

Développement de la relation père et enfant prématuré

Un défi pour l'unité néonatale

Une étude qualitative observe comment se développe la relation des pères avec leur enfant prématuré dans une unité néonatale.

Par **Marie-Josée Martel**, inf., Ph.D., **Linda Bell**, inf., Ph.D., **Denise St-Cyr Tribble**, inf., Ph.D., **Antoine Payot**, md., Ph.D. et **Isabelle Milette**, IPSNN, M.Sc.

En 2011 au Québec, le taux des naissances prématurées, soit avant la 37^e semaine de gestation, représentait 7,1 % du nombre total de naissances. Précisément, il s'agit de 6 269 naissances prématurées (ISQ, 2015). La naissance prématurée de même que les premiers jours de vie dans un environnement technologique et public perturbent l'établissement de la relation entre l'enfant et ses parents. La création de ce précieux lien constitue donc un défi pour l'unité néonatale (UNN) (Fegran *et al.*, 2008).

Au fil des années, la relation entre la mère et son enfant prématuré a fait davantage l'objet de recherches que celle avec le père. Il importe cependant de regarder cette relation puisqu'en général les pères réagissent différemment des mères (Stevens *et al.*, 2010). Par exemple, les pères désirent être présents au chevet de leur enfant tout en souhaitant être près de la mère (Arockiasamy *et al.*, 2008 ; Lindberg *et al.*, 2008 ; Sitanon, 2009). Ils aimeraient être une source de soutien pour la relation mère-enfant prématuré (Arockiasamy *et al.*, 2008 ; Guillaume *et al.*, 2013 ; Feeley *et al.*, 2013).

Pour décrire la relation père-enfant prématuré, nous avons utilisé le modèle de Bell (2002). Selon cette auteure, cinq composantes définissent l'établissement d'une relation parent-enfant : la découverte, la proximité physique, le contact affectif, la communication et l'engagement. Ce modèle s'inscrit dans la continuité de plusieurs études qualitatives qui avaient pour but de cerner la manière dont la relation parents-enfant se construit dans les premiers mois d'une naissance à terme (Bell, 1996 ; 2002 ; Bell *et al.*, 1996 ; Goulet *et al.*, 1998).

Résultats

Les résultats sont présentés sous forme de modélisation et d'articulation des cinq composantes de la relation père-enfant prématuré à l'UNN. Chaque composante est classée par ordre d'importance telle que décrite par les pères ayant participé à l'étude (voir Figure 1).

L'engagement

Il s'agit de la principale composante caractérisant l'établissement de la relation père-enfant prématuré à l'UNN. L'engagement désigne la capacité du père

Selon le modèle de Bell (2002), cinq composantes définissent l'établissement d'une relation parent-enfant : l'engagement, le contact affectif, la découverte, la proximité physique et la communication.



© Abk / BSIP / Science Photo Library

à assumer de nouvelles responsabilités envers l'enfant (Bell, 2002). Dans la présente étude, l'engagement s'est manifesté par trois actions :

1. *Accompagner et protéger l'enfant, soutenir la dyade mère-enfant.* Après la naissance de l'enfant, le père s'engage envers lui en l'accompagnant du ventre de la mère à la table de réanimation (salle d'accouchement) ou jusqu'à l'UNN. L'engagement se manifeste également en lui assurant une protection du fait de sa présence auprès de lui. De plus, les pères affirment vouloir soutenir tant la mère que l'enfant. Ils se perçoivent comme le liant entre la mère et son enfant.

Encadré 1 L'étude

But : À partir de la perspective des pères, cette recherche a pour but de décrire la relation père-enfant prématuré à l'Unité de néonatalogie (UNN).

Méthodologie : Un devis qualitatif de type théorisation ancrée a servi à cette étude (Strauss et Corbin, 1998 ; 1994). Cette approche permet d'aborder la description empirique de l'établissement de la relation père-enfant prématuré à l'UNN.

Milieu et participants : L'étude s'est déroulée entre 2009 et 2012 dans le plus grand centre en néonatalogie au Canada, classé de niveau IIIb (Lee, 2006). Il a une capacité d'accueil de 65 bébés et plus que 1100 patients y sont admis par année annuellement.

Les participants sont des pères d'enfants prématurés nés entre la 32^e et la 37^e semaine de gestation. Les enfants sont issus d'une grossesse unique dont le pronostic n'annonçait pas de complications médicales sérieuses.

Douze pères ont collaboré à cette recherche. Les pères ont en moyenne 33,7 ans et, pour six d'entre eux, il s'agit de leur premier enfant. La période gestationnelle moyenne est de 34 semaines 2 jours et le poids moyen des bébés à la naissance est de 2,130 kg. Au moment de l'entrevue, la moyenne d'âge des bébés est de quatre jours.

Collecte et analyse des données : On a demandé aux pères de participer à deux entretiens semi-dirigés, un entretien individuel qui s'est tenu dans une pièce de l'UNN et l'autre « in situ », au chevet de l'enfant. Les deux ont eu lieu dans la même journée. Deux guides d'entretien ont été développés à partir des cinq composantes du modèle de Bell (2002). Un questionnaire de données sociodémographiques et personnelles et la consultation du dossier médical de l'enfant ont complété la collecte.

L'analyse a été réalisée à partir de la transcription intégrale de l'enregistrement des entretiens. Les transcriptions ont été codées manuellement et saisies sur le logiciel de gestion QRS NVivo 8. L'analyse a été effectuée selon les trois niveaux de Strauss et Corbin (1998 ; 1994), soit la codification ouverte, axiale et sélective.

2. *Participer ou non aux soins.* La moitié des pères désire participer aux soins, l'autre non. Une technologie réduite autour de l'enfant et un partenariat avec la conjointe sont des facteurs favorables à leur engagement à participer aux soins.

3. *Porter des nouvelles.* Les pères sont des « porteurs de nouvelles » pour les conjointes incapables de se rendre rapidement à l'UNN.

Contact affectif

Deuxième composante, le contact affectif désigne l'échange affectif

entre le parent et son enfant (Bell, 2008). Dans la présente étude, le contact affectif se traduit par les dimensions suivantes :

1. *Entre fierté et peur.* La gamme des sentiments évoqués par les pères se situe sur un continuum entre la fierté éprouvée envers leur enfant et la peur liée à leur prématurité. Par exemple, la capacité du bébé de téter malgré son âge gestationnel procure une fierté mais le voir « branché » évoque la peur de futures séquelles.
2. *Désir d'échanges affectifs en présence de la mère.* Les pères souhaitent avoir des échanges de nature affective avec leur enfant mais sont préoccupés par l'absence de la mère. Ainsi, même s'ils interagissent émotionnellement avec leur enfant, les pères désiraient une certaine réunification familiale et appréciaient lorsque la mère était enfin présente au chevet.

Découverte

Troisième composante, elle fait appel au désir et à la curiosité de connaître son enfant (Bell, 2008). Elle se traduit par :

1. *Observer l'enfant avec une lunette positive.* Lorsque les pères décrivent leur enfant, ils disent leur émerveillement et la beauté de ses traits. Quant au tempérament de leur enfant, ils le voient comme un caractère facile d'approche, doux ou calme, ou encore comme une force de caractère.
2. *Attribuer un sens à certains comportements et besoins de l'enfant.* Pour une grande majorité des pères, le fait qu'un enfant bouge et soit vigoureux veut dire qu'il va bien. La moitié croit que l'enfant n'aime pas être dérangé. La faim, le besoin d'éliminer, le besoin de chaleur et d'être entouré sont des besoins que les pères perçoivent et comprennent.

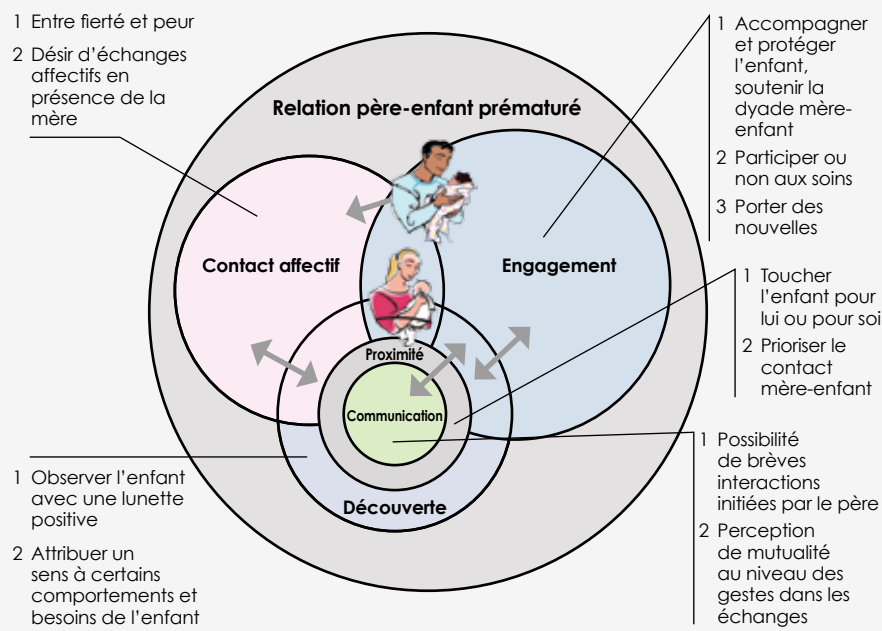
1. *Observer l'enfant avec une lunette positive*
2. *Attribuer un sens à certains comportements et besoins de l'enfant*

Proximité physique

Quatrième composante, elle définit les contacts physiques chaleureux et fréquents avec l'enfant (Bell, 2002). Elle consiste à :

1. *Toucher l'enfant pour lui ou pour soi.* Pour les pères, les contacts physiques ont non seulement des effets sur l'enfant mais également sur eux. Ils reconnaissent que

Figure 1 Modèle de la relation père-enfant prématuré à l'UNN



toucher l'enfant est important pour lui, par exemple en le réconfortant. Ce même geste engendre également une émotion positive pour le père.

2. *Prioriser le contact mère-enfant.* Malgré le désir de proximité physique présent chez les pères, le tiers d'entre eux souligne que les contacts physiques mère-enfant doivent être prioritaires par rapport à ceux du père avec son enfant. Tel un trait d'union entre l'enfant et la mère, le père facilite entre eux l'accès et la prise de contact.

Communication

Cinquième composante, elle se définit comme l'initiation et le maintien des interactions, le contenu verbal de même que la souplesse dans les échanges (Bell, 2002). Elle se décrit par :

1. *La possibilité de brèves interactions initiées par les pères.* La presque-totalité des pères relate plusieurs brèves interactions qu'ils ont initiées avec leur enfant prématuré. Les plus significatives sont celles où l'enfant regarde le père dans les yeux et réagit à sa voix.
2. *La perception de mutualité au niveau des comportements dans les échanges.* Pour les pères, la communication s'exprime par les comportements. Par exemple, l'enfant répond à son père en lui serrant le doigt ou encore, le père pose ses mains sur le thorax de l'enfant qui répond en stabilisant ses signes vitaux.

En se basant sur les cinq composantes de Bell (2002), les résultats de cette étude offrent aux cliniciens une meilleure compréhension de l'établissement de la relation père-enfant prématuré, né entre la 32^e et la 37^e semaine de gestation et hospitalisé dans une UNN.

Pour les infirmières travaillant en néonatalogie, le modèle de la relation père-enfant prématuré constitue un canevas expliquant le développement de cette relation. Il permet de les sensibiliser à ce que vivent ces pères afin qu'elles puissent leur offrir un soutien et des interventions adaptées à leurs besoins pour les aider à développer une bonne relation avec leur enfant.

À notre connaissance, cette étude est la première consacrée aux pères d'enfants prématurés de cet âge gestationnel. ■

Les auteurs



Marie-Josée Martel

est professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle est chercheuse au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille de l'UQTR et au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine.



Linda Bell est professeure titulaire à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. Elle est directrice des études supérieures de l'École des sciences infirmières.



Denise St-Cyr Tribble est infirmière et professeure titulaire à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke.



Antoine Payot

est professeur agrégé au Département de pédiatrie de l'Université de Montréal, pédiatre, néonatalogiste au CHU Sainte-Justine où il dirige l'Unité d'éthique clinique Mère-Enfant. Il est aussi directeur du Bureau de l'éthique clinique de la Faculté de médecine de l'UdeM et responsable de l'enseignement de l'éthique clinique.



Isabelle Milette

est infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie, instructrice en réanimation néonatale et spécialiste en soins du développement à l'Unité de soins intensifs néonataux du CHU Sainte-Justine.

Remerciements

Les auteurs aimeraient remercier les néonatalogistes **Francine Lefebvre** et **Keith Barrington**. Sans eux, le projet n'aurait pas pu se concrétiser. De même, un merci au personnel de l'Unité de néonatalogie pour leur accueil, et particulièrement à **Lucie Lafond**, **Julie Lavoie**, **Sophie Perreault** et **Guylaine Aubé**, infirmières de recherche, pour leur aide précieuse au recrutement. Cette recherche n'aurait pas été possible sans la participation des pères qui ont contribué généreusement par leur vécu.

Références

- Arockiasamy, V., L. Holsti et S. Albersheim. « Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control », *Pediatrics*, vol. 121, n° 2, févr. 2008, p. e215-222.
- Bell, L. « L'établissement de la relation parents-enfant. Un modèle d'évaluation et d'intervention ayant pour cible la sensibilité parentale », *L'infirmière clinicienne*, vol. 5, n° 2, 2008, p. 39-44. [En ligne : <http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/pdf/InfirmiereClinicienne-vol5no2-Bell.pdf>]
- Bell, L. *Perceptions parentales de l'établissement de la relation avec leur enfant à la période périnatale et en contexte familial* (Thèse de doctorat), Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 2002, 416 p. [En ligne : <http://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/4162/NQ80521.pdf?sequence=1&isAllowed=y>]
- Bell, L. *Étude qualitative du concept d'attachement chez des mères et des pères à la période périnatale* (Mémoire de maîtrise), Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 1996, 198 p. [En ligne : <http://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/3096/MQ21711.pdf?sequence=1&isAllowed=y>]
- Bell, L., C. Goulet, D. St-Cyr Tribble, D. Paul et V. Polomeno. « Analysis of the concept of parent-child attachment », *Recherche en Soins Infirmiers*, n° 46, sept. 1996, p. 4-13.
- Fegran, L., S. Helseth et M.S. Fagermoen. « A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, n° 6, mars 2008, p. 810-816.
- Feeley, N., E. Waitzer, K. Sherrard, L. Boisvert et P. Zeilkowitz. « Fathers' perceptions of the barriers and facilitators to their involvement with their newborn hospitalised in the neonatal intensive care unit », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 22, n° 3-4, févr. 2013, p. 521-530.
- Goulet, C., L. Bell, D. St-Cyr, D. Paul et A. Lang. « A concept analysis of parent-infant attachment », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 28, n° 5, nov. 1998, p. 1071-1081.
- Guillaume, S., N. Michelin, E. Amrani, B. Benier, X. Durrmeyer, S. Lescure et al. « Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents », *BioMed Central Pediatrics*, vol. 13, sept. 2013, p. 18. [En ligne : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3568058/]
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). « Naissances selon la durée de la grossesse et le poids à la naissance, Québec, 1980-2011 », 6 août 2013. [En ligne : www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/naissance-fecondite/418.htm] (Page consultée le 23 juillet 2015.)
- Lee, S. « Les niveaux de soins néonataux », *Paediatrics and Child Health*, vol. 11, n° 5, mai/juin 2006, p. 307-311.
- Lindberg, B., K. Axelsson et K. Ohrling. « Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 22, n° 1, mars 2008, p. 79-85.
- Sitanon, T. Thai parents' experiences of parenting preterm infants during hospitalization in the neonatal intensive care unit (Thèse de doctorat), Washington (DC), University of Washington, 2009, 235 p. [En ligne : <http://gradworks.umi.com/33/70/3370567.html>]
- Stevens, D., C.C. Helseth et J.C. Kurtz. « Achieving success in supporting parents and families in the neonatal intensive care unit », in J.M. McGrath et C. Kenner (ss la dir. de), *Developmental care of newborns and infants: a guide for health professionals* (2^e éd.), Glenview (IL), National Association of Neonatal Nurses, 2010, p. 161-190.
- Strauss, A. et J. Corbin. *Basics of Qualitative Research* (2^e éd.), Thousand Oaks (CA), Sage publications, 1998, 312 p.
- Strauss, A. et J. Corbin. « Grounded theory methodology: an overview », in N.K. Denzin et Y.S. Lincoln (ss la dir. de), *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks (CA), Sage Publications, 1994, p. 273-285.