

# Soutenir le système conjugal pendant la période périnatale : Une expérience de recherche participatoire

Johanne Goudreau, Fabie Duhamel  
et Claude Beaudoin

This article presents the process and results of a participatory study intended to develop and evaluate preventive interventions for couples in the process of becoming new parents. A total of 21 participants, 4 physicians, 8 couples, and an investigator, studied the interventions using a research approach derived from a constructivist paradigm, the fourth generation evaluation. Employing a family intervention model, the nurse guided and contributed to the investigation. The results enabled physicians to refine their perinatal care and facilitated the couples' adjustment to the arrival of their first child. The interventions, the research process, and the use of a family nursing model are promising for nursing applications.

Cet article vise à présenter le processus et les résultats d'une étude participatoire qui visait à développer et à évaluer des interventions préventives qui s'adressent aux couples pendant la période périnatale. Vingt-et-un participants dont 4 médecins, 8 couples et la chercheuse ont étudié ces interventions dans un processus de recherche qui s'inscrit dans le paradigme constructiviste, l'évaluation de quatrième génération. La chercheuse a guidé le processus de recherche et y a contribué en utilisant un modèle d'intervention en soins à la famille. Les résultats ont enrichi les pratiques préventives périnatales des médecins participants et facilité l'adaptation des couples lors de l'arrivée d'un premier enfant. L'application du modèle de soins infirmiers à la famille, les interventions et la stratégie de recherche utilisée sont prometteuses pour les infirmières.

## Introduction

Certains auteurs soutiennent que des soins familiaux basés sur les connaissances actuelles au sujet des familles doivent être intégrés aux interventions de prévention primaire comme celles offertes par les infirmières et les médecins en périnatalité (Bomar, 1996; Duffy, 1988).

---

*Johanne Goudreau, inf., M.Sc., est thérapeute familiale à la Clinique de médecine familiale, Cité de la santé de Laval, Québec. Elle a effectué cette étude dans le cadre du programme de doctorat en santé communautaire à l'Université de Montréal. Fabie Duhamel, inf., Ph.D., et Claude Beaudoin, M.D., Ph.D., en ont été les directeurs.*

Par ailleurs, dans sa politique de périnatalité, le ministère de la Santé du Québec (1992), suggère que les cliniciens soient formés à l'effet «... d'accroître la qualité de l'expérience des femmes enceintes, des mères, des pères et des bébés, en adaptant l'intervention à leurs besoins de soutien continu, et ce selon une approche globale et une perspective familiale» (p. 25).

L'auteure principale (JG) de cet article enseigne l'approche familiale à des infirmières et à des médecins depuis plusieurs années. Or, le témoignage de ces cliniciens ainsi que l'observation de leurs pratiques démontrent qu'ils n'appliquent pas ces apprentissages. Selon eux, leurs contextes de travail comportent des contraintes qui rendent l'approche familiale impossible à appliquer telle qu'ils l'ont apprise. L'utilisation d'une stratégie de recherche basée sur une collaboration étroite entre cliniciens, patients et chercheur a permis d'identifier des interventions qui s'intègrent plus facilement aux pratiques cliniques courantes.

L'étude dont il est ici question visait ainsi à enrichir les pratiques de quatre médecins de famille lors de leurs consultations périnatales en y intégrant des interventions utiles pour les couples et faisables pour les médecins. Une méthodologie de recherche inspirée de l'évaluation de quatrième génération proposée par Guba et Lincoln (1989) a permis d'identifier de telles interventions.

Cette étude enrichit le domaine des sciences infirmières sur les plans de la clinique et de la recherche. Bien qu'au Québec, ce sont les médecins qui constituent la première ligne de consultation en périnatalité et qui assurent la plus longue continuité de soins pendant cette période, les infirmières aussi offrent des soins périnataux. Elles animent les cours prénataux et les sessions d'information aux nouvelles mères et, dans certains milieux, elles assurent une partie du suivi postnatal. De plus, ailleurs qu'au Québec, ce sont des infirmières qui effectuent entièrement le suivi périnatal. Au plan de la recherche en sciences infirmières, la méthodologie utilisée pour cette étude constitue une avenue intéressante pour rapprocher la recherche et la clinique. Il s'agit là d'un besoin plusieurs fois exprimé par les infirmières.

### État des connaissances

#### *Le couple et la période périnatale*

Des enquêtes transversales ont d'abord mis en évidence une diminution de la satisfaction conjugale suite à la naissance d'un enfant (Hicks, 1971; Spanier et Lewis, 1980). Puis, plusieurs études longitudinales ont

démontré que les insatisfactions des conjoints étaient reliées à des éléments comme la répartition des tâches et des responsabilités familiales, au temps consacré au couple, et au type d'interaction entre les conjoints. Deux de ces études (Belsky, 1990; Belsky, Lang et Rovine, 1985; Belsky, Spanier et Rovine, 1983; Cowan et al., 1985,1988) ont pu préciser que c'est la manière dont les conjoints effectuent les ajustements nécessaires au fonctionnement adéquat d'une famille avec un bébé qui influence la satisfaction conjugale.

Par ailleurs, les études de Cowan et Cowan (1987, 1992) comportaient l'expérimentation d'une intervention de prévention auprès de 24 des 96 couples participants. Les résultats de cette intervention démontrent que des couples qui deviennent parents peuvent bénéficier d'interventions qui visent à faciliter leurs échanges et à diminuer l'impact négatif de la transition sur la relation conjugale. Soulignant le rôle que pourrait jouer les infirmières et les médecins, ces auteurs recommandent donc spécifiquement des interventions de type « conseils préventifs » pendant la période périnatale. Selon eux, de telles interventions devraient viser à stimuler la réflexion et l'échange au sujet des croyances et des attentes des conjoints et l'anticipation des problèmes d'ajustement ainsi que les moyens d'y faire face. Ces résultats, basés sur un devis quasi-expérimental, soutiennent ceux d'autres études moins fortes sur le plan méthodologique (Aranoff et Lewis, 1979; Clulow, 1982; Wandersman, 1987).

### *L'apprentissage et la pratique de l'approche familiale*

Qu'ils soient théoriciens ou cliniciens, ceux qui conseillent l'utilisation de l'approche familiale en soins infirmiers et en médecine familiale proposent des modèles calqués sur ceux de la thérapie familiale. Il s'agit de modèles qui exigent la réalisation d'évaluations familiales souvent complexes, l'identification de problématiques spécifiques et la mise en œuvre de plans de traitement précis. Pour l'ensemble d'une clientèle de première ligne, le rapport coûts-bénéfices de telles interventions est peu satisfaisant, puisque leur apprentissage et leur pratique systématique dépassent largement la disponibilité des cliniciens et les besoins mêmes de la clientèle.

Suite à une analyse systémique de ces difficultés d'applicabilité, analyse qui tient compte des aspects relatifs à l'apprentissage d'habiletés cliniques, à l'intégration de comportements de promotion de la santé et à l'application des résultats de la recherche, Sawa (1992) suggère que le développement d'interventions familiales de première

ligne passe par la recherche de type participatoire ancrée dans le paradigme constructiviste.

Comme l'expérience des personnes constitue le point de départ de ce type de recherche, les études constructivistes ne s'appuient pas sur un cadre théorique préalable. Ce n'est qu'au moment où commencent les activités de la recherche que des cadres théoriques connus peuvent enrichir le processus. C'est pourquoi, dans cet article, le cadre méthodologique est d'abord présenté, le cadre théorique le plus utile n'étant apparu qu'au cours des échanges avec les participants.

### **Cadre méthodologique de l'étude**

Le paradigme constructiviste présuppose que la connaissance d'un phénomène résulte de sa construction continue dans les interactions entre les personnes concernées par ce phénomène. La recherche constructiviste exige donc la mise en commun des perspectives de ces personnes. Dans le domaine de l'évaluation, après avoir jeté un regard critique sur les courants qui ont marqué la recherche évaluative en éducation, Guba et Lincoln (1989) proposent l'évaluation de quatrième génération. Selon ces auteurs, puisqu'évaluer comporte des enjeux qui diffèrent selon les personnes concernées et qu'il ne saurait exister a priori une vision plus vraie ou plus valable que les autres, l'évaluation constitue une entreprise intrinsèquement sociale. Par la mise en commun des perspectives, la recherche évaluative constructiviste permet l'évolution des personnes et la transformation des interventions au cours du processus de recherche.

Selon cette conception, le chercheur principal est un partenaire dont le rôle consiste à organiser et à faciliter les échanges, à les enrichir de données nouvelles quand c'est nécessaire, à distribuer l'information à l'ensemble des partenaires et à soutenir la construction d'une intervention qui tient compte des remaniements effectués par l'ensemble. Sa perspective, c'est-à-dire son cadre théorique, ne constitue pas le point d'ancrage de l'étude. Il s'agit plutôt d'une des perspectives qui ne devra être apportée qu'au moment le plus utile pendant la démarche de recherche.

Une évaluation de quatrième génération consiste donc à mettre en œuvre un processus qui permet d'identifier les perspectives des participants quant à l'objet de l'étude (processus herméneutique) et qui favorise la mise en commun de ces perspectives (processus dialectique).

Guba et Lincoln (1989) suggèrent qu'une série d'activités (méthode de recherche) soit mise en œuvre pour soutenir un tel processus.

Dans l'étude dont il est ici question, ces activités consistaient d'abord à expérimenter, lors de consultations habituelles entre un couple et son médecin, des interventions potentiellement utiles pour les couples et faisables par les médecins. Puis, des rencontres entre la chercheuse principale (JG), les couples et les médecins, menées séparément et en groupe, permettaient la mise en commun des perceptions des participants au sujet de ces interventions. Ces activités sont présentées dans la section suivante.

### **Déroulement de l'étude**

C'est dans la description du déroulement de l'étude que les éléments de la méthode, de la collecte et de l'analyse des données sont présentés en détail. En effet, ces éléments sont intégrés dans les activités effectuées par les différents partenaires ainsi que dans la manière dont les documents ayant servi à partager l'évolution de l'étude entre eux ont été produits.

#### ***Les participants***

Le nombre de participants a été déterminé selon des critères de faisabilité de l'étude (p. ex. gestion du nombre de rencontres). Il s'agit d'un échantillonnage théorique (Strauss et Corbin, 1990), basé sur la pertinence du rôle des participants dans la problématique à l'étude et sur la qualité des données qu'ils peuvent fournir. Ainsi, les médecins recrutés avaient déjà constaté les difficultés spécifiques à l'inclusion d'un nouveau membre dans le système familial et s'étaient interrogés au sujet d'interventions préventives possibles. Par ailleurs, comme le rôle des couples consistait principalement à donner des rétroactions au sujet des interventions effectuées par les médecins pendant les consultations, il était nécessaire qu'ils soient suffisamment intéressés par le projet pour y être disponibles et qu'ils se sentent assez à l'aise pour y contribuer. De plus, selon Guba et Lincoln (1989), en plus de la pertinence de leur rôle dans la problématique, il faut aussi s'assurer que les participants possèdent les habiletés requises pour fournir des données de qualité.

La chercheuse a recruté les participants à l'étude dans son milieu de travail. Quatre médecins, deux hommes et deux femmes ont spontanément accepté de participer. Ceux-ci avaient une expérience variée

en obstétrique et assuraient le suivi des enfants après l'accouchement. Ils pratiquaient dans trois cliniques de milieux sociaux différents (urbain et semi-urbain). À partir de leur expérience clinique, ces médecins pouvaient témoigner d'une détérioration importante de certaines relations conjugales au moment de l'arrivée d'un premier enfant et des conséquences coûteuses de cette détérioration pour les familles : séparation, désengagement paternel, conflit ouvert entre les deux conjoints, etc. Par ailleurs, ils avaient constaté que des symptômes physiques rapportés par les nouvelles mères pouvaient être reliés à des difficultés d'ajustement du couple face à la présence du bébé. En tant que médecins, ils souhaitaient posséder des outils pour soutenir les nouvelles familles. Âgés entre trente et quarante ans, mariés ou en union de fait, les médecins avaient eux-mêmes récemment vécu la même transition que les couples ou la vivaient au moment de l'étude. Par ailleurs, ils étaient persuadés que la présence de deux parents en relation constructive constitue l'environnement idéal pour le développement des enfants et l'épanouissement des adultes qui choisissent d'être parents.

Dans les semaines qui ont suivi leur participation à l'étude, chacun des médecins a proposé le projet à deux couples de sa clientèle dont la période périnatale correspondait à la période prévue pour l'étude. Il avait été convenu qu'il s'agissait d'un premier enfant pour les deux conjoints. Quand ils avaient obtenu le consentement d'un couple, ils en faisaient parvenir les coordonnées à la chercheuse. Une première rencontre avec cette dernière, au domicile de chacun des couples, visait à présenter le projet de manière suffisamment détaillée pour obtenir un consentement éclairé. Tous les couples se sont définitivement engagés lors de cette première rencontre.

Pour deux des couples, la grossesse avait été une surprise qu'ils avaient dû apprivoiser. Pour un autre, bien que désirée au départ, la grossesse suscitait des regrets liés aux responsabilités qui en découleraient. Agés de 18 à 34 ans, les conjoints étaient mariés ou vivaient en union de fait depuis un an (2), trois ans (2), quatre ans (1), six ans (2) et 9 ans (1). Tous étaient autonomes financièrement. Tous pouvaient compter sur un réseau de soutien social, en l'occurrence leurs familles d'origine. Tous les hommes occupaient un emploi à temps complet. Six femmes sur huit travaillaient et désiraient reprendre leur travail après leur congé de maternité ; une terminait ses études et voulait travailler quelques mois après son accouchement ; une autre désirait rester à la maison.

### **Les activités**

**Les consultations.** Seize consultations ont été étudiées dans le troisième trimestre de la grossesse, soit deux par couple, et treize consultations à l'intérieur de six mois après l'accouchement, soit deux pour cinq couples et une pour trois couples. Lors de ces consultations, le médecin et le couple procédaient tel que prévu dans le suivi médical habituel. Par ailleurs, il avait été préalablement convenu par tous les participants que le médecin tenterait des interventions pour explorer l'adaptation conjugale à l'arrivée d'un premier enfant. La chercheuse observait cette consultation à l'aide de la télévision en circuit fermé et identifiait les séquences d'interaction pendant lesquelles il était effectivement question de l'adaptation du couple. Chacune de ces consultations était enregistrée sur bande magnétoscopique et le *verbatim* transcrit.

**Les rencontres couple-chercheuse.** Immédiatement après la consultation, la chercheuse rencontrait le couple. Cette rencontre visait à recueillir leurs perceptions, commentaires et suggestions quant à la consultation globale, aux échanges sur l'adaptation du couple et aux séquences d'interaction spécifiques identifiées par la chercheuse pendant la consultation. Comme pour les consultations, les rencontres étaient enregistrées et le *verbatim* transcrit.

Après avoir visionné les enregistrements magnétoscopiques de la consultation et de la rencontre et lu la transcription du *verbatim*, la chercheuse en analysait le contenu selon une procédure décrite plus loin. Les intervalles entre les consultations-rencontres et les discussions avec les médecins ont varié d'une semaine à un mois.

**Les discussions médecin-chercheuse.** Pendant ces discussions, le médecin et la chercheuse examinaient, relativement à leur faisabilité pour les médecins, les interventions jugées utiles par les couples. Ainsi, les séquences d'interaction spécifiques, identifiées par la chercheuse pendant la consultation et commentées par les couples pendant la rencontre couple-chercheuse, étaient aussi commentées par les médecins quant à leur influence sur la conduite de la consultation (temps) et sur la technique d'entrevue (les mots, la formulation, le ton, le timing). Ces discussions étaient enregistrées sur bandes audio et le *verbatim* transcrit.

**Les discussions en groupe.** Les discussions en groupe avaient pour but de préciser et de raffiner les interventions étudiées précédemment, et de faire le point sur les éléments d'évaluation. Il y en a eu trois réunissant les médecins et une réunissant tous les participants. Les trois

premières ont eu lieu une fois après les seize consultations prénatales, une fois après huit consultations postnatales et une autre fois à la fin des consultations postnatales; celle réunissant tous les participants a été tenue à la toute fin du processus. En guise de préparation à ces réunions, chaque médecin et chaque couple recevaient un *rapport synthèse* de sa démarche dans l'étude. Chacun devait valider le contenu de ces rapports synthèses auprès de la chercheuse, avant la discussion en groupe. Par ailleurs, la chercheuse préparait une présentation de la synthèse globale du répertoire d'interventions, de l'évaluation et des interrogations apparues au cours des étapes précédentes.

Chacune de ces discussions en groupe a servi à approfondir les différentes catégories d'interventions et leur application, ainsi qu'à s'assurer du consensus des participants quant à leur évaluation. De plus, les éléments litigieux y ont été amenés et résolus ou reportés pour réflexion et discussion ultérieures. Un enregistrement sur bande audio a permis à la chercheuse de résumer ces discussions.

### *Collecte et analyse des données*

La collecte et l'analyse des données visent à rendre compte des constructions conjointes qui émergent au fil du processus herméneutique et dialectique. Elles ont lieu simultanément au cours de la mise en œuvre des activités et de la production des documents.

Nous avons utilisé le logiciel QSR Nud-Ist (version 3.0) pour classer les données. Ce logiciel de traitement de données qualitatives comporte un système d'organisation et un système d'analyse. L'utilisateur peut donc classer les données brutes et en faire l'analyse au fil du déroulement de l'étude. Par ailleurs, ce système d'analyse permet l'évolution de la codification et effectue en tout temps le repérage des données brutes dans le système d'organisation.

Nous avons codifié les transcriptions de *verbatim* des consultations, des rencontres, des discussions et des rencontres de groupe selon des catégories d'interventions qui visaient l'adaptation conjugale à l'arrivée d'un enfant et selon les commentaires des participants au sujet de l'utilité et de la faisabilité de ces interventions. L'élaboration de ces catégories a exigé l'utilisation de modèles théoriques. Plusieurs tentatives ont été faites qu'il est impossible de décrire dans cet article. Toutefois, au cours de l'évolution des interventions, nous avons utilisé le *Calgary Family Intervention Model* de façon de plus en plus efficace. Le tableau 1 présente d'ailleurs les résultats finaux selon ce modèle.

Tableau 1 Les interventions présentées selon le CFIM

	Intégrer le père	Explorer : questions circulaires	Informier	Normaliser	Souligner les compétences
<b>Domaine cognitif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• chercher opinion du père</li> <li>• ébranler croyance que la grossesse et les soins au bébé sont des expériences exclusivement féminines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attentes mutuelles face à l'accouchement et aux soins du bébé</li> <li>• fonctionnement conjugal pour résoudre les problèmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• décrire les difficultés générales observées reliées à l'apprentissage de nouveaux rôles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dédramatiser les « erreurs » dans les soins au bébé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nommer les <i>patterns</i> de fonctionnement conjugal facilitants</li> <li>• relever les bons coups avec bébé</li> </ul>
<b>Domaine affectif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• observer et favoriser la complicité entre les conjoints</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• réactions émotives de l'un et l'autre face à inconfort physique, aux difficultés conjugales et aux comportements de l'autre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• décrire les sentiments généraux observés face à un bébé et face au conjoint</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• valider les différences dans l'expérience affective</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• féliciter</li> </ul>
<b>Domaine comportemental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• insister sur la présence du père</li> <li>• s'adresser au couple</li> <li>• inviter le père à participer à l'examen physique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• réactions comportementales de l'un et l'autre face à inconfort physique, aux difficultés conjugales et aux comportements de l'autre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• planifier soins au bébé</li> <li>• planifier partage des tâches domestiques</li> <li>• planifier sorties en couple</li> <li>• encourager le dialogue</li> </ul>		

(Wright et Leahey, 1994)

### *Les documents*

Après avoir consulté et analysé les transcriptions de *verbatim*, la chercheuse produisait des documents à partir desquels l'étude pouvait continuer.

**Les résumés-réflexions.** Ces résumés visaient à s'assurer que les interventions étudiées lors d'une consultation, d'une rencontre ou d'une discussion soient fidèlement communiquées aux participants (après que les participants concernés aient validé un résumé, ce dernier était communiqué aux autres participants), de même que les commentaires sur leur utilité et leur faisabilité. Leur forme et leur contenu se sont raffinés au fil de leur utilisation. Dans leur forme finale, on y retrouve les sujets abordés par les interlocuteurs présents, les interventions spécifiques du médecin lors des consultations, regroupées en catégories, les commentaires des couples lors des rencontres (sur l'utilité des interventions et leur impact) et ceux des médecins pendant les discussions (sur la faisabilité des interventions et leur applicabilité dans la pratique quotidienne des médecins).

**Les synthèses.** Chacun des couples et chacun des médecins a reçu une synthèse de sa démarche lors de la période prénatale et une de sa démarche lors de la période postnatale. L'évolution du couple dans son adaptation périnatale, l'évolution des pratiques des médecins et la contribution spécifique de chacun à l'évaluation des interventions y étaient décrits. Tous ces textes ont été lus, corrigés et validés par les personnes concernées. Ensuite, des synthèses globales, une pour la démarche prénatale, l'autre pour la démarche postnatale ont été produites.

### *Le journal de bord*

Il s'agit de cahiers dans lesquels la chercheuse a consigné les observations directes des consultations et ses réflexions spontanées lors des rencontres et des discussions. Elle y référait à chaque fois qu'elle rédigeait les résumés. Par ailleurs, elle y notait ses réflexions théoriques et des résumés de lecture qu'elle partageait avec les participants selon les besoins de la démarche.

## **Valeur scientifique**

Une évaluation de quatrième génération doit répondre à des critères de qualité spécifiques, différents de la validité et la fiabilité des méthodes quantitatives. On parle de crédibilité au lieu de validité interne, de transférabilité au lieu de validité externe. La crédibilité d'une étude

s'établit quand les constructions décrites par le chercheur correspondent à celles émises par les participants. Dans cette étude, la participation prolongée (environ douze mois), l'observation soutenue (vingt-neuf consultations, rencontres couple-chercheuse, discussions médecin-chercheuse, trois discussions de groupe avec les médecins intervenants) et la vérification par les participants de tous les documents produits au cours de l'étude permettent d'assurer la crédibilité.

Pour assurer la transférabilité, les événements relatifs à l'évolution de la méthode ont été compilés. Par exemple, l'origine des choix des participants, les problèmes lors des discussions ainsi que leurs solutions, et l'évolution de la forme et du contenu des documents ont été inscrits au fur et à mesure, facilitant ainsi la description méthodologique. Par ailleurs, cette description détaillée de la méthode permet aussi d'en démontrer la rigueur et l'authenticité.

Enfin, pour hausser davantage la crédibilité de ces résultats, la chercheuse a progressivement enregistré ses propres idées tout au long du processus. De plus, elle a régulièrement discuté avec une personne ressource indépendante de l'étude au sujet de ses conclusions. Enfin, elle a procédé à l'analyse en profondeur des séquences d'interaction ou des interventions qui différaient de celles de la majorité.

## **Résultats**

À partir de l'expérience des consultations, ce sont les échanges entre l'infirmière, les médecins et les couples qui ont permis la construction d'un répertoire d'interventions préventives visant les couples pendant la période périnatale. Parmi les cadres théoriques utilisés par la chercheuse pendant le processus de recherche, le CFIM (Wright et Leahey, 1994) s'est avéré particulièrement avantageux comme grille d'analyse des interventions. Le CFIM est basé sur les principes systémiques d'intervention développés par le groupe de thérapie familiale de Milan (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Checcin et Prata, 1980), par Tomm (1987a, 1987b, 1988) et par les auteures du modèle elles-mêmes. Le CFIM constitue un cadre de référence permettant de structurer des interventions qui visent à assurer la promotion, l'amélioration ou le maintien du fonctionnement familial, dans les domaines cognitif, affectif et/ou comportemental. De plus, le modèle insiste sur la nécessité d'adapter les interventions aux besoins de chaque famille.

Ainsi que le montre le tableau 1, le CFIM a permis de regrouper les cinq catégories d'interventions qui se sont dégagées de la démarche de recherche, produisant une version du modèle plus spécifique à la pro-

motion de la santé des familles qui vivent la transition occasionnée par l'arrivée d'un premier enfant. Comme le spécifie le modèle, il s'agit d'interventions qui s'ajustent parfaitement à cette problématique familiale telle que présentée par les huit couples participants.

### *Intégrer le nouveau père aux échanges lors de la consultation*

Dès la première consultation du projet, la non participation du conjoint a été relevée par le médecin et la chercheuse-infirmière ; cette observation a été confirmée par tous les couples, en particulier les pères, lors des consultations suivantes : « *Je regarde passer le train.* », « *Je me sentais comme un bibelot (...) j'avais d'ailleurs décidé de ne plus aller aux consultations.* », « *C'est elle la patiente.* » Ayant réalisé que cette lacune entravait l'exploration de l'adaptation conjugale, les médecins ont donc expérimenté plusieurs interventions pour faciliter la participation des pères lors de la consultation médicale. Ces interventions procédaient des domaines cognitif et comportemental et avaient des répercussions dans le domaine affectif.

Principalement, ils ont utilisé le pronom « vous » afin de s'adresser aux deux conjoints à la fois quand ils abordaient des questions conjugales et parentales. Ils ont aussi alterné d'interlocuteur, passant de la femme à son conjoint pour recueillir les points de vue ou les questions. Plus spécifiquement, ils ont encouragé et soutenu la participation des futurs pères à l'examen physique de leur conjointe, leur préparation à leur rôle pendant l'accouchement et leur participation aux soins de leur bébé et au partage des tâches domestiques. Selon tous les participants, l'intégration des pères aux échanges lors des consultations médicales a été suffisante pour qu'ils se sentent davantage associés à l'expérience, améliorant ainsi la complicité entre les conjoints.

Intégrer le conjoint aux échanges dans la consultation a constitué une catégorie d'intervention qui a favorisé la complicité dans le couple. Contribuant à transformer la consultation individuelle en consultation familiale, cette catégorie d'interventions a permis d'ébranler la croyance des conjoints et celle des médecins à l'effet que l'expérience de la grossesse constitue presque exclusivement l'expérience de la mère. Il s'agit là d'une croyance plus contraignante que facilitante pour l'adaptation du couple à l'arrivée d'un enfant (Cowan et Cowan, 1992). Dans le CFIM, la dimension des croyances est fondamentale. Wright, Watson et Bell (1996) ont approfondi cet aspect du modèle et soutiennent que les croyances contraignantes réduisent les options de solutions disponibles face à une problématique familiale alors que les croyances facilitantes élargissent le répertoire de solutions.

### ***Explorer l'adaptation conjugale à l'arrivée d'un premier enfant***

Les participants ont expérimenté différents types de questions pour explorer l'adaptation conjugale, notamment les questions circulaires. Le CFIM a permis de préciser que les questions circulaires les plus utiles portaient sur les différences. Par exemple, un médecin dit à un couple : « *C'est pas là que vous vous voyez, diriger votre femme pendant le travail. Vous vous voyez plus comme un soutien. Et vous, comment voyez-vous son rôle ?* » Les questions circulaires portaient aussi sur l'effet d'un comportement : « *Quand elle se décourage avec l'allaitement, quelle est votre réaction ?* », ou encore comportaient des composantes hypothétiques, axées sur l'avenir : « *Comment réagiriez-vous si elle perdait le contrôle pendant l'accouchement ?* »

Une telle exploration de l'expérience des couples a permis l'identification de certains *patterns* de fonctionnement conjugal utilisés comme mécanismes d'adaptation lors de l'arrivée d'un premier enfant. La mise en évidence des *patterns* qui favorisaient la complicité entre les conjoints a renforcé cette complicité. D'autre part, lorsque des *patterns* qui nuisaient à l'adaptation ont été identifiés, les médecins ont proposé, avec succès, des comportements qui visaient à les modifier. Par exemple, se sentant fatiguée après une journée avec son nouveau bébé, une femme s'isolait dans son bain pendant une heure ; son mari, croyant lui faire plaisir, la rejoignait avec le bébé ; la femme, croyant qu'il ne voulait pas rester seul avec le bébé, se mettait en colère ; le mari, dont l'inquiétude grandissait avec les cris et les pleurs de son épouse, n'osait plus la laisser. Après l'exploration de ce *pattern*, le médecin a proposé au couple que, lors du bain de madame, monsieur sorte le bébé à l'extérieur pour une marche.

Les discussions entre les médecins et l'infirmière au sujet de ces *patterns* ont permis aux médecins de faire l'apprentissage du concept de circularité. La circularité constitue un élément fondamental du modèle de Wright et Leahey (1994). Elle concerne la réciprocité de la communication entre les personnes. La mise en évidence de ces *patterns* a aidé les médecins à mieux comprendre les comportements des conjoints, à les refléter aux couples et à faire des recommandations pour faciliter la communication conjugale.

### ***Personnaliser l'enseignement***

Les quatre médecins participants donnaient déjà à leurs patientes une grande quantité d'information concernant la grossesse, l'accouchement et les soins au bébé. Les huit couples ont affirmé que cette information

était essentielle. L'exploration de leur adaptation a toutefois permis d'ajuster l'information donnée à chacune des situations familiales. Les médecins ont ainsi mis en application un principe éducatif fondamental reconnu en sciences infirmières, qui soutient que l'efficacité d'un enseignement est dépendante de l'identification des besoins d'apprentissage de la clientèle cible (Riopelle, Grondin et Phaneuf, 1988).

### *Normaliser l'expérience affective des conjoints*

Il s'agit d'interventions qui visaient à légitimer les réactions et les émotions vécues par les conjoints. Par exemple, le fait de normaliser l'ambivalence à devenir parents, l'appréhension des pères face à leur rôle lors de l'accouchement et les changements dans le désir sexuel pendant la grossesse a été apprécié par les couples. Dans le même ordre, lors d'une visite postnatale, un médecin a dit : « *C'est souvent comme ça, il y a des soirées plus difficiles. (...) Vous cherchez votre temps comme bien des couples avec des enfants.* »

Les commentaires des couples relativement à ces interventions ainsi que les discussions avec l'infirmière ont permis aux médecins de réaliser l'importance de rassurer les couples non seulement sur le plan physique mais aussi sur le plan affectif. D'ailleurs, Wright et Leahey (1994) en font mention, soutenant que ce type d'interventions diminue le sentiment d'isolement occasionné lors d'une expérience affective importante.

### *Souligner les compétences des conjoints*

Ce sont les habiletés des couples à s'adapter à l'expérience de la grossesse ainsi que leurs compétences parentales qui ont reçu des commentaires positifs de la part des médecins : « *Peut-être que ça va bien parce que vous avez réfléchi et discuté l'un avec l'autre.* » et « *Vous vous êtes rapidement ajustés à son changement d'horaire!* » Par ailleurs, les couples ont affirmé que ces interventions étaient essentielles : « *J'ai besoin de savoir que je fais correct (avec le bébé).* »

La chercheuse a encouragé les médecins à prendre conscience que ces interventions soutenaient l'établissement du niveau de confiance nécessaire aux couples pour s'adapter à leur nouvelle expérience. Cette réflexion les a conduits à relever le risque d'une surcharge d'information et de conseils pendant la période périnatale : « *On les prévient de tellement de choses qu'ils doivent se sentir incompetents la plupart du temps!* » Les participants étaient d'accord avec l'infirmière du fait que la reconnaissance de leurs forces leur permettait de se percevoir de façon posi-

tive au sein de leur couple, favorisant ainsi l'émergence de solutions plus efficaces. Ces observations confirment que ce type d'interventions contribue à créer un contexte propice au changement (Wright et Leahey, 1994), centré sur les forces plutôt que sur les problèmes des familles (White, 1988-1989; McElheran et Harper-Jacques, 1994).

### **Discussion**

Les résultats de cette étude soutiennent le point de vue de Cowan et Cowan (1987) à l'effet que des interventions préventives peuvent être utiles aux couples pendant la période périnatale. Les huit couples ont en effet exprimé qu'ils maintenaient ou amélioreraient leur complicité conjugale alors qu'il est reconnu que l'arrivée d'un enfant contribue plutôt à distancer les conjoints. De plus, les interventions identifiées vont dans le sens proposé par ces auteurs, c'est-à-dire qu'elles visent la participation active des pères, la réflexion et l'échange au sujet des croyances et des attentes des conjoints, ainsi que l'anticipation et la résolution des problèmes d'ajustement possibles pendant la transition.

Quant à l'applicabilité de ces interventions par des cliniciens de première ligne, les résultats révèlent que des infirmières et des médecins pourraient procéder à de telles interventions, puisqu'il ne s'agit pas d'un « programme » structuré tel que Cowan et Cowan (1987) avaient expérimenté ou encore d'un plan de traitement basé sur une évaluation exhaustive de la dynamique familiale. Les interventions identifiées peuvent être insérées au cours du suivi périnatal habituel sans alourdir indûment ce dernier, ce qui semble mieux convenir aux contextes de pratique des cliniciens de première ligne.

Les résultats de cette étude sont encourageants en ce qui a trait à la recherche future. L'intégration au CFIM des interventions identifiées par les participants témoigne du potentiel d'application clinique de ce modèle de soins à la famille. Il serait intéressant d'en vérifier l'applicabilité dans d'autres milieux cliniques où des infirmières sont impliquées.

D'autre part, la méthodologie utilisée constitue une approche prometteuse pour le développement d'interventions cliniques, en particulier dans des problématiques complexes de soins. Trop souvent, les résultats de la recherche évaluative traditionnelle restent inutilisés, accusés de ne pas tenir compte des réalités cliniques. Pour être plus efficaces, les chercheurs doivent s'approcher de ceux qui utilisent les résultats de leurs études. Bien plus, ils doivent les accompagner dans leurs pratiques et les soutenir dans leurs réflexions et leurs expérimentations.

Il s'agit là du domaine de la recherche participatoire développé, entre autres, par Schön (1983) et, au Québec, par Yves St-Arnaud (1995).

### Références

- Aranoff, J.L., et Lewis, S. (1979). An innovative group experience for couples expecting their first child. *American Journal of Family Therapy*, 7(2), 51-55.
- Belsky, J. (1990). Marital change across the transition to parenthood. *Marriage and Family Review*, 12, 133-156.
- Belsky, J., Lang, M.E., et Rovine, M. (1985). Stability and change in marriage across the transition to parenthood: A second study. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 855-865.
- Belsky, J., Spanier, G.B., et Rovine, M. (1983). Stability and change in marriage across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 567-77.
- Bomar, P.J. (Éd.) (1996). *Nurses and family health promotion: Concepts, assessment and interventions*. Philadelphia : Saunders.
- Clulow, C.F. (1982). *To have and to hold: Marriage, the first baby and preparing couples for parenthood*. Aberdeen, Scotland : Aberdeen University Press.
- Cowan, C.P., et Cowan, P.A. (1987). A preventive intervention for couples becoming parents. Dans C.F.Z. Boukydis (Éd.), *Research for support for parents and infants in the postnatal period*. Norwood, NJ : Ablex.
- Cowan, C.P., Cowan, P.A., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W.S., Curtis-Boles, H., et Boles, A.J. (1985). Transitions to parenthood: His, hers, and theirs. *Journal of Family Issues*, 6, 451-481.
- Cowan, P.A., et Cowan, C.P. (1988). Changes in marriage during the transition to parenthood: Must we blame the baby? Dans G.Y.M., et W.A. Goldberg (Éd.), *The transition to parenthood* (pp. 114-154). Cambridge : Cambridge University Press.
- Cowan, P.A., et Cowan, C.P. (1992). *When partners become parents: The big life change for couples*. New York : Basic Books.
- Duffy, M.E. (1988). Health promotion in the family. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 109-117.
- Guba, E.G., et Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA : Sage.
- Hicks, M. (1971). Marital happiness and stability: A review of research in the sixties. *Journal of Marriage and the Family*, 32, 553-573.
- McElheran, N.G., et Harper-Jacques, S.R. (1994). Commendations: A resource for clinical practice. *Clinical Nurse Specialist*, 8(1), 7-15.
- Ministère de la santé, c. d. p. (1992). *Devenir parents : Une étape cruciale dans le développement de l'enfant et de sa famille*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Riopelle, L., Grondin, L., et Phaneuf, M. (1988). *Soins infirmiers : Enseignement à la clientèle*. Montréal : McGraw-Hill.
- Sawa, R.J. (Éd.) (1992). *Family health care*. Newbury Park, CA : Sage.

- Schön, D.A. (1983). *The reflective practitioner*. New York : Basic Books.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Checcin, G., et Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-12.
- Spanier, G.B., et Lewis, R.A. (1980). Marital quality: A review of the seventies. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 825-839.
- St-Arnaud, Y. (1995). *L'interaction professionnelle, efficacité et coopération*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Strauss, A., et Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. Newsbury Park, CA : Sage.
- Tomm, K. (1987a). Interventive interviewing: Part 1. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*, 26, 3-13.
- Tomm, K. (1987b). Interventive interviewing: Part 2. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26, 167-183.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part 3. Intending to ask linear, circular, strategic or reflexive questions? *Family Process*, 27, 1-15.
- Wandersman, L.P. (1987). Parent-infant support groups: Matching programs to needs and strengths of families. Dans Z. Boukydis (Éd.), *Research in support of parents and infants in the postnatal period* (pp. 139-160). Norwood, NJ : Ablex.
- White, M. (1988-89). The externalizing of the problem and the reauthoring of lives and relationships. *Dulwich Center Newsletter*, Été, 3-21.
- Wright, L., et Leahey, M. (1994). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia : Davis.
- Wright, L., Watson, W., et Bell, J. (1996). *Beliefs. The heart of healing in families and illness*. New York : Basic Books.