel et comportements relatifs au secouement. 1279 nouvelles accouchées lors de visites à domicile Vancouver (Ca)	Étude randomisée contrôlée Un groupe contrôle recevant la prévention à l'aide de 2 brochures et d'un DVD n=649 Un groupe expérimental recevant le matériel « Period of PURPLE Crying » n=630 Questionnaire téléphonique à 2 mois	Augmentation des connaissances sur les pleurs. Matériel éducatif bénéfique La Combinaison Visio-auditive et la lecture de supports peuvent renforcer les comportements de santé. Limites : Les auteurs du SBS sont majoritairement des hommes
Bechtel et al. (2011)	Déterminer l'impact de l'intervention éducative sur les croyances, sur les pleurs des donneurs de soins et sur les connaissances sur le SBS*. 222 donneurs de soins Connecticut (USA)	Étude quasi-expérimentale post-test Groupe contrôle (n = 110) Groupe intervention (n = 112) Entretien structuré lors de la première visite de santé	L'intervention offre plus de probabilité de reconnaître que la frustration avec les pleurs d'un enfant peut entraîner le secouement et plus de probabilité de prendre une respiration en cas de frustration due aux pleurs et avaient moins de probabilité à calmer l'enfant en cas de frustration due aux pleurs. Interventions éducatives essentielles dans la prévention du SBS. Les programmes qui ciblent le soutien basé sur la prévention de réponses brutales peuvent réduire le risque.
Dias et al. (2017) Niveau 3	Évaluer connaissances et changements de comportement après l'intervention immédiate et 7 mois après Évaluer taux de traumatismes crâniens infligés avant et pendant l'intervention	Étude quantitative Questionnaires post-nataux Mesures pré-post	Gain de connaissances Pas de diminution significative du taux de SBS

Auteurs	But et population	Méthode	Principaux résultats/Perspectives
Dunning, Seymour, Cooklin, & Giallo (2013)	Tester l'efficacité du programme "Wide Awake Parenting," pour gérer la fatigue dans la période postnatale et renforcer le bien-être parental.	Étude randomisée contrôlée Mesures pré-post (2 et 6 semaines après l'intervention)	L'approche de gestion seule comparée au soutien professionnel pour gérer la fatigue dans cette période du postpartum précoce est moins efficace.
Niveau 2	221 parents d'enfant de moins de 6 mois Australie	Groupe contrôle soins usuels Groupe information écrite seule Groupe intervention awake parenting information plus soutien téléphonique	La confirmation de l'efficacité peut offrir une approche de santé publique universelle à cette problématique de santé commune.
Goulet et al. (2009)	Évaluer les perceptions parentales et infirmières sur les pratiques éducatives sur le SBS.	Étude descriptive Échantillon de convenance	98 % des parents estiment pertinente l'intervention et apprécient l'information.
Niveau 6	263 parents 69 infirmières Montréal (Québec)	Infirmières employées à 2 installations ont été entraînées sur les procédures d'éducation parentale sur le SBS	80 % des parents ont réfléchi aux cartes informatives utilisées dans le programme, mais ne les ont pas. Réponses positives unanimes des infirmières à la nouvelle stratégie éducative.
	Montréal (Ca)		Les informations sur comment répondre adéquatement aux pleurs de l'enfant et comment s'adapter à ces situations est une composante importante du contenu éducationnel postnatal. Augmentation des connaissances dans toutes les maternités sur les pleurs colère, stratégies de coping et AHT.

Auteurs	But et population	Méthode	Principaux résultats/Perspectives
Rideout (2016) Niveau 6	Explorer les perceptions des infirmières sur politique de mise en œuvre d'une éducation auprès des parents sur la prévention du SBS.	Étude exploratoire	La charge de travail des infirmières a un effet statistiquement significatif sur les habiletés de l'infirmière à fournir une éducation orale sur le SBS.
	Infirmières		
Russel, Trudeau, & Britner (2008) Niveau 2	Comparer les stratégies d'intervention dans l'éducation des donneurs de soins et la sensibilisation du public en lien avec l'incidence du SBS 264 adultes parents ou non Connecticut (USA)	Étude expérimentale randomisée 3 groupes, l'un avec seulement une brochure éducative sur le SBS, l'autre avec une brochure avec le portrait d'une éducation prometteuse et une brochure avec secouer, frapper ou donner la fessée, que faire à la place? Questionnaire pré-intervention et tout au long de l'intervention, à 2, 6 et 12 mois de l'engagement dans l'étude.	Seul ce type d'intervention a montré sa signification en matière de prédiction. Le groupe sur les stratégies alternatives en plus de la brochure a démontré le plus haut niveau de changements positifs en lien avec les actions de calmer un bébé, vient ensuite la brochure comprenant le portrait d'une éducation prometteuse et la brochure éducative sur le SBS. Le temps a limité la capacité des participants à se rappeler dans cette étude. Les matériaux didactiques audiovisuels qui donnent des modèles de réponses émotionnelles appropriées et des stratégies d'adaptation saines à la frustration semblent cibler les premiers facteurs contribuant au SBS à travers un moyen d'influencer positivement les connaissances des personnes qui prennent soin des enfants.

Auteurs	But et population	Méthode	Principaux résultats/Perspectives
Simonnet et al. (2014) Niveau 4	Déterminer connaissances sur les pleurs et le SBS et l'aptitude à s'y adapter. Parents de 190 nouveau-nés consécutifs dans une maternité à 2 jours de vie. Paris	Étude descriptive Avant après Questionnaire 2 ^e mesure questionnaire téléphonique à 6 semaines post-intervention	Augmentation des connaissances sur le SBS significative 27% des mères et 36% des pères n'avaient jamais entendu parlé du SBS
Stewart et al. (2011) Niveau 6	Évaluer l'impact des pratiques infirmières et de l'éducation parentale. 10 000 parents London (Ca)	Étude quasi-expérimentale Pré et post questionnaire	93 % des parents ont estimé le programme utile. 47 % d'amélioration des connaissances des infirmières sur les pleurs après l'entraînement PURPLE et 78 % indiquent une facilité pour l'intégrer dans leur pratique. Seulement 6,3 % des familles n'ont pas reçu le programme à l'hôpital et ont nécessité l'éducation pendant les visites à domicile.
Salisbury et al., 2012 Niveau 2	Evaluer l'impact des soins intégrés sur les parents, d'une intervention psychosociale centrée sur la famille sur la diminution des pleurs excessifs le sommeil, le stress parental et la dépression 62 familles avec des enfants avec une problématique de pleurs excessifs	Etude randomisée Questionnaires Journal de comportement au début de l'étude et après 2, 6 et 10 semaines Inventaire de dépression de Beck	Impact positif des soins intégrés pour les familles pour s'adapter aux pleurs des enfants A 6 semaines les pleurs diminuent plus dans le groupe intervention Pas d'augmentation de symptômes dépressifs dans le groupe intervention à 10 semaines contrairement au groupe contrôle Score sur l'échelle de Beck diminue de 3 points pour 83,33% contre 40% du groupe contrôle (p 0,02)

Appendice B
Consentement et éthique

LETTRE D'INFORMATION

Programme intervention participative de Soutien des habiletés parentales dans le contexte des pleurs des nourrissons

Barbe Delphine

Département de Psychologie

Programme d'études : 2131 Doctorat en psychologie en études familiales

Directeur de recherche : Professeur Carl Lacharité, directeur du CEIDEF

Votre participation à la recherche vise à mieux comprendre les perceptions des professionnels et les pratiques d'aide liées aux pleurs des nourrissons. Cela permettra de mieux comprendre comment soutenir les couples dans l'expérience de la transition à la naissance en lien avec les pleurs des nourrissons. Votre participation serait très appréciée.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont de :

- Evaluer les effets du programme d'intervention soutenant les habiletés parentales dans un contexte des pleurs des nourrissons
- Permettre de développer des pratiques d'aide participative (empowerment), centrées sur les besoins de la famille en lien avec certains défis liés à la naissance notamment les pleurs infantiles.

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez donc le temps de la lire attentivement et n'hésitez pas à poser toute question que vous jugerez utiles avant de prendre votre décision.

Présentation du programme de formation

Le programme s'articule autour de l'Expérience des Professionnels et d'apports théoriques. Des documents interactifs comprenant l'utilisation d'une vignette clinique vidéo servira de support.

Les besoins des professionnels et de la famille seront abordés en lien avec la transition à la naissance et le défi représenté par les pleurs. Les Pratiques d'aide : participative éco-systémique seront présentées et discutées. Les outils systémiques Génogramme et Ecocarte seront expérimentés en situation. Les Facteurs de protection et de risque en lien avec les pleurs permettront de dégager des pistes d'intervention pour les participants en lien avec des stratégies d'adaptation.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer au programme de formation pendant une durée de 12 heures. Il vous sera également demandé de répondre à un questionnaire en début et en fin de formation. Le temps pour les réponses aux questionnaires est estimé à 45 minutes environ. Vous serez invité à un entretien si vous le désirez, celui-ci vous permettra de mesurer votre satisfaction et nous aidera à améliorer le programme.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 45 minutes, demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet du soutien des habiletés parentales sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité des pratiques d'aide liées à l'accompagnement des pleurs des nourrissons.

Compensation

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par le remplacement de votre nom par un code numérique. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles, de thèse et de communications orales, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé au CEIDF. Les seules personnes qui y auront accès seront Delphine Barbe et Carl Lacharité. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites au bout de 5 ans manuellement et électroniquement et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Les données recueillies seront détruites en cas de retrait de l'étude.

Remerciement

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Delphine Barbe à l'adresse électronique suivante : delphine.barbe@uqtr.ca.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER15-212-07.18 a été émis le 2 juin 2015.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse

Moi, Barbe Delphine, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet "**Intervention participative de soutien des habiletés parentales lors des pleurs des nourrissons**". J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant:	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Certificat d'éthique

UPTA



Surprendre.

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 : Intervention participative de Soutien des habiletés parentales lors de l'incident critique des pleurs

Chercheurs : Delphine Barbe
Département de Psychologie

Organismes :

N° DU CERTIFICAT : CER-15-212-07.18

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 02 juin 2015 au 02 juin 2015

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

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.


Maude Hébert

Présidente du comité


Fanny Longpré

Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 02 juin 2015

Appendice C
Instruments de mesure

INVENTAIRE SUR LES ORIENTATIONS D'AIDE ENVERS LES FAMILLES ET LES PARENTS
 (Lacharité et Gagné, 1999)

DIRECTIVES

A la lecture des 32 énoncés, indiquez dans votre pratique votre degré d'accord avec chacun d'eux à l'aide de l'échelle suivante en entourant la réponse choisie:

- | 5 | Correspond tout à fait à ce que je pense |
|-----|--|
| 4 | Correspond moyennement à ce que je pense |
| 3 | Correspond plus ou moins à ce que je pense |
| 2 | Est moyennement opposé à ce que je pense |
| 1 | Est tout à fait opposé à ce que je pense |
| 1. | Lorsque les parents s'appuient sur les interventions des experts pour résoudre leurs problèmes et ceux de leur enfant, ils obtiennent de meilleurs résultats. 1 2 3 4 5 |
| 2. | Derrière la plupart des problèmes rencontrés à l'intérieur d'une famille, au moins un des parents ne fait pas (ou pas correctement) ce que l'on s'attend normalement qu'un parent fasse. 1 2 3 4 5 |
| 3. | Les véritables solutions aux problèmes rencontrés par les parents doivent venir d'eux-mêmes. 1 2 3 4 5 |
| 4. | Plutôt que chercher à blâmer les parents pour les problèmes qu'ils rencontrent, les gens devraient se préoccuper de les aider à mieux faire face et à surmonter les contraintes que la société leur impose. 1 2 3 4 5 |
| 5. | Les problèmes rencontrés à l'intérieur des familles sont habituellement très complexes. Par conséquent, les parents doivent s'appuyer sur les interventions de personnes compétentes pour les aider résoudre adéquatement ces problèmes. 1 2 3 4 5 |
| 6. | Le plus grand piège qui guette les parents est qu'ils peuvent omettre d'établir des règles de vie qui favorisent un bon développement de l'enfant. 1 2 3 4 5 |
| 7. | La responsabilité des problèmes que les parents rencontrent avec leur enfant et à l'intérieur de leur famille repose principalement sur leurs épaules. 1 2 3 4 5 |
| 8. | Les parents ont besoin de la collaboration et du soutien des autres pour compenser et faire face aux multiples obstacles imposés par les situations de vie dans lesquelles ils se trouvent. 1 2 3 4 5 |
| 9. | Les parents auraient moins de difficultés et s'en tireraient mieux s'ils suivaient davantage les conseils des experts dans le domaine. 1 2 3 4 5 |
| 10. | Dans l'exercice du rôle de parent, il existe des repères précis permettant de distinguer clairement ce qui est adéquat de ce qui est inadéquat. 1 2 3 4 5 |
| 11. | Lorsqu'ils rencontrent des moments difficiles à l'intérieur de leur famille, les parents doivent savoir se fier à eux-mêmes et faire des efforts supplémentaires pour passer à travers. 1 2 3 4 5 |
| 12. | Souvent les parents n'arrivent pas à régler les problèmes qu'ils rencontrent parce que les circonstances les en empêchent. 1 2 3 4 5 |
| 13. | Il est inapproprié de s'attendre à ce que les parents soient capables de résoudre seuls les problèmes qu'ils rencontrent lorsqu'il existe en quantité suffisante des spécialistes compétents pour les aider. 1 2 3 4 5 |
| 14. | Si les parents veulent espérer résoudre les problèmes qu'ils rencontrent dans l'exercice du rôle de parent, ils doivent accepter les conseils des personnes compétentes. 1 2 3 4 5 |

-
15. Les parents doivent travailler fort pour obtenir ce qu'ils veulent et les seuls obstacles qui peuvent les empêcher d'atteindre leurs objectifs résident à l'intérieur d'eux-mêmes. 1 2 3 4 5
 16. Souvent, on ne donne pas aux parents suffisamment de moyens, et d'occasions de les utiliser pour qu'ils règlent leurs propres problèmes 1 2 3 4 5
 17. Quand les parents ont besoin d'aide pour leur enfant ou pour eux-mêmes, leur plus grand défi est de trouver les personnes compétentes qui les orienteront sur ce qu'ils doivent faire. 1 2 3 4 5
 18. Pour que leur famille fonctionne correctement, les parents ont besoin de se faire diriger par des personnes qui savent ce qui est bon pour eux et ce qui ne l'est pas 1 2 3 4 5
 19. La vie exige que les parents se tiennent debout et affrontent leurs propres problèmes. 1 2 3 4 5
 20. Les personnes devraient aider les parents à s'aider eux-mêmes plutôt que faire les choses à leur place. 1 2 3 4 5
 21. Il est ridicule que les parents cherchent à s'occuper eux-mêmes des problèmes et des difficultés que peut rencontrer leur enfant quand il y a autour d'eux des professionnels compétents qui peuvent faire ce travail mieux qu'eux. 1 2 3 4 5
 22. Bien des parents n'apprennent à agir correctement avec leur enfant que si l'on met de la pression sur eux et qu'on leur fait réaliser qu'ils risquent de perdre l'approbation des autres. 1 2 3 4 5
 23. Par les décisions qu'ils prennent et leurs actions, bien des parents se mettent en difficulté. Ils sont alors responsables de corriger eux-mêmes la situation. 1 2 3 4 5
 24. Pour trouver des solutions aux difficultés manifestées par l'enfant, les parents ont besoin de rencontrer d'autres parents et de partager avec eux leur expérience. 1 2 3 4 5
 25. Sans les conseils donnés par les personnes compétentes qui connaissent ce qu'il faut faire avec les enfants, les parents seraient dépassés par la situation. 1 2 3 4 5
 26. Si on apprenait aux nouveaux parents les bonnes façons d'agir avec leur enfant, il y aurait moins de familles avec des problèmes. 1 2 3 4 5
 27. Dans les moments difficiles, la vie impose aux parents d'importants défis. Il leur revient de comprendre les messages derrière ces défis et d'en tirer des apprentissages. 1 2 3 4 5
 28. Quand les parents rencontrent des moments difficiles, on ne reconnaît pas suffisamment leurs réussites et leurs capacités. 1 2 3 4 5
 29. Les parents ne devraient pas trop écouter les conseils des personnes de leur entourage, cela peut créer de la confusion dans leur esprit. Ils devraient plutôt ne pas hésiter à aller chercher de l'information auprès de professionnels compétents. 1 2 3 4 5
 30. Dans une société comme la nôtre, il est important qu'il y ait des organismes dont le rôle est d'identifier les parents qui ont de la difficulté à éduquer correctement leurs enfants et d'aider ces parents à apprendre de meilleures façons d'agir avec les enfants. 1 2 3 4 5
 31. Les parents doivent faire preuve de détermination et ne se fier qu'à eux-mêmes. Il est inutile pour eux de se plaindre et de s'en remettre aux autres pour résoudre leurs problèmes. 1 2 3 4 5
 32. Il appartient aux parents de prendre les décisions les plus importantes concernant la poursuite ou les changements dans les services que reçoit leur enfant. 1 2 3 4 5
-

Évaluation de l'atelier réflexif

En répondant à ce questionnaire, vous contribuez de façon tout à fait anonyme à améliorer la qualité du programme. Merci pour votre participation.

Lieu :	Date de l'évaluation :
--------	------------------------

Échelle de réponses :

(5) total accord (4) plutôt d'accord (3) plutôt désaccord (2) total désaccord (1) sans avis

Critères	5	4	3	2	1
Les objectifs sont pertinents					
La durée est adaptée au contenu					
Le contenu est pertinent, la présentation à l'aide du livret et des cartes est intéressante, concrète et attractive					
Ce séminaire avec une analyse des pratiques est important pour ma pratique professionnelle					
La dynamique de groupe était bonne, écoute, partage d'idées, favorisant le partenariat					
L'engagement, la confiance et le respect sont présents dans le groupe					
Mon niveau de connaissances sur : Pratiques d'aide participative préventives centrées sur la famille lors du stress parental : pleurs (besoins des familles, pleurs et émotion) a augmenté					
Je me sens confortable à initier l'empowerment des familles dans ma pratique sur le terrain					
Mon niveau de confiance à travailler avec les familles a augmenté					
Programme novateur intéressant et à poursuivre dans la pratique auprès des familles					

De manière globale, vous estimez que ce séminaire est...

Excellent	Très bon	Bon	Moyen	Insuffisant
-----------	----------	-----	-------	-------------

Avec en points forts

Je proposerais les améliorations suivantes...

Merci d'avoir rempli ce questionnaire

Delphine Barbe Coulon

Programme d'intervention participative soutenant les habiletés parentales : Canevas d'entretien des participants

Thèmes à aborder

Introduction et présentation

1-Expérience antérieure

-Rencontres avec les familles : Participation et collaboration

2- Expérience avec le projet

Formation

3- Avantages et forces du projet

-Exemples de situation

Incident critique pour le parent devenu positif

4-Incidents critiques pour l'intervenant

(faiblesses, difficultés, événements stressants...)

5- Obstacles à l'expérimentation de ce projet

Recommandations pour la pratique

6- Domaines touchés par l'intervention

Pleurs, stress, fatigue, compétence des parents ...

7- Des remarques à ajouter

8- Perception des professionnels sur la satisfaction et le retour des parents en lien avec leur intervention dans l'exercice de leur travail

9- Satisfaction des professionnels en lien avec leur intervention

Conclusion et remerciements

La participation permettra d'améliorer les outils et le programme de soutien des Habiletés parentales en lien avec les incidents stressants « Pleurs »

Nom :

Numéro P.....

Renseignements généraux

Veuillez, s'il vous plaît, cocher les cases correspondantes.

1. Sexe : ☐ homme ☐ femme
2. Statut : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf/veuve
3. Nombre d'Enfant : ☐ Pas d'enfant ☐ 1 enfant, âge : ☐ 2 enfants ou plus, âges :
4. Age :

<input type="checkbox"/> 20 – 29 ans	<input type="checkbox"/> 50-59 ans
<input type="checkbox"/> 30 – 39 ans	<input type="checkbox"/> > 60 ans
<input type="checkbox"/> 40 – 49 ans	
5. Nationalité :
6. Titre Année diplôme :
7. Domaines d'exercice :
8. Nombre d'années d'expérience dans le service :
9. Aborder les pleurs est difficile pour les professionnels ?

<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non
10. Quels sont les risques associés aux pleurs ?
11. Expérience avec :

<input type="checkbox"/> Des pères
<input type="checkbox"/> Des mères
<input type="checkbox"/> Des familles
12. Pensez-vous qu'une sensibilisation est nécessaire ?

Si oui, pour qui ?

<input type="checkbox"/> Sage-femme
<input type="checkbox"/> Infirmière
<input type="checkbox"/> Médecin
<input type="checkbox"/> Assistantes maternelles
<input type="checkbox"/> Personnels de crèche
<input type="checkbox"/> Futurs professionnels de santé
<input type="checkbox"/> Parents
<input type="checkbox"/> Baby sitter
<input type="checkbox"/> Autres.....
13. Avez-vous déjà été informé sur les pleurs ?
14. Avez-vous déjà été informé sur le sbs ?

Comment ?

<input type="checkbox"/> Formation initiale
<input type="checkbox"/> Formation continue
<input type="checkbox"/> Autres...lesquels ?

Merci de votre participation

Delphine Barbe Coulon

Grille indicative pour l'intervention

D. Coulon

Intervention brève	Analyse réflexive
<p>Avant l'intervention:</p> <p>Objectif de la rencontre Offrir une intervention préventive contre systémique soutenant les parents dans leurs habiletés, à l'aide de l'outil</p> <p>Hypothèses systémiques Les parents sont démunis face aux pleurs des nourissons parce qu'ils sont peu préparés et sont fatigués.</p> <p>Questions reliées à ces hypothèses: Comment cela se passe avec votre bébé ? ... et pour vous depuis la naissance Sommeil, alimentation, pleurs, fatigue</p> <p>Interventions planifiées (Outil géogramme et écarté) - Faire connaissance avec la famille et établir un lien de confiance - Besoins des parents - Faire émerger les ressources, les forces, les facteurs de protection - Faire émerger les ressources, les forces, les facteurs de protection</p> <p>Pendant l'intervention Nouvelles informations provenant de la famille (réalité vécue) Besoin (s) exprimés par la famille Faits saillants de la rencontre famille-infirmière <ul style="list-style-type: none"> • Point de vue de la famille • Point de vue de l'infirmière </p> <p>Évaluation de la rencontre famille-infirmière <ul style="list-style-type: none"> • Point de vue de la famille • Point de vue de l'infirmière </p> <p>Bilan de l'atteinte des objectifs et de la pertinence des interventions</p> <p>Autres Forces et difficultés de la famille, Facteurs de protection Collecte d'informations supplémentaires : littérature, consultations Formulation de nouvelles hypothèses Identification d'interventions possibles</p>	<p>Expérience concrète</p> <p>AI-je été capable d'explorer les perceptions, les réactions, les préoccupations les plus importantes de la famille ainsi que ses besoins prioritaires? Quelles hypothèses ont été acceptées, infirmées ou rejetées par la famille?</p> <p>AI-je été suffisamment capable de vivre au présent pour éventuellement formuler d'autres hypothèses systémiques au moment de l'entrevue? Interaction famille-infirmière: <ul style="list-style-type: none"> • Avec qui est-ce le plus difficile d'entrer en interaction? • Avec qui est-ce le plus facile d'entrer en interaction? </p> <p>Comment ai-je été capable d'identifier les attitudes des membres de la famille?</p> <p>AI-je été capable de souligner les forces de la famille en illustrant à l'aide de comportements observables?</p> <p>Observation réflexive AI-je été capable d'effectuer une réflexion dans l'action Quelles sont les croyances de la famille retenant leur attitude et les raisons? Suis-je capable de faire un retour sur l'expérience, en réfléchissant par exemple aux données recueillies, manquantes, etc. Illustrer. Comment l'entrevue a-t-elle été similaire ou différente à ce que j'avais anticipé ou appris? Suis-je capable d'utiliser les concepts théoriques appris? Lesquels? Puis-je formuler des hypothèses systémiques? Lesquelles? Puis-je émettre un point de vue personnel? Lequel? AI-je été capable de proposer à la famille des idées, des hypothèses?</p> <p>Conceptualisation abstraite Suis-je capable d'utiliser les concepts théoriques appris? Lesquels? Puis-je formuler des hypothèses systémiques? Lesquelles? Puis-je émettre un point de vue personnel? Lequel? Puis-je décrire les principes en présence dans l'expérience concrète? Lesquels?</p> <p>Expérimentation active (B.A.) Retour sur l'expérience : « si c'était à refaire, est-ce que je changerais quelque chose dans ma manière d'être ou d'intervenir? Pourquoi? Comment puis-je me préparer pour une prochaine fois? »</p>

Echelle des pratiques d'aide

(Dunst, Trivette 1995, Lacharité 1999, adaptation culturelle Coulon, Verga 2014)

Date : _____

No d'étude : _____

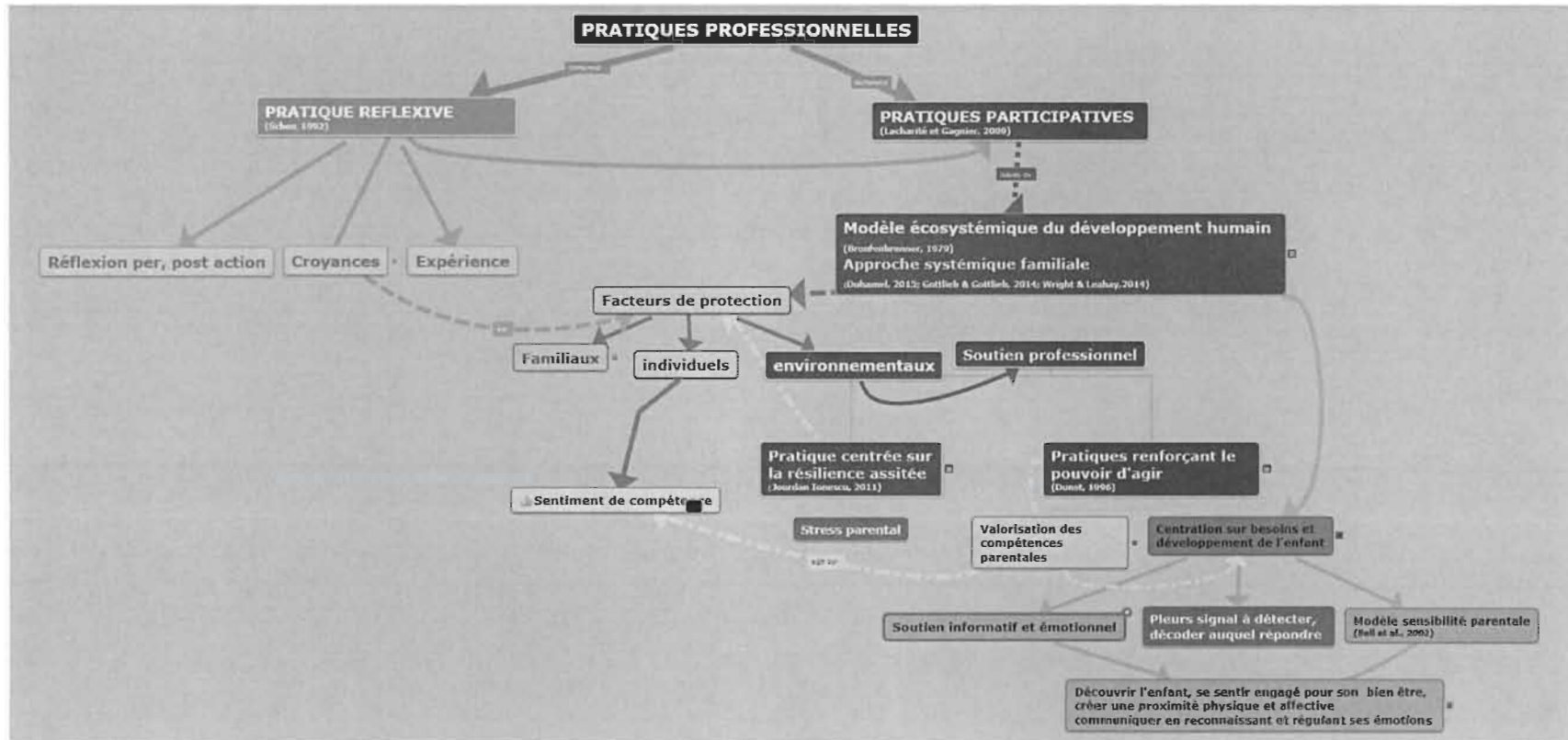
Nous vous remercions de lire les énoncés suivants et d'indiquer jusqu'à quel point vous êtes d'accord avec chacun d'eux à l'aide des choix suivants en pensant à un soignant que vous avez rencontré avec votre enfant :

1= à peu près jamais
2= rarement
3= parfois
4= habituellement
5= presque toujours

	A peu près jamais				Presque toujours
1. Le soignant pense que vous percevez le soutien dont vous avez besoin	1	2	3	4	5
2. Le soignant vous voit, comme parent, sous un angle positif	1	2	3	4	5
3. Le soignant vous soutient lorsque vous prenez une décision concernant votre enfant	1	2	3	4	5
4. Le soignant vous aide à développer de nouvelles compétences (habiletés) pour trouver les ressources ou le soutien dont vous avez besoin	1	2	3	4	5
5. Le soignant vous encourage à prendre vos propres décisions concernant votre enfant	1	2	3	4	5
6. Les suggestions que vous fait le soignant vous paraissent utiles	1	2	3	4	5
7. Le soignant accorde de l'importance au fait que vous puissiez trouver vous-même des solutions à vos problèmes	1	2	3	4	5
8. Le soignant vous aide à anticiper et à planifier le futur	1	2	3	4	5
9. Le soignant paraît honnête et sincère avec vous	1	2	3	4	5
10. L'aide offerte par le soignant est bénéfique	1	2	3	4	5
11. Le soignant essaie de comprendre vos préoccupations	1	2	3	4	5
12. Le soignant est chaleureux et attentionné	1	2	3	4	5
13. Le soignant considère que vous êtes capable de développer de nouvelles compétences (habiletés) pour résoudre vos problèmes	1	2	3	4	5
14. Le soignant valorise votre capacité à résoudre vous-même les problèmes	1	2	3	4	5
15. Le soignant est capable de vous écouter	1	2	3	4	5
16. Le soignant vous montre que vous méritez l'aide dont vous avez besoin	1	2	3	4	5
17. Je me suis senti(e) libre d'accepter ou de refuser le soutien qui m'est proposé	1	2	3	4	5

Appendice D

Représentation des concepts clés de pratique selon le cadre de référence



Représentation des concepts clés de pratiques participatives